

CURTEA EUROPEANĂ A DREPTURILOR OMULUI

MAREA CAMERĂ

CAUZA FERNANDES DE OLIVEIRA ÎMPOTRIVA PORTUGALIEI

(Cererea nr. 78103/14)

HOTĂRÂRE

STRASBOURG

31 ianuarie 2019

Hotărârea a rămas definitivă. Aceasta poate suferi modificări de formă.

În cauza Fernandes de Oliveira împotriva Portugaliei,

Curtea Europeană a Drepturilor Omului, reunită în Marea Cameră compusă din:

Guido Raimondi, *președinte*,

Angelika Nußberger,

Linos-Alexandre Sicilianos,

Robert Spano,

Luis López Guerra,

Işıl Karakaş,

Paulo Pinto de Albuquerque,

Branko Lubarda,

Yonko Grozev,

Síofra O’Leary,

Carlo Ranzoni,

Mărtinș Mits,

Armen Harutyunyan,

Alena Poláčková,

Pauliine Koskelo,

Jolien Schukking,

Péter Paczolay, *judecători*,

și Françoise Elens-Passos, *grefier adjunct*,

după ce a deliberat în camera de consiliu, la 7 martie și 14 noiembrie 2018,

pronunță prezenta hotărâre, adoptată la cea din urmă dată:

PROCEDURA

1. La originea cauzei se află o cerere (nr. 78103/14) îndreptată împotriva Republicii Portugheze, prin care un resortisant al acestui stat, doamna Maria da Glória Fernandes de Oliveira („reclamanta”), a sesizat Curtea la 4 decembrie 2014, în temeiul art. 34 din Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale („Convenția”).

1. Reclamanta a fost reprezentată de J. Pais do Amaral, A. Pereira de Sousa și C. Botelho, avocați în Coimbra. Guvernul portughez („Guvernul”) a fost reprezentat de agentul guvernamental, doamna M.F. da Graça Carvalho.

2. Invocând art. 2 din Convenție, reclamanta a susținut că fiul său, A.J., care s-a sinucis, a fost în măsură să comită acest act din cauza neglijenței spitalului de psihiatrie în care acesta era internat voluntar. Invocând art. 6 din Convenție, aceasta s-a plâns, de asemenea, de durata procedurii civile pe care a declanșat-o împotriva spitalului în cauză.

3. Cererea a fost repartizată Secției a patra a Curții (art. 52 § 1 din Regulamentul Curții). La 28 martie 2017, o cameră a acestei secții, compusă din Ganna Yudkivska, președinte, Nona Tsotsoria, Paulo Pinto de Albuquerque, Krzysztof Wojtyczek, Egidijus Kūris, Iulia Antoanella Motoc și Marko Bošnjak, judecători, precum și Andrea Tamietti, grefier adjunct de secție, a declarat cererea admisibilă. În hotărârea pronunțată de Cameră în aceeași zi, aceasta a declarat, în unanimitate, că a fost încălcat art. 2 din Convenție sub aspect material și procedural. La 27 iunie 2017, Guvernul portughez („Guvernul”) a solicitat retrimiteră cauzei în fața Marii Camere în temeiul art. 43 din Convenție. La 18 septembrie 2017, colegiul Marii Camere a admis această cerere.

4. Compunerea Marii Camere a fost stabilită în conformitate cu art. 26 § 4 și § 5 din Convenție, precum și cu art. 24 din Regulament. Luis López Guerra, al cărui mandat a încetat

în cursul procedurii, a participat în continuare la judecarea cauzei (art. 23 § 3 din Convenție și art. 24 § 4 din Regulament). Péter Paczolay, judecător supleant, a înlocuit-o pe Helena Jäderblom, care nu a putut participa (art. 24 § 3 din Regulament).

5. Atât reclamanta, cât și Guvernul au depus observații scrise suplimentare (art. 59 § 1 coroborat cu art. 71 § 1 din Regulamentul Curții).

6. La 7 martie 2018, a avut loc o ședință publică la Palatul Drepturilor Omului din Strasbourg (art. 59 § 3 din Regulament).

S-au înfățișat:

– *pentru Guvern*

Dna	M. DE FÁTIMA DA GRAÇA CARVALHO,	<i>agent,</i>
Dna	A. GARCIA MARQUES,	
Dr.	A. J. PIRES PRETO,	<i>consilieri;</i>

– *pentru reclamantă*

Dna	A. PEREIRA DE SOUSA,	<i>avocat,</i>
Dna	C. BOTELHO,	
Dr.	C. FERNANDES DA SILVA,	<i>consilieri.</i>

Curtea a ascultat declarațiile prezentate de doamnele da Graça Carvalho și Pereira de Sousa, precum și răspunsurile acestora la întrebările adresate de judecători.

ÎN FAPT

I. CIRCUMSTANȚELE CAUZEI

7. Reclamanta s-a născut în 1937 și locuiește în Ceira (Portugalia).

8. Faptele cauzei, astfel cum au fost expuse de către părți, pot fi rezumate după cum urmează.

A. Originea cauzei

9. Fiul reclamantei, A.J., s-a născut la 29 mai 1964.

10. Acesta suferea de o serie de tulburări psihice și, de-a lungul anilor, a fost diagnosticat cu schizofrenie și depresie severă. De asemenea, avea o dependență patologică de alcool și medicamente (*medicamentos*) și, uneori, avea un comportament violent față de mama și sora lui. Potrivit raportului de expertiză medicală întocmit ulterior decesului său, în cadrul procesului intern (infra, pct. 33), era posibil ca A.J. să sufere și de tulburare de personalitate borderline.

11. Acesta a fost internat de opt ori, cu consimțământul său, în Spitalul de psihiatrie Sobral Cid (*Hospital Psiquiátrico Sobral Cid* – „HSC”) din Coimbra:

1. în perioada 5-8 august 1984;
2. în perioada 15 martie – 3 aprilie 1985, în cursul căreia i s-a interzis să iasă din pavilionul în care era internat cel puțin o parte a șederii sale;
3. în perioada 15-28 noiembrie 1985;

4. în perioada 10-18 ianuarie 1993, după ce a fost condus la spital de către poliție, care fusese chemată la domiciliul acestuia, din cauza unui conflict în familie. Acesta a părăsit instituția la cererea sa, după completarea unui formular de externare;

5. în perioada 1-12 februarie 1993;

6. în perioada 1-3 septembrie 1999; după ce a fost internat de urgență la 1 septembrie (fiind diagnosticat cu alcoolism cronic), a ieșit din spital la 3 septembrie 1999, contrar sfaturilor medicilor, prin semnarea unui formular de consimțământ privind externarea la cerere;

7. în perioada 12 decembrie 1999 – 14 ianuarie 2000, acesta a fost spitalizat în urma unui episod delirant, fiind trimis la HSC de către secția de primiri urgențe. La începutul șederii sale, i s-a interzis să părăsească pavilionul în care era internat;

8. în perioada 2-27 aprilie 2000, în cursul căreia a părăsit de două ori pavilionul fără permisiune, la 3 și 27 aprilie 2000.

12. Dosarele medicale arată că, în timpul acestor internări, gradul dependenței (*grau de dependência*) lui A.J. de asistența medicală a variat, acesta necesitând asistență parțială, intensivă sau totală, în funcție de moment. Uneori, nu a fost consemnat gradul de dependență, cum a fost cazul ultimei sale internări din 2000. În intervalul dintre aceste internări, a fost consultat, de puține ori, de un medic din cadrul HSC, în regim ambulatoriu.

13. Potrivit Guvernului, aceste internări au urmat unor internări de urgență sau unor episoade de intoxicație cu alcool, doar ultima ședere datorându-se unei tentative de sinucidere.

14. În timpul unora dintre șederile sale la spital, lui A.J. i s-a permis să petreacă weekendul împreună cu familia sa: trei weekenduri în perioada 12 decembrie 1999 – 14 ianuarie 2000 și două în perioada 2-27 aprilie 2000.

B. Evenimentele care au precedat decesul lui A.J.

15. În martie 2000, A.J. s-a deplasat la Lisabona pentru a solicita reînnoirea permisului său de conducere pentru vehicule grele de marfă, însă fără succes. La 1 aprilie 2000, acesta a încercat să își pună capăt zilelor prin ingerarea unei supradoze de medicamente. A fost dus la secția de primiri urgențe a Spitalului universitar din Coimbra.

16. La 2 aprilie 2000, A.J. a fost transferat, cu consimțământul său, la secția de primiri urgențe a HSC (ultima lui ședere în HSC – supra, pct. 12). A fost luat în îngrijire de doamna doctor A.A., care fusese medicul său psihiatru începând din decembrie 1999. Potrivit observațiilor din dosarul medical din 2 aprilie 2000 și conform mărturiei doamnei doctor A.A., era posibil ca tentativa de sinucidere să fi fost motivată de faptul că A.J. nu obținuse reînnoirea permisului său de conducere pentru vehicule grele (de marfă). Potrivit medicului psihiatru, acesta era deprimat și credea că viața lui nu mai merita trăită, se simțea marginalizat și neputincios în atingerea oricărui obiectiv în viață.

17. În prima săptămână a șederii sale în HSC, A.J. a fost supus unui regim restrictiv, deși era vorba despre o internare voluntară (infra, pct. 54). Acesta a fost internat – îmbrăcat în pijama – în pavilionul 8, unde se afla secția de psihiatrie generală (acuți) pentru bărbați și nu i s-a permis să părăsească pavilionul. Cu toate acestea, din fișele medicale reiese că, la 3 aprilie 2000, A.J. a părăsit pavilionul după ora prânzului și s-a întors acasă. Acesta a fost adus înapoi la HSC de către cumnatul său, în jurul orei 13.30. În a doua și a treia săptămână de internare în HSC, având în vedere îmbunătățirea stării lui A.J., regimul restrictiv la care era supus acesta a fost ridicat și i s-a permis să se deplaseze în afara pavilionului, în perimetrul spitalului. Acest regim a rămas neschimbat până la data decesului său, la 27 aprilie 2000 (infra, pct. 28). În această perioadă, i s-a permis să petreacă două weekenduri la domiciliu.

18. În al doilea weekend, A.J. a putut să se întoarcă acasă pentru a petrece Paștele împreună cu reclamanta și cu alți membri ai familiei sale. El a părăsit HSC vineri, 21 aprilie 2000, la orele 10, după micul dejun, și i s-a spus că trebuia să se întoarcă la spital miercuri, 26 aprilie 2000, după micul dejun. Întrucât doamna doctor A.A. a fost în concediu în această perioadă (plecase la 19 aprilie 2000), aceasta a fost înlocuită de medicul E.R., care l-a consultat pe A.J. de două ori înainte ca acesta să se întoarcă acasă în weekendul cu Paștele.

19. Marți, 25 aprilie 2000, în jurul orelor 22.30, reclamanta l-a adus pe A.J. la secția de primiri urgențe a Spitalului universitar din Coimbra, după ce acesta consumase o cantitate mare de alcool. Foaia de observație clinică întocmită de secția de primiri urgențe la 25 aprilie 2000, în jur de miezul nopții, se citește astfel:

„pacient spitalizat în cadrul HSC, tratat de dr. A.A.; a petrecut weekendul în afara instituției și probabil că a avut un comportament iresponsabil din cauza faptului că se afla în stare de ebrietate. Antecedente de instabilitate mintală, episoade depresive și tentative de sinucidere repetate: caracteristici neobservate în acest weekend. S-a întors la HSC, unde este internat.”

Lui A.J. i s-au prescris medicamente pe care să le ia în caz de urgență. Din dosarul medical al persoanei în cauză reiese că aceste medicamente i-au fost administrate în cadrul HSC, în jurul orei 2 a dimineții zilei de 26 aprilie 2000.

20. În conformitate cu observațiile din dosarul său medical, între orele 8 și 16, în data de 26 aprilie 2000, A.J. a rămas în pat și nu s-a ridicat decât să mănânce. A primit apeluri telefonice și a fost vizitat de sora sa. Nu s-a consemnat nimic referitor la intervalul cuprins între orele 16 și miezul nopții și nici referitor la următoarea tură, de la miezul nopții la orele 8. Instanțele naționale au reținut că fiului reclamantei i s-au administrat medicamente pe tot parcursul zilei, fapt contestat de reclamantă pe baza lipsei unor consemnări (în acest sens) în fișele medicale.

21. Consemnarea observațiilor medicale a fost reluată la 27 aprilie 2000, orele 8, asistentul medical menționând că, între orele 8 și 16, A.J. a avut un comportament calm și s-a plimbat în jurul pavilionului 8. Conform mărturiei orale a unui asistent medical și dosarului medical, A.J. mâncase bine, inclusiv la gustarea de după-amiază, servită în jurul orelor 16.45.

22. În dosarul medical nu se menționează că, la întoarcerea sa în HSC, A.J. a fost consultat de medicul de gardă. În depozitia sa orală, doctorul E.R. a declarat că a presupus că A.J. se simțea bine întrucât asistenții medicali nu solicitaseră niciun aviz medical referitor la starea acestuia (infra, pct. 35).

23. În jurul orelor 16, reclamanta a sunat la spital. I s-a comunicat că fiul său nu se afla în clădire în acel moment și i s-a cerut să revină mai târziu, la ora servirii gustării. A fost asigurată că, în urmă cu câteva minute, fiul ei a fost văzut la ușă și că părea să se simtă bine.

24. În jurul orelor 19, s-a remarcat că A.J. nu venise la cină. Asistentul medical coordonator a fost informat cu privire la absența acestuia. Personalul spitalului a început să îl caute în zonele din jurul HSC în care li se permitea pacienților să circule liber, cum ar fi cantina și parcul.

25. Între orele 19 și 20, asistentul coordonator a semnalat dispariția acestuia medicului M.J.P., care era de gardă în acea zi (dar care nu se afla la sediul HSC la momentul respectiv) și a sunat la Garda Națională Republicană.

26. În jurul orelor 20, asistentul coordonator a sunat-o pe reclamantă și a informat-o că A.J. nu se prezentase la cină.

27. Nu se știe ora exactă la care A.J. a părăsit pavilionul și perimetrul spitalului, după gustarea de după-amiază, și a luat-o pe un drum care ducea la domiciliul reclamantei. La orele 17.37, îmbrăcat în pijama, acesta s-a aruncat în fața unui tren, pe linia de cale ferată care face legătura între Lousã și Coimbra.

C. Procedura internă îndreptată împotriva spitalului

28. La 17 martie 2003, reclamanta a introdus în fața Tribunalului Administrativ din Coimbra (*Tribunal Administrativo do Círculo de Coimbra*) o acțiune civilă împotriva HSC, în temeiul Legii privind răspunderea statului (Decretul-lege nr. 48051 din 21 noiembrie 1967), solicitând suma de 100 403 euro (EUR) cu titlu de despăgubire pentru prejudiciul material și moral.

29. În cadrul acțiunii sale, ea a explicat că fiul său fusese tratat de mai multe ori pentru tulburări psihice în cadrul HSC, unde fusese internat voluntar la 2 aprilie 2000, în urma unei tentative de sinucidere. A susținut că acesta a avut o nouă tentativă în weekendul de Paște, atunci când era acasă împreună cu ea. A precizat că faptul că fiul ei a putut să părăsească spitalul la 27 aprilie 2000 a determinat-o să ajungă la concluzia că membrii personalului au dat dovadă de neglijență în exercitarea atribuțiilor lor. Reclamanta considera că, având în vedere starea sănătății mintale și tentativele de sinucidere ale fiului său, acesta ar fi trebuit să se afle sub supraveghere medicală și că personalul ar fi trebuit să îl împiedice să părăsească incinta spitalului. A susținut că fiul său a putut să se sinucidă ca urmare a unei organizări deficitare a serviciilor spitalicești. Această proastă organizare era reflectată, în opinia sa, de trei aspecte: a) absența unor garduri de jur împrejurul spitalului, ceea ce le-ar fi permis pacienților să iasă cu ușurință din spital, fără să fie necesară monitorizarea lor; b) absența unui mecanism de verificare a prezenței pacienților, în măsură să notifice imediat personalul cu privire la absența oricărui pacient; c) absența unei proceduri de urgență, care să permită personalului spitalului să descopere absența unui pacient și să ia măsurile efective necesare pentru a asigura întoarcerea în siguranță a persoanei în cauză și fără ca viața acesteia sau a altor persoane să fie pusă în pericol. Reclamanta a invocat contextul specific care a determinat internarea fiului său de la începutul lunii aprilie, precum și elementele de probă din dosarul medical, în special consumul excesiv de alcool în mod repetat, boala sa psihică și tentativa sa anterioară de sinucidere. Aceasta considera că, având în vedere toate aceste circumstanțe, ar fi trebuit să fie consolidate măsurile de control pentru a-l împiedica pe A.J. să părăsească spitalul.

30. La 29 octombrie 2003, Tribunalul a pronunțat o hotărâre preliminară (*despacho saneador*) în care au fost precizate faptele considerate drept dovedite și cele care rămăseseră de dovedit.

31. La 5 iulie 2005, instanța a dispus întocmirea unui raport de expertiză cu privire la starea clinică a lui A.J. și la măsurile de supraveghere adoptate în consecință.

32. La 27 septembrie 2006, un medic psihiatru desemnat de Colegiul Medicilor (*Ordem dos Médicos*) a predat raportul său, care se întemeia pe analiza unor copii ale dosarelor medicale ale HSC. Părțile relevante în speță ale raportului se citesc după cum urmează:

„[...]

Deși diagnosticul principal era dependența de alcool, au fost luate în considerare o serie de alte diagnostice: în special tulburarea de personalitate dependentă [*personalidade dependente*], episodul delirant [*surto delirante*], schizofrenia, psihoza maniaco-depresivă [*psicose maníaco-depressiva*] [...]

Având în vedere antecedentele sale medicale, A.J. poate fi considerat un bolnav care a avut repetate recăderi în consumul excesiv de alcool (...), dar care prezenta și alte tipuri de simptome [...].

Acesta era „foarte violent și agresiv atunci când era beat și, chiar și în momentele în care nu consuma băuturi alcoolice, era un tânăr certăreț, foarte irascibil” [...]

[...]

Dosarul său medical nu conține nicio referire precisă la starea psihopatologică în care se afla acesta la 26 aprilie 2000 (după episodul de intoxicație alcoolică în urma căruia ajunsese la urgențe la 25 aprilie 2000), 27 sau 28? aprilie 2000 [...].

[...]

Fiul [reclamantei] suferea de tulburări care provocau un comportament depresiv, asociat cu tendințe suicidare evidente.

Având în vedere documentele din dosarul medical, se poate presupune că starea sa clinică l-a determinat să comită o nouă tentativă de sinucidere, care i-a fost fatală.

De asemenea, este important să se evidențieze polimorfismul stării psihice a pacientului. O stare psihopatologică precum cea a pacientului se asociază cu un prognostic defavorabil, iar sinuciderea este precedată frecvent de una sau mai multe tentative. [...] Trebuie menționat [...] că este posibil ca acesta să fi suferit de o tulburare de personalitate borderline [*perturbação de personalidade borderline*] [...]

[...]

Se face referire la diagnostice multiple, toate susceptibile să sporească riscul de sinucidere a pacientului (și să agraveze comportamentul său suicidar).

[...]

Din motivele deja menționate, antecedentele clinice și tabloul psihopatologic ale pacientului [*quadro psicopatológico*] puteau sugera că acesta va avea un comportament suicidar în viitor; așadar, comiterea unui suicid nu este surprinzătoare.

În ceea ce privește prevenția, fără îndoială că este necesară adoptarea unor măsuri de izolare și supraveghere. Cu toate acestea, în cazul unui astfel de pacient, măsurile de acest tip sunt dificil de luat (facem trimitere, de exemplu, la cererile sale de externare din spital, contrare sfatului medicului, astfel cum reiese din dosar) și nu sunt niciodată suficiente, având în vedere riscul ridicat de sinucidere.

[...]

Se poate presupune sau afirma că există un risc ridicat de sinucidere în cazul unui individ care prezintă un tablou psihopatologic caracterizat prin schizofrenie, depresie severă, alcoolism cronic. Toate aceste patologii sunt menționate în dosarul medical al pacientului. După cum s-a precizat, acest risc crește, de asemenea, atunci când pacientul suferă de o tulburare de personalitate borderline, boală care nu poate fi exclusă în cazul acestui pacient. Prevalența sinuciderii este ridicată la pacienții care prezintă aceste patologii. Prin urmare, ceea ce s-a întâmplat nu este neobișnuit.

Faptul că pacientului i se administrau antidepresive de peste două săptămâni, că se deplasa în incinta spitalului fără să își fi pus vreodată viața în pericol și că în dosarul medical nu exista nicio mențiune cu privire la existența unor gânduri suicidare nu înseamnă că probabilitatea evenimentului (sinuciderii) era neglijabilă. Cu toate acestea, era foarte dificil de evitat.

O prevenție [pe deplin eficientă] a suicidului în cazul unor astfel de pacienți este o sarcină imposibilă.

Prevenția este mult mai dificilă atunci când este vorba despre un pacient care se plimbă prin incinta spitalului și nu prezintă simptome care sugerează o sinucidere iminentă, dar în cazul căruia (din cauza antecedentelor medicale și a caracteristicilor sale) probabilitatea (de sinucidere) este mai mare, dar nu cu mult mai ridicată în momentul respectiv.”

33. Prima ședință a avut loc la 8 octombrie 2008. Reclamanta și medicul psihiatru care întocmise raportul de expertiză medicală menționat anterior au depus mărturie.

34. În cursul a cinci ședințe (desfășurate la 8 și 9 octombrie 2008, 14 ianuarie 2009 și 9 și 13 februarie 2009), Tribunalul a audiat mai mulți martori, printre care: fiica reclamantei, sora lui A.J., asistenți medicali, medici și membri ai personalului medical auxiliar care au lucrat sau încă lucrau în cadrul HSC, dintre care unii își începuseră tura în data de 27 aprilie 2000, la orele 16; un asistent social care lucra în HSC din 1995 și care intrase în contact cu A.J., precum și mecanicul de locomotivă care conducea trenul în cauză. Dr. A.A., medicul psihiatru care îl monitoriza pe A.J. în cadrul HSC, a explicat că tratamentul consta în a se asigura că A.J. ia medicamentele prescrise, determinarea acestuia să accepte tratamentul și stabilirea unei relații de încredere cu acesta, care să permită realizarea terapiei. Aceasta a confirmat că libertatea de mișcare a pacienților internați voluntar în spital putea fi restrânsă atunci când se considera

necesar. În astfel de situații, le era interzis să părăsească pavilionul și trebuiau să rămână în pijama. Medicul E.R. (care îl înlocuia pe medicul A.A. la momentul faptelor) a confirmat că, la 27 aprilie 2000, panoul cu informații privind pacienții din pavilionul 8 nu menționa nicio măsură restrictivă cu privire la A.J., ceea ce însemna că acesta era liber să părăsească pavilionul, dar că putea părăsi incinta HSC doar cu permisiunea unui medic. Medicul M.J.P., care era de gardă la urgențe la 27 aprilie 2000, a explicat că asistenții medicali care lucrau în pavilionul respectiv l-ar fi chemat dacă ar fi constatat o problemă în comportamentul lui A.J. în acea zi, ceea ce nu au făcut. În plus, Tribunalul a analizat diferite documente anexate la dosarul medical al lui A.J., furnizate de HSC.

35. La 9 martie 2009, instanța a efectuat o inspecție la fața locului (infra, pct. 48).

36. La 7 ianuarie 2010, Tribunalul a desfășurat o ședință în cadrul căreia a pronunțat o decizie privind faptele. Acesta a considerat în special că nu îi revenea sarcina de a defini în mod explicit patologia lui A.J. În ceea ce privește episodul din 25 aprilie 2000, acesta a decis să îl considere un simplu abuz de alcool, având în vedere alcoolismul cronic de care suferea persoana în cauză și faptul că acesta se îmbătase în cursul după-amiezii, în principal într-o cafea.

37. La 25 aprilie 2011, Tribunalul Administrativ din Coimbra a pronunțat o hotărâre prin care a respins acțiunea reclamantei. Răspunzând la argumentul acesteia din urmă, conform căruia clădirile spitalului ar fi trebuit să fie împrejmuite cu garduri sau alte obstacole, instanța a observat că abordarea adoptată la acea vreme pentru tratarea pacienților cu boli psihice consta în încurajarea interacțiunii sociale și că existența unor garduri ar conduce la stigmatizarea și izolarea pacienților cu handicap mintal. În această privință, Tribunalul a declarat că absența unor garduri sau a unor ziduri de siguranță era

„conformă cu teoriile moderne ale științei psihiatrice, potrivit cărora este necesar ca pacienții cu tulburări psihice să fie tratați într-o atmosferă de încredere, să li se ofere libertate de mișcare și condiții fizice favorabile exercitării acestei libertăți și autonomiei de mișcare și care să stimuleze interacțiunea și convivialitatea între pacienți și personal, pentru a încuraja reintegrarea [pacienților]; supravegherea acestor pacienți trebuie să rămână discretă”.

38. În ceea ce privește plângerea reclamantei referitoare la lipsa unui mecanism de control al prezenței pacienților, Tribunalul a subliniat că HSC avea o procedură de supraveghere care consta în verificarea prezenței pacienților în timpul orelor de servire a mesei și de administrare a medicamentelor și că acest lucru era conform cu concepțiile recente ale științei psihiatrice și respecta dreptul pacienților la viață privată și la demnitate. În plus, instanța a constatat că pacienții supuși unui regim restrictiv special de internare beneficiau de mai multă atenție din partea membrilor echipei de asistență medicală și ai personalului medical auxiliar, care verificau prezența acestora în clădirile în care erau internați sau în apropierea intrărilor, după caz. În ceea ce privește argumentul reclamantei potrivit căruia nu exista nicio procedură de urgență, Tribunalul Administrativ din Coimbra a subliniat că exista o astfel de procedură, care consta în alertarea poliției și a familiei pacientului, considerând că aceasta era adecvată.

39. În ceea ce privește capătul de cerere al reclamantei potrivit căreia fiul său a putut să se sinucidă din cauza lipsei unei supravegheri permanente, Tribunalul a apreciat că sinuciderea nu era previzibilă. Este adevărat că fiul reclamantei suferea de o boală psihică ce nu fusese diagnosticată niciodată în mod corespunzător, fie din cauza complexității simptomelor, fie din cauza dependenței acestuia de alcool și de medicamente. În această privință, instanța a subliniat că, de-a lungul anilor, medicii l-au diagnosticat cu schizofrenie și depresie severă și că, abia după decesul persoanei în cauză și în urma unei expertize solicitate colegiului medicilor în cursul procedurii (supra, pct. 33), s-a stabilit un eventual diagnostic de tulburare de personalitate borderline. Tribunalul a stabilit că ultima internare a lui A.J. în spital a avut loc în urma unei tentative de sinucidere. Acesta a considerat totuși că, în ciuda riscului de sinucidere

existent la pacienții cu boli psihice precum cele de care suferea fiul reclamantei, acesta nu a manifestat, în cursul ultimelor zile care au precedat decesul său, niciun comportament și nicio stare de natură să determine personalul spitalului să creadă că 27 aprilie 2000 va fi o zi diferită de cele anterioare.

Potrivit Tribunalului Administrativ din Coimbra, motivul internării lui A.J. în secția de primiri urgențe a spitalului universitar din acest oraș nu a fost o tentativă de sinucidere, ci comportamentul iresponsabil al acestuia, care consumase o cantitate mare de alcool. Tribunalul administrativ a constatat că, după ce s-a întors la HSC, A.J. a fost ținut sub supraveghere medicală pe parcursul întregii zile, i-au fost administrate medicamente, personalul medical l-a asistat și starea lui de sănătate s-a îmbunătățit. Prin urmare, instanța a ajuns la concluzia că nimic nu prefigura evenimentul tragic care a avut loc. Aceasta a considerat că nu se poate afirma că sinuciderea persoanei în cauză era previzibilă. A adăugat că niciun element din dosar nu era de natură să justifice aplicarea unui tratament fără consimțământul persoanei în cauză în zilele premergătoare acestei tragedii, având în vedere că sinuciderea nu era previzibilă. A concluzionat că A.J. a avut un comportament „total neașteptat și imprevizibil”, având în vedere circumstanțele concrete de la momentul faptelor.

40. La 12 mai 2011, reclamanta a declarat apel în fața Curții Administrative Supreme, susținând că instanța de prim grad de jurisdicție nu a apreciat în mod corect elementele de probă, a interpretat greșit legea, iar constatările sale factuale erau eronate.

41. La 26 septembrie 2012, Procurorul general adjunct al Parchetului de pe lângă Curtea Administrativă Supremă i s-a cerut să emită o opinie cu privire la apel. Acesta s-a pronunțat în favoarea infirmării hotărârii pronunțate în primă instanță. În opinia sa, a examinat în special absența unui cadru de supraveghere adaptat în mod specific la tulburările psihice și riscul de suicid prezentate de A.J., precum și pretinsa neîndeplinire de către HSC a obligației de a preveni sinuciderea. S-a exprimat după cum urmează:

„[...]”

în privința pacienților cu tendințe suicidare, numai prescrierea și punerea în aplicare a unei supravegheri consolidate (*vigilância acrescida*) pot fi considerate măsuri adecvate.

În dosarul medical al lui A.J. sunt consemnate tentativele de sinucidere. Ultima a avut loc la 1 aprilie 2000, cu câteva zile înainte de 26 aprilie 2000, dată la care A.J. s-a întors în HSC, după ce a fost tratat [la Spitalul universitar din Coimbra] pentru ingerarea unei cantități mari de alcool; eventualitatea unei tentative de sinucidere era așadar un „risc probabil” sau se număra printre riscurile posibile, un risc ce putea fi anticipat, în măsura în care un „evaluator prudent” (*avaliador prudente*) l-ar fi prevăzut.

În consecință, considerăm că hotărârea atacată a fost eronată în măsura în care, în vederea aprecierii nivelului de supraveghere solicitat de pârâtă, s-a considerat că sinuciderea lui A.J. a fost total neașteptată și neprevăzută și s-a concluzionat că nu exista niciun motiv care să justifice o consolidare a supravegherii în cazul său.

HSC nu a prescris sau instituit vreodată un regim de consolidare a supravegherii lui A.J. – regim de natură să împiedice orice posibilă ieșire a acestuia din spital [...]

O astfel de supraveghere consolidată, destinată să protejeze pacientul, face parte integrantă din obligația terapeutică a spitalului și nu contravine regimului deschis ca metodă de tratament aplicată pacienților în circumstanțele în care aceasta este considerată adecvată.”

42. În ceea ce privește faptele invocate de reclamantă, referitoare la câțiva pacienți ai HSC care părăsiseră clădirea fără permisiune și la consecințele tragice ale acestui lucru, Procurorul general adjunct a apreciat că aceste elemente nu ar trebui să fie luate în considerare.

Conform opiniei Procurorului general adjunct, „nivelul de supraveghere necesar a fi aplicat trebuie să ia în considerare „toate riscurile probabile” și toate riscurile „la care se poate aștepta «un evaluator prudent»”.

Era suficient să se consulte dosarul medical, care menționa tentativele de sinucidere, una din ele având loc cu 25 de zile în urmă. Prin urmare, repetarea unui asemenea gest era previzibilă.

Așadar, se poate concluziona că instituția pârâtă nu a adoptat și nici nu a pus în aplicare măsuri de supraveghere care ar putea fi considerate adecvate pentru statutul unui spital de psihiatrie și adaptate caracteristicilor lui A.J. în calitate de pacient – așa cum putea și ar fi trebuit să procedeze.”

43. La 29 mai 2014, Curtea Administrativă Supremă a respins apelul reclamantei cu două voturi la unu, confirmând concluziile factuale și juridice ale Tribunalului Administrativ din Coimbra. Instanța supremă a considerat că faptele invocate de reclamantă în primă instanță, în legătură cu cazuri similare de pacienți care părăsiseră HSC fără permisiune, erau irelevante pentru decizia sa în speță. Aceasta a respins argumentul reclamantei potrivit căruia A.J. avea un comportament depresiv, asociat cu o „puternică” tendință suicidală și că acesta încercase să își pună capăt zilelor în mai multe rânduri. Aceasta a confirmat concluzia instanței inferioare, care a stabilit că avusese loc o singură tentativă de sinucidere, și anume la 1 aprilie 2000.

44. Curtea Administrativă Supremă a apreciat că practica de numărare a pacienților în timpul orelor de servire a mesei și de administrare a medicamentelor era suficientă și că aceasta a permis personalului spitalului să verifice faptul că A.J. a fost prezent efectiv în timpul mesei de prânz și al gustării de după-amiază, în data de 27 aprilie 2000. Aceasta a respins argumentul reclamantei potrivit căruia numărarea pacienților în momentul distribuirii tăvilor cu mâncare era o practică „lipsită de profesionalism”. În ceea ce privește caracterul previzibil al sinuciderii, instanța supremă a declarat că HSC nu și-a încălcat obligația de diligență, întrucât nu exista niciun element care să fi putut determina personalul spitalului să creadă că exista riscul ca fiul reclamantei să se sinucidă în acea zi, în special ulterior părăsirii spitalului. Curtea Administrativă Supremă a ținut seama de faptul că fiul reclamantei părăsise clădirea și în perioadele de spitalizare anterioare și că nu s-a stabilit nicio legătură între acest comportament și un risc ridicat de sinucidere, întrucât avusese loc o singură tentativă de sinucidere, și anume la 1 aprilie 2000.

45. În cadrul unei opinii separate, unul dintre judecători a declarat că spitalul ar fi trebuit să își securizeze perimetrul într-un fel sau altul pentru a-și îndeplini obligațiile de diligență și de supraveghere. Acesta a adăugat că, în lipsa unei astfel de securizări, instituția le-a permis pacienților să plece cu ușurință, fără să fie autorizați în acest sens, și că, prin urmare, nu și-a îndeplinit aceste obligații. Potrivit judecătorului, această lacună a permis „evadarea” și sinuciderea fiului reclamantei.

D. Informații generale privind HSC

46. HSC este un spital de psihiatrie situat în afara orașului Coimbra, pe o suprafață de 17 hectare. Este o instituție publică anexată Spitalului Universitar din Coimbra.

47. Potrivit unei inspecții la fața locului efectuate de Tribunalul Administrativ din Coimbra la 9 martie 2009, în cadrul procedurii inițiate împotriva spitalului, HSC era alcătuit din 18 clădiri, câte una pentru fiecare secție a spitalului. Din elementele de care dispune Curtea reiese că fiecare clădire găzduia un anumit tip de pacienți, în funcție de sex, de boală și de gravitatea acesteia. Nu exista niciun gard sau zid de siguranță în jurul perimetrului HSC. Diferitele clădiri erau înconjurate de spații verzi amenajate cu copaci și diverse alte feluri de vegetație, accesul în acestea efectuându-se prin șosele și căi pietonale, înconjurate, de asemenea, de copaci și alte tipuri de vegetație. Intrarea principală a HSC era echipată cu o barieră și monitorizată de un agent de securitate. Una dintre ieșirile din spital ducea la o scurtătură către peronul unei gări. La această scurtătură se putea ajunge luând-o pe drumul care trecea prin spatele clădirii nr. 9.

Peronul acestei gări se afla la o distanță de aproximativ 15-20 de minute de mers pe jos față de această parte a spitalului.

48. Conform regulamentului HSC, mesele se serveau în cantina spitalului, iar pacienții trebuiau să rămână acolo până la sfârșitul mesei. Un ghid de informare a pacienților specifica normele care reglementau internarea acestora. Pacienților nu li se permitea să părăsească pavilionul în care erau internați fără să informeze în prealabil asistentul medical competent. De asemenea, le era interzis să părăsească perimetrul spitalului fără autorizarea unui specialist. Dacă un pacient dorea să părăsească instituția înainte de a i se acorda permisiunea, trebuia să semneze, în acest scop, un formular de consimțământ privind externarea la cerere.

49. În aprilie 2000, în perioada șederii lui A.J. în HSC, a fost impus următorul program:

- i. Ora de trezire: între orele 7 și 8;
- ii. Ora de culcare: flexibilă, începând cu orele 22, pacientul trebuia nu mai face zgomot, iar luminile trebuiau stinse;
- iii. Mesele:
 1. Micul dejun: între orele 8.35 și 9.30;
 2. Prânzul: între orele 12 și 13;
 3. Gustarea (de după amiază): la orele 16.45;
 4. Cina: între orele 19 și 20;
 5. Gustarea de seară (masă ușoară): la orele 22.

50. Astfel cum au admis instanțele interne, era instituit un mecanism de verificare a prezenței pacienților, constând în numărarea acestora la fiecare masă (de cinci ori pe zi) și la orele de administrare a medicamentelor. În plus, prezența lor era verificată la ora de culcare. Pacienții supuși unui regim restrictiv de internare făceau obiectul unei monitorizări mai atente de către echipa de asistență medicală.

51. Atunci când se constata absența unui pacient, se declanșa o procedură de urgență, care consta în alertarea poliției, a medicului de gardă și a rudelor apropiate ale pacientului.

52. În perioada spitalizării sale, pacientul era monitorizat de o echipă terapeutică alcătuită în special dintr-un medic, un asistent medical, un asistent social și un membru al personalului medical auxiliar.

53. Se făcea o distincție între internarea pe baza consimțământului (voluntară) și internarea în absența consimțământului (nevoluntară) (infra, pct. 58). În primul caz, un pacient putea să renunțe la tratament în orice moment. Cu toate acestea, astfel cum reiese din mărturiile medicilor din cadrul procedurii interne și din observațiile Guvernului, existau două tipuri de regimuri pentru pacienții internați voluntar: un regim restrictiv, în temeiul căruia pacienților nu li se permitea să părăsească pavilionul în care se aflau internați, și un regim general, în temeiul căruia aceștia puteau să iasă din clădire după informarea asistentului medical de serviciu, însă nu puteau părăsi perimetrul HSC fără autorizație. Pacienții supuși regimului restrictiv purtau, în general, pijama și halat de casă, în timp ce pacienții care făceau obiectul regimului general erau liberi să se îmbrace cum doreau. Se pare că, la începutul internării lor, pacienții erau deseori supuși regimului restrictiv, chiar dacă aceștia se internaseră voluntar. Există o cameră de izolare destinată pacienților foarte agitați și agresivi, aceasta putând fi folosită și pentru găzduirea pacienților internați voluntar.

54. Reclamanta a prezentat Curții articole de presă referitoare la pacienți internați în HSC, care, aparent, reușiseră să iasă din incinta instituției. Primele cinci articole menționate mai jos au fost deja prezentate în fața instanțelor naționale (infra, pct. 44, Curtea Administrativă Supremă hotărând că informațiile conținute de acestea erau irelevante în speță):

- i. la 9 martie 2008, trupul unui pacient care fugise în urmă cu două săptămâni a fost găsit în apropierea spitalului (*Diário de Coimbra*);

- ii. la 29 octombrie 2008, un bărbat care fugise din HSC a fost lovit de o mașină, după ce a sărit în fața acesteia (*Diário das Beiras*);
- iii. la 31 iulie 2008, trupul unui pacient care fugise din spital luna precedentă a fost găsit într-un râu (*Diário de Coimbra*);
- iv. la 14 august 2008, un pacient care fusese internat nevoluntar a fugit din HSC (*Diário de Coimbra*);
- v. la începutul lunii martie 2010, trei pacienți au fugit din spital; unul dintre ei a fost găsit de către poliție, după ce furase o mașină, și un altul a fost găsit mort într-un râu din apropiere (*Bombeirosponopt*);
- vi. la 16 octombrie 2011, un pacient a fugit din HSC și a atacat doi polițiști cu o sapă (*Correio da Manhã*);
- vii. la 1 martie 2015, doi pacienți au fugit din HSC și au furat o mașină (*Tvi24*).

II. DREPTUL ȘI PRACTICA INTERNE RELEVANTE

A. Legea sănătății

55. Legea sănătății (Legea nr. 48/90 din 24 august 1990) prevede că asistența medicală este asigurată de către serviciile și instituțiile statului, precum și de alte entități publice sau private, cu scop lucrativ sau fără scop lucrativ, sub controlul statului. În conformitate cu principiul fundamental XIV din lege, utilizatorii sistemului de sănătate au, în special, dreptul de a-și alege în mod liber medicul și instituția medicală, dreptul de a accepta sau de a refuza tratamentul propus, dreptul de a fi tratați în mod corespunzător și uman, cu promptitudine și respect, dreptul de a fi informați cu privire la starea lor de sănătate și evoluția sa probabilă, precum și cu privire la existența unor posibile tratamente alternative, precum și dreptul de a se plânde de modul în care au fost îngrijiți și de a primi despăgubiri pentru orice prejudiciu suferit.

56. Legea sănătății este reglementată de Decretul-lege nr. 11/93 din 15 ianuarie 1993, prin care au fost aprobate normele privind sistemul național de sănătate. În conformitate cu articolul 38 din decretul-lege, statul supraveghează instituțiile medicale și Ministerul Sănătății este responsabil cu definirea normelor în materie de sănătate, fără a aduce atingere funcțiilor atribuite Colegiului medicilor și Colegiului farmaciștilor.

B. Legea sănătății mintale

57. Legea sănătății mintale (Legea nr. 36/98 din 24 iulie 1998) stabilește principiile generale ale politicii în materie de sănătate mintală și reglementează internarea voluntară (cu consimțământ) și nevoluntară (fără consimțământ) a persoanelor cu tulburări psihice. Articolele relevante în speță sunt redactate după cum urmează:

Articolul 3 – Principii generale referitoare la sănătatea mintală

„[...]”

a) Pentru a evita scoaterea pacienților din mediul lor obișnuit și pentru a facilita reabilitarea și integrarea socială a acestora, îngrijirile de sănătate mintală sunt furnizate în unități (medicale) din cadrul comunității lor;

b) Îngrijirile de sănătate mintală sunt acordate în mediul cel mai puțin restrictiv.

[...]”

Articolul 7 – Definiții

„[...]”

a) Internarea nevoluntară (*internamento compulsivo*) reprezintă internarea unei persoane cu tulburări psihice grave [dispusă] prin hotărâre judecătorească;

b) Internarea voluntară (*internamento voluntário*) reprezintă internarea solicitată de o persoană cu tulburări psihice sau de către reprezentantul legal al unui copil cu vârsta mai mică de 14 ani.

[...]”

Articolul 12 – Condiții

„1 – O persoană care suferă de o tulburare psihică gravă și care, din cauza acestei tulburări, creează o situație care pune în pericol interese juridice (*bens jurídicos*) – care au o valoare semnificativă, de natură personală sau patrimonială și care aparțin persoanei în cauză sau unei alte persoane – și care refuză să se supună tratamentului medical impus de starea sa poate fi internată într-o instituție adecvată.

2 – O persoană care suferă de o tulburare psihică gravă și care nu are discernământul necesar pentru a înțelege sensul și sfera de aplicare ale consimțământului poate fi internată, de asemenea, în cazul în care absența instituirii unui tratament adecvat pentru aceasta ar determina o deteriorare gravă a stării sale.

Articolul 13 – Calitate procesuală (*locus standi*)

1 – Reprezentantul legal al unei persoane care suferă de o tulburare psihică gravă, orice persoană care are calitatea procesuală de a introduce o acțiune pentru punerea sub interdicție judecătorească (*interdição*), autoritățile din domeniul sănătății publice și Ministerul Public (*Ministério Público*) au dreptul să solicite internarea nevoluntară (din oficiu).

2 – Atunci când, în exercitarea atribuțiilor sale, un medic stabilește un diagnostic de tulburare psihică ce produce efectele menționate la articolul 12, acesta poate informa autoritatea competentă în domeniul sănătății publice în sensul alineatului precedent.

3 – În cazul în care diagnosticul se stabilește în timpul unei internări voluntare, directorul medical al instituției are, de asemenea, dreptul să solicite internarea nevoluntară.”

C. Decretul-lege nr. 48051 din 21 noiembrie 1967

58. Decretul-lege nr. 48051, în vigoare la data inițierii procedurii de către reclamantă, reglementa răspunderea civilă extracontractuală a statului. Dispozițiile acestuia relevante în speță se citesc astfel:

Articolul 2 § 1

„Statul și celelalte persoane colective (organisme) publice sunt responsabile civilmente față de terți pentru încălcările drepturilor acestora sau ale dispozițiilor legale menite să le protejeze interesele, care rezultă din fapte ilicite săvârșite din culpă (*culpa*) de către organele administrației sau funcționarii din cadrul acestora, în exercitarea atribuțiilor lor sau în legătură cu acestea.”

Articolul 4

„1. Culpă (*culpa*) membrilor unui organism public sau a funcționarilor administrației în cauză este apreciată în temeiul articolului 487 din Codul civil.

2. În cazul în care sunt responsabile mai multe persoane, se aplică dispozițiile articolului 497 din Codul civil.”

Articolul 6

„În sensul prezentului decret-lege, sunt considerate ilicite actele juridice care încalcă legile și reglementările sau principiile generale relevante, precum și actele materiale care încalcă respectivele dispoziții și principii, normele tehnice sau principiile referitoare la prudența necesară, care trebuie să fie respectate.”

59. Potrivit jurisprudenței referitoare la răspunderea extracontractuală a statului, acesta este obligat să repare prejudiciul cauzat numai în cazul săvârșirii din culpă a unei fapte ilicite și dacă există o legătură de cauzalitate între fapta în cauză și prejudiciul pretins.

D. Decretul-lege nr. 35/99 din 5 februarie 1999

60. Decretul-lege nr. 35/99 din 5 februarie 1999, în vigoare la momentul ultimei internări a lui A.J., conține dispoziții privind organizarea îngrijirilor psihiatrice și de sănătate mintală. Preambulul acestuia are următorul cuprins:

„[...]”

Astfel, ținând seama în special de recomandările Organizației Națiunilor Unite și ale Organizației Mondiale a Sănătății privind prioritatea care trebuie acordată promovării unor îngrijiri cât mai puțin restrictive posibil, la domiciliu sau în instituții situate în cadrul comunității, și, în contextul specific al reabilitării psihosociale, furnizării de asistență medicală în regim de spitalizare de zi și în centre de primire adaptate gradului de autonomie a fiecărui pacient, a devenit și mai urgentă, începând de la mijlocul anilor 1990, revizuirea integrală a politicii în materie de sănătate mintală și, prin urmare, a modelului de organizare a serviciilor, ceea ce Decretul-lege nr. 127/92 nu a reușit.”

Dispozițiile relevante în speță ale decretului-lege menționat sunt redactate astfel:

Articolul 1 – Scop

„Prezentul decret stabilește principiile directoare pentru organizarea, gestionarea și evaluarea serviciilor de psihiatrie și sănătate mintală (denumite în continuare «servicii de sănătate mintală»).

Articolul 2 – Principii generale

„[...]”

6 – Furnizarea de îngrijiri de sănătate mintală trebuie să se concentreze pe nevoile și situațiile specifice ale persoanelor, în funcție de vârsta acestora. Ar trebui să se acorde prioritate unor îngrijiri cât mai puțin restrictive posibil, la domiciliu sau în instituții situate în cadrul comunității; este de preferat ca unitățile care oferă servicii de spitalizare să funcționeze în cadrul spitalelor generale.”

Articolul 16 – Atribuțiile spitalelor de psihiatrie

„1 – Spitalele de psihiatrie au următoarele atribuții:

[...]”

(c) Furnizează îngrijirile necesare pacienților internați, care suferă de afecțiuni cronice (care necesită tratament de lungă durată) (*doentes de evolução prolongada*), promovează umanizarea și îmbunătățirea condițiilor de viață ale acestora, dezvoltă programe de reabilitare adaptate nevoilor lor specifice și le acordă asistență pentru reintegrarea în comunitate.

[...]”

E. Protocolul privind utilizarea „contenționării mecanice” în toate spitalele portugheze, inclusiv în spitalele de psihiatrie (circulara nr. 08/DSPSM/DSPCS)

61. În 2007, Ministerul Sănătății a stabilit un protocol privind utilizarea măsurilor de contenționare mecanică în toate spitalele portugheze, inclusiv în spitalele de psihiatrie. Acest text a fost abrogat și înlocuit, în 2011, cu orientări mai generale (a se vedea mai jos).

F. Orientările privind contenționarea emise de Direcția Generală Sănătate (nr. 21/2011 din 6 iunie 2011)

62. În conformitate cu articolul 2 alineatul (2) litera (c) din Decretul de reglementare nr. 66/2007 din 29 mai 2007, astfel cum a fost modificat prin Decretul de reglementare nr. 21/2008 din 2 decembrie 2008, au fost stabilite următoarele orientări:

„1. Măsura contenționării mecanice este aplicată unui pacient după o evaluare a riscului clinic.

2. Un pacient poate fi supus unor măsuri de contenționare atunci când acesta:

2.1. manifestă un comportament prin care acesta sau persoanele din jurul său sunt expuse unui risc de producere a unui prejudiciu;

2.2. refuză să se supună unui tratament obligatoriu în temeiul legii;

2.3. refuză un tratament vital și urgent.

[...]

6. Asistentul medical șef de secție trebuie să se asigure că în foaia de observație a pacientului sunt consemnate următoarele informații:

6.1. evaluarea stării pacientului care a justificat recurgerea la măsura contenționării;

6.2. măsurile preventive care au fost luate și efectele acestora;

6.3. descrierea diferitelor măsuri de contenționare pacientului sau unei persoane abilitate să ia decizia în locul său;

6.4. numele membrilor personalului medical care au luat decizia de aplicare a măsurii contenționării;

6.5. evaluările ulterioare ale măsurilor de contenționare adoptate, inclusiv evoluția stării pacientului și depistarea posibilelor leziuni legate de aplicarea măsurii contenționării;

6.6. reevaluarea programului de îngrijiri ca urmare a aplicării măsurii contenționării.

[...]

9. Fiecare instituție de asistență medicală definește, în cadrul acestor orientări, normele interne de conduită pentru aplicarea măsurilor de contenționare, în funcție de specificul îngrijirilor pe care le furnizează.

[...]

CRITERII

[...]

Trebuie să se aibă în vedere următoarele tipuri de restricționare:

i. contenționarea terapeutică: măsură aplicată în cadrul administrării serviciilor de îngrijire, pentru a restricționa activitatea fizică a unei persoane, pentru a controla comportamentul acesteia sau pentru a imobiliza o parte a corpului său, cu scopul de a îmbunătăți starea de sănătate a persoanei în cauză și de a preveni eventuale complicații. Aceasta este menită să optimizeze siguranța pacientului și a persoanelor din jurul său, asigurând totodată, pe cât posibil, confortul și demnitatea persoanei în cauză;

ii. contenționarea de mediu: modificări care permit restricționarea mobilității pacientului, de exemplu, într-o cameră de izolare sau într-un spațiu închis sau limitat, în care pacientul se poate deplasa în condiții de siguranță, sub supraveghere medicală;

iii. contenționarea fizică: situația în care una sau mai multe persoane din echipa terapeutică imobilizează un pacient, îi schimbă sau îi blochează mișcările pentru a evita un risc;

iv. contenționarea mecanică: utilizarea unor dispozitive sau echipamente prin care sunt restricționate mișcările unui pacient;

v. contenționarea farmacologică sau chimică: administrarea de medicamente psihoactive pentru a inhiba o anumită mișcare sau un anumit comportament.

RAȚIONAMENT

Conținționarea pare să fie una din practicile utilizate cel mai des la nivel internațional pentru tratarea pacienților al căror comportament reprezintă un risc pentru ei înșiși și pentru persoanele din jurul lor. Diverse studii realizate pe această temă evidențiază necesitatea de a preveni incidentele și consecințele negative asociate măsurilor de conținționare.

[...]”

G. Codul civil portughez

63. Dispozițiile codului relevante în speță sunt redactate astfel:

Articolul 487

„1. Părții care a suferit prejudiciul îi revine obligația de a dovedi existența culpei [*culpa*], cu excepția cazului în care aceasta face obiectul unei prezumții legale.

2. În lipsa oricărui alt criteriu juridic, culpa trebuie apreciată în raport cu diligența care se poate aștepta din partea unui *bonus pater familias*, în lumina circumstanțelor cauzei.”

E. Jurisprudența Curții Supreme de Justiție și a Curții Administrative Supreme

64. La 25 iulie 1985, Curtea Supremă de Justiție a pronunțat o hotărâre în care a analizat obligația de supraveghere a pacienților internați care suferă de boli psihice. Aceasta a declarat că, atunci când un astfel de pacient era internat și tratat, spitalul avea obligația de a-l îngriji și supraveghea. Or, în speță, instanța supremă a apreciat că spitalul nu și-a îndeplinit această obligație întrucât a permis unui pacient cu handicap mintal, internat în regim deschis, să plece din spital fără autorizație și fără să depună toate eforturile necesare pentru a asigura întoarcerea imediată a acestuia.

65. Într-o hotărâre din 25 noiembrie 1998, Curtea Supremă de Justiție a examinat dacă, din cauza faptului că nu a împiedicat o pacientă să părăsească secția de psihiatrie, spitalul nu și-a îndeplinit obligația de supraveghere. A apreciat că nu a fost încălcată această obligație, considerând că s-a stabilit, printre altele, că i) secția de psihiatrie din cadrul spitalului funcționa în regim „deschis”, ii) nu fusese dispusă în mod expres împiedicarea pacientei să părăsească secția, iii) medicii au considerat că nu era oportună restrângerea libertății de circulație a pacientei, iv) în ziua tentativei sale de sinucidere, pacienta a părut să se comporte normal și v) comportamentul acesteia nu a permis să se prevadă tentativa de sinucidere.

66. Într-o hotărâre din 29 ianuarie 2009, Curtea Administrativă Supremă a apreciat, în ceea ce privește un pacient bolnav mintal care s-a aruncat de la fereastra camerei sale, că nu a existat o încălcare a obligației de supraveghere. Aceasta a observat, printre altele, că obligația de supraveghere nu exista decât în ceea ce privește riscurile care puteau fi stabilite de către un „evaluator prudent”. Aceasta a subliniat că, în prezenta cauză, niciun element nu permitea să se presupună că pacientul risca să încerce să se sinucidă. Prin urmare, aceasta a considerat că nivelul de supraveghere adoptat corespundea stării pacientului și riscurilor previzibile și a concluzionat că spitalul nu era responsabil pentru faptul că pacientul a sărit brusc de la fereastră.

III. DREPTUL ȘI PRACTICA INTERNAȚIONALE

A. Organizația Națiunilor Unite

1. Adunarea generală a Organizației Națiunilor Unite

67. Rezoluția Adunării Generale A/RES/46/119 din 17 decembrie 1991 enunță Principiile de protecție a persoanelor cu boli psihice și de îmbunătățire a îngrijirilor de sănătate mintală. Articolele relevante în speță sunt redactate după cum urmează:

Principiul 8 – Standarde de îngrijire

„1. Orice pacient are dreptul la o îngrijire medicală și o protecție socială adaptate la nevoile sănătății sale, precum și la îngrijiri și tratamente conforme cu aceleași standarde ca și ceilalți bolnavi.

2. Orice pacient trebuie să fie protejat de orice atingere care i-ar putea fi adusă, în special, prin administrarea nejustificată de medicamente, de rele tratamente din partea altor pacienți, de personalul secției sau de alte persoane, ori de alte acte de natură să cauzeze suferință psihică sau fizică.”

Principiul 9 – Tratamentul

„1. Orice pacient are dreptul de a fi tratat în mediul cel mai puțin restrictiv și în conformitate cu proceduri cât mai puțin restrictive posibil, care să respecte cât mai mult integritatea pacientului și să răspundă nevoilor sale (în materie) de sănătate și necesității de a asigura securitatea fizică a celorlalți.

[...]

3. Îngrijirile de sănătate mintală trebuie să fie acordate întotdeauna în conformitate cu standardele etice aplicabile profesioniștilor din domeniul sănătății mintale (...)

4. Tratamentul oricărui pacient ar trebui să vizeze păstrarea și consolidarea autonomiei personale a acestuia.”

Principiul 15 – Principiile internării

„[...]

2. Internarea într-o secție de sănătate mintală este administrată în același mod ca și internarea în orice altă secție, pentru orice altă boală.

3. Orice pacient care este internat voluntar într-un centru de sănătate mintală are dreptul să îl părăsească în orice moment, cu excepția cazului în care sunt îndeplinite condițiile care impun menținerea măsurii internării medicale a acestuia [în conformitate cu principiul 16 de mai jos], și trebuie să fie informat cu privire la acest drept.”

2. Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități

68. Scopul Convenției Organizației Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități (adoptată de Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite la 13 decembrie 2006, Rezoluția A/RES/61/106, „CDPD”) este de a promova, proteja și asigura exercitarea deplină și în condiții de egalitate a tuturor drepturilor și libertăților fundamentale ale omului de către toate persoanele cu dizabilități și de a promova respectul pentru demnitatea lor inerentă. Această convenție a actualizat și revizuit normele stabilite de rezoluția Adunării Generale menționată anterior. Aceasta a fost ratificată de Portugalia la 23 septembrie 2009. Toate statele membre ale Consiliului Europei, cu excepția Principatului Liechtenstein, sunt în prezent părți la CDPD. Dispozițiile relevante ale acesteia au următorul cuprins:

Articolul 10 – Dreptul la viață

„Statele părți reafirmă că fiecare ființă umană are dreptul inalienabil la viață și vor lua toate măsurile necesare pentru a se asigura că persoanele cu dizabilități se bucură efectiv de acest drept în condiții de egalitate cu ceilalți.”

Articolul 12 – Recunoaștere egală în fața legii

„1. Statele părți reafirmă că persoanele cu dizabilități au dreptul la recunoaștere, oriunde s-ar afla, în calitate de persoane în fața legii.

2. Statele părți recunosc faptul că persoanele cu dizabilități se bucură de capacitate juridică în condiții de egalitate cu ceilalți, în toate domeniile vieții.

3. Statele părți iau toate măsurile adecvate pentru a asigura accesul persoanelor cu dizabilități la sprijinul de care ar putea avea nevoie în exercitarea capacității lor juridice.

4. Statele părți se asigură că măsurile legate de exercitarea capacității juridice prevăd garanții adecvate și efective pentru prevenirea abuzurilor, în conformitate cu dreptul internațional al drepturilor omului. Aceste garanții trebuie să asigure că măsurile referitoare la exercitarea capacității juridice respectă drepturile, voința și preferințele persoanei în cauză, nu prezintă niciun conflict de interese și nu au o influență necorespunzătoare, sunt proporționale și adaptate la situația persoanei în cauză, se aplică pentru cea mai scurtă perioadă posibilă și fac obiectul unei revizuirii periodice efectuate de către o autoritate competentă, independentă și imparțială sau de către o instanță judiciară. De asemenea, aceste garanții trebuie să fie proporționale cu gradul în care drepturile și interesele persoanei în cauză sunt afectate de măsurile destinate să faciliteze exercitarea capacității juridice.

[...]”

Articolul 14 – Libertatea și siguranța persoanei

„1. Statele părți se asigură că persoanele cu dizabilități, în condiții de egalitate cu ceilalți:

a) se bucură de dreptul la libertate și siguranță al persoanei;

b) nu sunt private de libertate în mod ilegal sau arbitrar și că orice lipsire de libertate se face conform legii și că existența unei dizabilități nu justifică, în niciun caz, privarea de libertate.

2. Statele părți se asigură că, în cazul în care persoanele cu dizabilități sunt private de libertate, ca urmare a oricărui proces, acestea au dreptul, în condiții de egalitate cu ceilalți, la garanțiile prevăzute de dreptul internațional al drepturilor omului și sunt tratate în conformitate cu obiectivele și principiile prezentei Convenții, inclusiv prin asigurarea unor amenajări rezonabile.”

Articolul 25 – Sănătatea

„Statele părți recunosc faptul că persoanele cu dizabilități au dreptul să se bucure de cea mai bună stare de sănătate posibilă, fără discriminare pe criterii de dizabilitate. Statele părți iau toate măsurile adecvate pentru a asigura accesul acestora la servicii de sănătate care acordă atenție problemelor specifice fiecărui sex, inclusiv la servicii de recuperare-reabilitare a sănătății. În special, statele părți:

a) furnizează persoanelor cu dizabilități aceeași gamă de servicii medicale și cu același nivel de calitate, gratuit ori la preturi accesibile, precum cele furnizate celorlalte persoane, [...];

b) furnizează persoanelor cu dizabilități serviciile medicale de care au nevoie ca urmare a dizabilităților de care suferă, inclusiv servicii de diagnosticare precoce și, după caz, de intervenție timpurie, precum și servicii menite să reducă la minimum sau să prevină riscul apariției altor dizabilități, în special în rândul copiilor și persoanelor vârstnice;

c) furnizează persoanelor cu dizabilități aceste servicii cât mai aproape posibil de comunitățile în care trăiesc, inclusiv în mediul rural;

d) solicită profesioniștilor din domeniul medical să le furnizeze persoanelor cu dizabilități îngrijiri de aceeași calitate ca și celorlalți și, în special, să obțină consimțământul exprimat liber și în cunoștință de cauză al persoanelor respective; în acest scop, statele părți desfășoară activități de formare și adoptă norme

deontologice pentru serviciile publice și private de sănătate, în vederea creșterii gradului de conștientizare a personalului medical privind drepturile omului, demnitatea, autonomia și nevoile persoanelor cu dizabilități;

[...]"

3. *Comitetul pentru drepturile persoanelor cu dizabilități*

69. În aprilie 2014, Comitetul pentru drepturile persoanelor cu dizabilități („Comitetul CDPD”) a adoptat o Observație generală privind articolul 12 din Convenție în ceea ce privește recunoaștere egală în fața legii. Părțile sale relevante, care abordează problema persoanelor internate împotriva voinței lor, se citesc astfel:

Articolele 14 și 25

Libertatea și siguranța persoanei și consimțământul

„36. [...] Negarea capacității juridice a persoanelor cu dizabilități și reținerea acestora în instituții împotriva voinței lor, fără consimțământul lor sau cu consimțământul unei persoane împuternicite să ia în locul lor decizii care le privesc, este o problemă de actualitate. Această practică reprezintă o privare de libertate arbitrară și încalcă articolele 12 și 14 din Convenție [...]

37. Dreptul de a se bucura de cea mai bună stare de sănătate posibilă (articolul 25) implică dreptul la îngrijiri medicale bazate pe consimțământul exprimat liber și în cunoștință de cauză. Statele părți au obligația de a solicita tuturor medicilor și profesioniștilor din domeniul sănătății (inclusiv psihiatrilor) să obțină consimțământul exprimat liber și în cunoștință de cauză al persoanelor cu dizabilități înainte de tratarea acestora.

[...]"

70. În septembrie 2015, Comitetul pentru drepturile persoanelor cu dizabilități a adoptat orientările referitoare la articolul 14 din Convenție. Părțile lor relevante în speță, care se referă la persoanele internate împotriva voinței lor, au următorul cuprins:

„B. Dreptul persoanelor cu dizabilități la libertate și la siguranță

3. Comitetul reafirmă că dreptul la libertate și la siguranță este unul dintre cele mai valoroase drepturi, pe care le poate invoca orice persoană. În fapt, toate persoanele cu dizabilități, în special cele cu dizabilități intelectuale sau psihosociale, au dreptul la libertate în temeiul articolului 14 din Convenție.

4. Articolul 14 este, în sine, o dispoziție referitoare la nediscriminare. Acesta clarifică sfera de aplicare a dreptului la libertate și la siguranță al persoanelor cu dizabilități și interzice orice formă de discriminare pe criterii de dizabilitate în exercitarea acestui drept.

[...]

C. Interdicția absolută a detenției întemeiate pe incapacitate

6. În statele părți încă mai există practici care permit privarea de libertate a unei persoane din cauza incapacității sale reale sau presupuse. [...] Comitetul a stabilit că articolul 14 nu prevede nicio excepție care să permită privarea de libertate a persoanelor pe baza unei deficiențe reale sau percepute. Cu toate acestea, legislația mai multor state părți, în special legile privind sănătatea mintală, continuă să prevadă o serie de cazuri în care persoanele pot fi plasate într-o instituție pe baza unei deficiențe reale sau percepute, cu condiția să existe alte motive pentru plasamentul lor, în special faptul că acestea reprezintă un pericol pentru sine sau pentru alte persoane. Această practică este incompatibilă cu articolul 14, are un caracter discriminatoriu și constituie o privare de libertate arbitrară.

[...]

D. Internarea forțată sau fără consimțământ într-o instituție de psihiatrie

10. Internarea forțată a persoanelor cu dizabilități pe motivul acordării de îngrijiri medicale este incompatibilă cu interdicția absolută a privării de libertate din motive legate de o deficiență [articolul 14 alineatul (1) litera (b)] și cu principiul consimțământului exprimat liber și în cunoștință de cauză al persoanei care face obiectul îngrijirilor medicale (articolul 25). Comitetul a subliniat în repetate rânduri că statele părți ar trebui să elimine dispozițiile care prevăd plasamentul persoanelor cu dizabilități în instituții psihiatrice fără consimțământul acestora, din cauza unei deficiențe reale sau presupuse. Internarea fără consimțământ privează persoana în cauză de capacitatea sa juridică de a hotărî dacă dorește sau nu să facă obiectul unor îngrijiri și tratamente, să fie spitalizată sau instituționalizată, constituind astfel o încălcare a articolului 12, coroborat cu articolul 14.

[...]

G. Lipsirea de libertate a unei persoane cu dizabilități pe motiv că ar reprezenta un pericol, ar avea nevoie de îngrijiri sau de tratament sau din orice alt motiv

13. În urma examinării tuturor rapoartelor statelor părți, Comitetul a apreciat că detenția persoanelor cu dizabilități pe motiv că acestea ar reprezenta un pericol pentru ele sau pentru ceilalți contravine articolului 14. Internarea forțată a persoanelor cu dizabilități, pe motiv că acestea ar reprezenta un risc sau un pericol, ar avea nevoie de îngrijire sau tratament, ori din orice alt motiv legat de deficiența sau diagnosticul lor, inclusiv gravitatea deficienței, sau în scopul monitorizării lor, este contrară dreptului la libertate și constituie o privare de libertate arbitrară.

14. Persoanele cu deficiențe intelectuale sau psihosociale sunt considerate adesea un pericol pentru ele și ceilalți, atunci când nu sunt de acord să facă obiectul unui tratament medical sau terapeutic, ori se opun acestuia. Orice persoană, inclusiv cu dizabilități, are obligația de a nu cauza prejudicii, iar sistemele juridice bazate pe statul de drept conțin legi penale și de altă natură, care abordează orice nerespectare a acestei obligații. Adesea, aceste legi nu le asigură persoanelor cu dizabilități protecție în condiții de egalitate cu ceilalți, în măsura în care situația acestora este reglementată de un set de legi separat, în special de legile privind sănătatea mintală. Aceste legi și proceduri prevăd, în general, criterii mai puțin stricte în materie de protecție a drepturilor omului, în special dreptul la o procedură legală și la un proces echitabil, și nu sunt conforme cu articolul 13 din Convenție, coroborat cu articolul 14.

15. Libertatea de a face propriile alegeri, stabilită ca un principiu la articolul 3 litera a) din Convenție, include libertatea de a-și asuma riscuri și de a face greșeli, în condiții de egalitate cu ceilalți. În Observația generală nr. 1, Comitetul a precizat că deciziile privind tratamentele medicale și psihiatrice ar trebui să se bazeze pe consimțământul exprimat liber și în cunoștință de cauză al persoanei vizate și să îi respecte autonomia, voința și preferințele. Internarea într-o instituție psihiatrică întemeiată pe existența unei deficiențe reale sau presupuse, ori pe condițiile de îngrijire a persoanelor în cauză privează persoanele cu dizabilități de capacitatea lor juridică și constituie o încălcare a articolului 12 din Convenție.

[...]”

4. Înalțul Comisariat al Organizației Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului

71. În septembrie 2014, Înalțul Comisariat al ONU pentru Drepturile Omului a adoptat o declarație privind articolul 14 din Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități, care prevede următoarele:

„Dreptul la libertate și la siguranță este unul dintre cele mai valoroase drepturi, pe care le poate invoca orice persoană. În fapt, toate persoanele cu dizabilități, în special cele cu dizabilități intelectuale sau psihosociale, au dreptul la libertate în temeiul articolului 14 din Convenție.

De când Comitetul a început să examineze rapoartele statelor părți, la cea de-a cincea sesiune a sa din aprilie 2011, acesta a atras atenția statelor părți în mod constant cu privire la necesitatea de a aplica în mod corespunzător acest drept consacrat de Convenție. Jurisprudența Comitetului cu privire la articolul 14 poate fi mai ușor de înțeles prin analiza separată a diferitelor sale elemente, după cum urmează:

1. Interdicția absolută de a priva o persoană de libertate ca urmare a dizabilității sale. În anumite state părți încă mai există practici conform cărora o dizabilitate reală sau percepută poate să justifice privarea de libertate a unei persoane. În acest sens, Comitetul a stabilit că articolul 14 nu prevede nicio excepție care să permită

privarea de libertate a persoanelor pe baza unei dizabilități reale sau percepute. Cu toate acestea, legislația mai multor state părți, în special legile privind sănătatea mintală, continuă să prevadă o serie de cazuri în care persoanele pot fi plasate într-o instituție pe baza unei dizabilități reale sau percepute, cu condiția să existe alte motive pentru plasamentul lor, în special faptul că acestea reprezintă un pericol pentru ele sau pentru alte persoane. Această practică nu este compatibilă cu articolul 14, astfel cum a fost interpretat de Comitet în jurisprudența sa.

2. Legislația privind sănătatea mintală, care permite plasarea într-o instituție a persoanelor cu dizabilități pe motiv că acestea reprezintă un pericol pentru ele sau pentru alte persoane. În urma examinării tuturor rapoartelor statelor părți, Comitetul a stabilit că este contrar articolului 14 să se prevadă plasarea într-o instituție a persoanelor cu dizabilități pe motiv că acestea reprezintă un potențial pericol pentru ele sau pentru alte persoane. Plasarea într-o instituție a persoanelor cu dizabilități, fără consimțământul lor, motivată de prezumția existenței unui risc sau a unui pericol legat de dizabilitățile persoanelor în cauză, constituie o încălcare a dreptului la libertate. De exemplu, o persoană nu poate fi internată într-o instituție doar pe motiv că a fost diagnosticată cu schizofrenie paranoidă.

[...]"

5. Comitetul Drepturilor Omului al Organizației Națiunilor Unite

72. La 16 decembrie 2014, Comitetul Drepturilor Omului a redactat Observația generală nr. 35 privind articolul 9 (Libertatea și securitatea persoanei) din Pactul internațional cu privire la drepturile civile și politice. În partea a II-a a observației, Comitetul a abordat problema detenției arbitrare și a detenției nelegale:

„19. Statele părți ar trebui să revizuiască legislația și practicile învechite din domeniul sănătății mintale pentru a evita detenția arbitrară. Comitetul subliniază prejudiciul inerent oricărei forme de privare de libertate, precum și prejudiciile specifice care pot fi cauzate de situațiile de spitalizare nevoluntară. Statele părți ar trebui să instituie servicii sociale adecvate, comunitare sau de alt tip, pentru persoanele cu handicap psihosocial, pentru a oferi soluții alternative mai puțin restrictive decât internarea. Existența unei dizabilități nu justifică, în sine, privarea de libertate – dimpotrivă, orice privare de libertate trebuie să fie necesară și proporțională cu scopul de a proteja persoana în cauză de prejudicii grave sau de a împiedica prejudicierea altor persoane. Această măsură trebuie să fie aplicată numai în ultimă instanță și pentru o perioadă cât mai scurtă posibil și trebuie să fie însoțită de suficiente garanții procedurale și de fond, prevăzute de lege. Procedurile trebuie să fie de natură să asigure respectarea opiniilor indivizilor și să permită reprezentarea și apărarea efectivă a dorințelor și intereselor acestora de către un reprezentant. Statele părți trebuie să le ofere persoanelor instituționalizate programe de tratament și de reabilitare care să servească obiectivelor invocate pentru justificarea privării de libertate. Măsura privării de libertate ar trebui revizuită la intervale regulate, pentru a stabili dacă mai este necesară. Persoanele trebuie să fie asistate pentru a obține accesul la o cale de atac efectivă, care să le permită să își revendice drepturile, inclusiv controlul judecătoresc al deciziei inițiale de internare și, ulterior, controlul periodic al legalității menținerii în detenție, pentru a evita condițiile de detenție incompatibile cu Pactul.”,

6. Raportorul special al ONU pentru dreptul fiecărei persoane de a se bucura de cel mai înalt standard posibil de sănătate fizică și mintală

73. Raportorul special al ONU pentru dreptul fiecărei persoane de a se bucura de cel mai înalt standard posibil de sănătate fizică și mintală a întocmit, la 2 aprilie 2015, un raport privind dreptul la sănătate al tuturor persoanelor cu dizabilități, în care concluzionează următoarele cu privire la CDPD:

„96. Convenția pune sub semnul întrebării practicile tradiționale din domeniul psihiatriei, atât la nivel științific, cât și la nivelul practicii clinice. În acest sens, este deosebit de necesar să se examineze aspectele legate de drepturile omului în domeniul psihiatriei și să se dezvolte mecanisme pentru protecția eficientă a drepturilor persoanelor cu handicap mintal.

97. Istoria psihiatriei demonstrează că bunele intenții ale furnizorilor de servicii pot conduce la încălcări ale drepturilor omului ale utilizatorilor respectivelor servicii. Argumentele clasice care limitează drepturile omului ale persoanelor diagnosticate cu dizabilități psihosociale și intelectuale, care se bazează pe necesitatea

medicală de a le oferi acestor persoane tratamentul necesar și/sau de a le proteja siguranța personală sau siguranța publică, sunt serios contestate în prezent, întrucât nu sunt în conformitate cu Convenția.

[...]

99. Un număr mare de persoane cu dizabilități psihosociale sunt private de libertate în instituții cu regim închis și sunt lipsite de *[sic]* capacitate juridică din cauza diagnosticului medical. Acesta este un exemplu de utilizare necorespunzătoare a științei și a practicilor medicale, care demonstrează necesitatea de a reevalua prevalența actualului model biomedical în domeniul sănătății mintale. Trebuie luate în considerare alte modele, care pun un accent puternic pe drepturile omului, pe experiență și pe relațiile umane și care țin seama de contextele sociale, pentru a permite evoluția cercetării și practicii actuale.”

B. Consiliul Europei

1. Comitetul de Miniștri

74. La 22 septembrie 2004, Comitetul de Miniștri a adoptat Recomandarea Rec(2004)10 privind protecția drepturilor omului și a demnității persoanelor cu tulburări psihice, ale cărei dispoziții relevante în speță sunt formulate astfel:

Articolul 7 – Protecția persoanelor vulnerabile care suferă de tulburări psihice

„1. Statele membre ar trebui să se asigure că există mecanisme de protejare a persoanelor vulnerabile care suferă de tulburări psihice, în special a celor care nu au capacitatea de a-și da consimțământul sau care nu sunt capabile să se opună încălcărilor drepturilor omului ale căror victime sunt.

2. Legea ar trebui să prevadă măsuri de protejare, acolo unde este cazul, a intereselor economice ale persoanelor cu tulburări psihice.”

Articolul 8 – Principiul minimei restricții

„Persoanele cu tulburări psihice ar trebui să aibă dreptul de a fi îngrijite în mediul cel mai puțin restrictiv posibil și de a beneficia de tratamentul cel mai puțin restrictiv disponibil sau care implică un grad de intruziune cât mai scăzut, ținându-se totodată seama de necesitățile pe care le presupune sănătatea lor și de nevoia de protejare a siguranței altor persoane.”

Articolul 9 – Mediul și condițiile de viață

„1. Instituțiile destinate plasamentului persoanelor cu afecțiuni psihice ar trebui să asigure fiecareia dintre aceste persoane, ținând seama de starea sa de sănătate și de cerințele legate de siguranța altor persoane, un mediu și condiții de viață cât mai apropiate de cele de care beneficiază, în societate, persoanele cu o vârstă și o cultură similare și de același sex. De asemenea, ar trebui propuse măsuri de readaptare profesională, pentru a facilita integrarea acestor persoane în societate.”

75. În expunerea de motive a recomandării se precizează că „principiul minimei restricții” este fundamental. Acesta implică faptul că, atunci când boala unei persoane evoluează în sens pozitiv, aceasta trebuie să fie transferată într-un mediu mai puțin restrictiv, în cazul în care o astfel de măsură este compatibilă cu necesitățile sale în materie de sănătate.

76. Articolul 17 din recomandare stabilește criteriile de reglementare a internării nevoluntare și precizează că o persoană poate fi supusă unei astfel de măsuri numai dacă suferă de o tulburare psihică și, din această cauză, reprezintă un risc real pentru sine sau pentru alte persoane și dacă internarea are în principal un scop terapeutic, dacă nu sunt disponibile alte mijloace mai puțin restrictive și dacă a fost luată în considerare opinia persoanei în cauză.

2. *Comitetul European pentru Prevenirea Torturii și Tratamentelor sau Pedepselor Inumane sau Degradante („CPT”)*

77. CPT a vizitat o serie de instituții psihiatrice din Portugalia în cadrul vizitelor periodice din 1999, 2003, 2008, 2012 și 2016. În rapoartele întocmite în urma acestor vizite, a recomandat, din nou, ca toate spitalele de psihiatrie să stabilească un protocol scris privind utilizarea măsurilor de conținere în cadrul serviciilor lor și ca orice aplicare a măsurii conținuturii fizice asupra unui pacient să fie consemnată într-un registru special.

78. CPT a vizitat HSC în 1999 și 2012. În 1999, delegația acestuia și-a concentrat atenția în principal asupra secției de psihiatrie medico-legală a spitalului [care găzduia pacienți declarați parțial sau total iresponsabili (din punct de vedere penal) și internați nevoluntar, cu scopul de a primi îngrijiri, în executarea unei ordonanțe de internare medicală pronunțată de o instanță penală] și a vizitat, de asemenea, secția de psihiatrie generală pentru bărbați. În 2012, CPT a vizitat doar secția de psihiatrie medico-legală (pavilionul 16) a HSC și nu a abordat în mod expres cazul pacienților internați cu consimțământul lor (voluntar) (precum fiul reclamantei). În raportul CPT adresat Guvernului portughez, referitor la vizita pe care a efectuat-o în perioada 7-16 februarie 2012, acesta a subliniat că adoptarea unor orientări de către Ministerul Sănătății, în iunie 2011, reprezenta un pas înainte. Cu toate acestea, și-a reiterat recomandarea conform căreia toate serviciile de medicină legală ar trebui să întocmească un protocol scris privind conținuturarea, în conformitate cu recomandările sale anterioare în acest sens. Acesta a recomandat, de asemenea, adoptarea măsurilor necesare pentru a pune capăt practicii constând în a le impune noilor pacienți ai HSC să poarte pijama.

ÎN DREPT

I. CU PRIVIRE LA PRETINSA ÎNCĂLCARE A ART. 2 DIN CONVENȚIE

79. Reclamanta susține că autoritățile nu au protejat dreptul la viață al fiului său, ceea ce constituie, în opinia sa, o încălcare a art. 2 din Convenție. Aceasta susține în special că spitalul a dat dovadă de neglijență, imputându-i faptul că nu a asigurat o monitorizare suficientă a fiului ei, că nu a instalat garduri de siguranță adecvate, care să îl poată împiedica pe fiul ei să părăsească perimetrul spitalului, și că nu a instituit o procedură de urgență corespunzătoare. În temeiul art. 6 § 1 din Convenție, reclamanta se plânge de durata procesului civil pe care l-a inițiat împotriva spitalului.

80. Curtea consideră că respectivele capete de cerere formulate de reclamantă trebuie să fie examinate doar în temeiul aspectului material și aspectului procedural ale art. 2, înțelegându-se că, fiind responsabilă cu încadrarea juridică a faptelor cauzei, nu este obligată de încadrarea făcută de reclamanti sau de Guverne [*Radomilja și alții împotriva Croației* (MC), nr. 37685/10 și 22768/12, pct. 126, 20 martie 2018].

81. Partea relevantă în speță a art. 2 este formulată după cum urmează:

„1. Dreptul la viață al oricărei persoane este protejat prin lege. Moartea nu poate fi cauzată cuiva în mod intenționat decât în executarea unei sentințe capitale pronunțate de un tribunal, în cazul în care infracțiunea este sancționată cu această pedeapsă prin lege.”

A. Cu privire la aspectul material

1. Hotărârea Camerei

82. Camera a hotărât, în unanimitate, că a fost încălcat art. 2 din Convenție sub aspect material. Aceasta a considerat că, având în vedere antecedentele medicale ale al lui A.J. și, în special, tentativa acestuia de sinucidere din 1 aprilie 2000, personalul spitalului se putea aștepta ca acesta să încerce din nou să își pună capăt zilelor. Prin urmare, personalul ar fi trebuit să prevadă că A.J. va fugi din nou, precum și posibilitatea unui deznodământ fatal, în lumina diagnosticului care îi fusese pus acestuia..

83. Camera a apreciat că, deși în domeniul sănătății mintale exista tendința de tratare a pacienților în conformitate cu principiul impunerii unor restricții minime, în cadrul unui regim „deschis”, un astfel de tratament nu putea să exonereze statul de obligația acestuia de a proteja persoanele cu boli psihice internate împotriva pericolului pe care îl reprezentau pentru ele însele, în special atunci când anumite elemente indicau faptul că exista riscul ca acestea să se sinucidă. A considerat că nu era necesar să se facă o distincție în funcție de tipul de internare – cu sau fără consimțământ (voluntară sau nevoluntară). Un bolnav internat voluntar (cu consimțământul său) era tratat și supravegheat de către spital în același fel ca și un pacient internat nevoluntar (fără consimțământul său), iar statul avea aceleași obligații și față de unul și față de celălalt. În opinia Camerei, o afirmație contrară ar echivala cu privarea pacienților internați voluntar de protecția art. 2 din Convenție.

84. Camera a constatat că cele două proceduri care erau în vigoare în spital – verificarea prezenței pacienților internați în timpul orelor de servire a mesei și de administrare a medicamentelor și procedura de urgență constând în căutarea pacientului care lipsea în perimetrul spitalului, chemarea poliției și contactarea familiei – s-au dovedit ineficiente, întrucât nu l-au împiedicat pe A.J. să fugă și, în cele din urmă, să se sinucidă. În plus, aceasta a subliniat că riscul a fost agravat de faptul că exista un acces liber și nerestricționat la peronul unei gări. A apreciat că era de așteptat ca personalul spitalului să ia mai multe măsuri pentru a se asigura că A.J. nu părăsește perimetrul spitalului. În această privință, a considerat că prezenta cauză se deosebește de cauza *Hiller împotriva Austriei* (nr. 1967/14, 22 noiembrie 2016).

2. Argumentele părților

a) Reclamanta

85. În observațiile sale adresate Marii Camere, reclamanta își reiterează susținerea potrivit căreia procedura de supraveghere în vigoare în cadrul HSC, care consta în numărarea pacienților la ora de servire a mesei, atunci când aceștia luau tava cu mâncare, printr-o deschizătură relativ mică dintr-un zid, era neadecvată. Aceasta adaugă că procedura de urgență era lipsită de profesionalism. În opinia ei, intervalul dintre mese de cel puțin două ore era suficient de lung pentru a-i permite unui pacient să părăsească pavilionul și incinta spitalului și să se sinucidă. Potrivit reclamantei, așa s-a întâmplat cu A.J., a cărui prezență a fost constatată în timpul gustării de la 16.45 și a cărui absență a fost observată abia la cină, în jurul orelor 19, când acesta deja nu mai era în viață.

86. În ceea ce privește prezența medicilor, reclamanta afirmă că aceștia își vizitau pacienții doar o dată pe zi, dimineața sau după-amiaza, și doar atunci când nu aveau consultații sau nu erau de gardă pentru situații de urgență. Aceasta a precizat că nu exista niciun serviciu de primiri urgențe în cadrul HSC și că, atunci când un pacient făcea o criză, instituția îl contacta pe medicul de gardă, care hotăra dacă pacientul trebuia să fie transportat la compartimentul de primiri urgențe al altui spital. Ea adaugă că echipa terapeutică a HSC nu includea un psiholog și că

acest lucru a afectat negativ tratamentul aplicat lui A.J. În plus, în opinia reclamantei, boala mintală a lui A.J. fusese diagnosticată greșit de-a lungul anilor în cadrul HSC, fapt recunoscut de instanțele interne și enunțat clar în hotărârea pronunțată de Tribunalul Administrativ din Coimbra. De asemenea, susține că informațiile din dosarul medical al lui A.J., referitoare la situația lui clinică, evoluția acesteia și îngrijirile care i-au fost furnizate, nu erau nici complete, nici actualizate. A.J. nu ar fi beneficiat de un tratament psihologic adecvat, astfel cum reieșea din dosarul medical, întrucât rubrica rezervată evaluării sau programului terapeutic a fost lăsată necompletată în mai multe locuri.

87. Reclamanta precizează că nu pledează pentru un regim strict de supraveghere. Ea consideră că internarea persoanelor care suferă de tulburări psihice trebuie să se bazeze pe un echilibru între libertatea terapeutică, pe de o parte, și necesitatea contenționării, pe de altă parte. A.J. avea nevoie de îngrijiri speciale și ar fi trebuit să facă obiectul unei supravegheri personale și al unor măsuri de contenționare. A.J. a avut un comportament iresponsabil în repetate rânduri și antecedentele sale de tentative suicidare fuseseră dovedite.

88. Reclamanta susține că riscul ca A.J. să își pună capăt zilelor era previzibil sau, cel puțin, probabil. În opinia sa, HSC știa sau ar fi trebuit să știe că viața lui A.J. era în pericol real și imediat. Faptul că tratamentul era acordat în „regim deschis” nu ar putea scuti statul de obligația acestuia de a proteja pacienții cu tulburări psihice împotriva riscurilor pe care le reprezintă pentru ei înșiși. Prin urmare, în cazul lui A.J. se impunea o vigoare deosebită.

89. În opinia reclamantei, obligația pozitivă de a lua măsuri operaționale preventive, ce îi revine statului în temeiul art. 2, trebuie să se aplice în mod egal tuturor pacienților, indiferent dacă aceștia sunt internați voluntar sau nevoluntar. În opinia sa, nu există nicio îndoială că pacientul se află sub protecția statului chiar și în cazul internării voluntare. Statul ar avea obligația de a institui un cadru de reglementare prin care atât spitalele publice, cât și cele private să fie obligate să adopte măsuri și proceduri adecvate.

90. În ceea ce privește procedura prin care HSC putea solicita internarea nevoluntară, reclamanta consideră că solicitarea ar fi putut să fie efectuată de către orice medic în exercitarea atribuțiilor sale sau de către directorul instituției.

91. În cele din urmă, reclamanta consideră că articolele de presă referitoare la pacienți care au fugit din HSC, prezentate de aceasta, erau relevante în măsura în care demonstrau că procedurile de supraveghere și de urgență erau deficiente.

b) Guvernul

92. Guvernul susține că, în timpul ultimei sale șederi în HSC – în perioada 2-27 aprilie 2000 – A.J. a fost monitorizat de un psihiatru și i s-au administrat zilnic medicamente. Potrivit acestuia, A. J. a fost consultat de un medic de cel puțin șapte ori în această perioadă și, în dosarul său medical, nu s-a făcut nicio mențiune referitoare la existența unor gânduri sinucigăse. Echipa de îngrijire (formată din medici și asistenți medicali) s-a întâlnit zilnic pentru a discuta despre fiecare pacient. După internarea lui A.J. la 2 aprilie 2000 și timp de aproximativ o săptămână, acesta a fost ținut închis în pavilionul în care era spitalizat, îmbrăcat în pijama și halat. După ce s-a constatat o ameliorare a stării sale, i-ar fi fost aplicat un regim mai puțin restrictiv, iar în cursul celei de-a doua și celei de-a treia săptămâni a lunii aprilie 2000, i s-ar fi permis să iasă din pavilion, cu condiția să informeze asistentul medical de serviciu cu privire la acest lucru. În această perioadă, i s-a permis, de asemenea, să petreacă două weekenduri la domiciliu.

93. Guvernul nu contestă faptul că HSC avea obligația de a-l supraveghea și de a-l proteja pe A.J. într-un mod rezonabil și proporțional, în special având în vedere existența unui risc de sinucidere. Consideră că această obligație implica, de asemenea, luarea în considerare a programului stabilit pentru fiecare pacient, precum și a dreptului pacientului la libertate. Acesta

precizează că, potrivit dreptului național (supra, pct. 58), internarea nevoluntară putea fi dispusă de către un judecător în cadrul unei proceduri judiciare speciale în două situații: fie în cazul în care o persoană suferea de o tulburare psihică gravă, care ar fi putut constitui un pericol pentru sine sau pentru un terț, și aceasta refuza să urmeze de bunăvoie tratamentul pe care îl impunea starea sa; fie în cazul în care o persoană reprezenta un pericol pentru societate, dar nu intra sub incidența sistemului de sancțiuni penale aplicabile autorilor unor infracțiuni grave. Guvernul apreciază că A.J. nu se afla în niciuna dintre aceste două situații. Acesta afirmă că reclamanta nu a solicitat niciodată internarea nevoluntară a lui A.J., deși – susține acesta – știa că HSC era un spital cu regim deschis, fără garduri, că, în timpul șederii lui în spital, fiului ei i s-a permis să părăsească instituția și că, de câteva ori, a revenit la domiciliul familial. În plus, Guvernul susține că, în conformitate cu cadrul legal în vigoare la momentul faptelor, principiile generale în materie de sănătate mintală impuneau acordarea de îngrijiri în mediul cel mai puțin restrictiv [a se vedea articolul 3 litera b) din Legea sănătății mintale, supra, pct. 58].

94. Guvernul consideră că reclamanta pledează în favoarea instalării de ziduri și bariere care să împiedice pacienții cu tendințe sinucigăse să părăsească perimetrul spitalului. Acesta afirmă că, în opinia sa, în măsura în care majoritatea pacienților care suferă de boli psihice prezintă tendințe sinucigăse, o astfel de soluție ar constitui un pas către instituirea unui sistem de internări nevoluntare și nu ar fi conformă nici cu concepțiile actuale din domeniul psihiatriei, nici cu normele juridice internaționale relevante în materie. Potrivit Guvernului, cea mai potrivită abordare constă în sprijinirea individuală a pacienților, asigurându-le un regim cât mai puțin restrictiv posibil în perioada internării, și, după caz, furnizarea de îngrijiri în instituții situate în cadrul comunității sau, în lipsa acestora, în cadrul unui regim deschis, în temeiul căruia pacienții continuă să beneficieze de dreptul la liberă circulație. Chiar și în cazul internării nevoluntare, ar fi acceptabil și recomandat ca pacienților să li se permită un anumit grad de libertate de mișcare.

95. Guvernul susține că, în cazul lui A.J., nu fusese dovedită existența unui risc real și imediat de sinucidere la 27 aprilie 2000 sau în zilele care au precedat decesul acestuia. Face trimitere la mărturia depusă în fața instanțelor naționale de către expertul medical, care și-a exprimat opinia potrivit căreia, deși riscul de sinucidere era real, acesta nu era iminent și că săvârșirea actului ar fi putut să fie determinată de un impuls. Acesta arată că medicul care l-a tratat pe A.J. (doctorul A.A.) a considerat că o relație terapeutică bazată pe încredere constituia un tratament adecvat. Guvernul adaugă că, la 27 aprilie 2000, A.J. nu a avut un comportament neobișnuit, că s-a plimbat în jurul spitalului și a servit toate mesele, inclusiv gustarea de după-amiază.

96. Acesta face trimitere la cerința impusă prin jurisprudența Curții, potrivit căreia, în opinia sa, obligația pozitivă care incumbă autorităților trebuie interpretată astfel încât să nu le impună acestora o sarcină insuportabilă sau excesivă și că, prin urmare, nu orice pretinsă amenințare împotriva vieții obligă autoritățile în temeiul Convenției [*Osman împotriva Regatului Unit*, 28 octombrie 1998, pct. 116, *Culegere de hotărâri și decizii* 1998-VIII, și *Renolde împotriva Franței*, nr. 5608/05, pct. 82, CEDO 2008 (extrase)]. În opinia Guvernului, un control permanent al mișcărilor lui A.J. ar fi putut determina încălcarea altor drepturi ale acestuia care decurg din Convenție (*Hiller*, citată anterior, pct. 55). Susține că sistemul instituit în HSC, în cadrul căruia prezența lui A.J. era verificată de cinci ori pe zi, la momentul servirii meselor, asociat cu regimul terapeutic, a fost așadar adecvat și proporțional.

97. Guvernul admite că obligația pozitivă de a proteja pacienții împotriva pericolului pe care îl pot reprezenta pentru ei înșiși sau pentru alte persoane se aplică atât pacienților internați cu consimțământul lor (voluntar), cât și celor internați fără consimțământul lor (nevoluntar). Cu

toate acestea, susține că, în cazul pacienților internați în executarea unei hotărâri judecătorești, adică fără consimțământul lor, aceste obligații pozitive au o forță și un caracter speciale.

98. Acesta consideră că, în conformitate cu principiul subsidiarității, Curtea trebuie să accepte concluziile autorităților naționale în urma unei proceduri interne contradictorii și echitabile, concluzii potrivit cărora sinuciderea lui A.J. nu a fost previzibilă, iar îngrijirile primite de acesta din partea HSC au fost adecvate.

99. În ceea ce privește întrebarea dacă A.J. avea sau nu tendințe sinucigașe grave, Guvernul precizează că instanțele naționale au apreciat că s-a stabilit doar faptul că A.J. încercase o singură dată să își pună capăt zilelor, la 1 aprilie 2000, și că, în plus, acestea au concluzionat că normele interne privind supravegherea și declanșarea procedurii de urgență au fost adecvate și suficiente.

100. Guvernul confirmă faptul că toți pacienții (internați cu sau fără consimțământul lor) puteau, în funcție de simptomele lor, să fie închiși o anumită perioadă de timp în pavilionul în care erau internați, adăugând că, în perioadele de agitație extremă, pacienții puteau fi, de asemenea, plasați în camera de izolare.

101. În cele din urmă, Guvernul concluzionează că, având în vedere modalitățile actuale de tratament psihiatric, axate pe respectarea demnității și libertății pacientului, nu pot fi evitate toate decesele, iar statul nu poate fi tras la răspundere pentru cele care au loc.

3. Motivarea Curții

a) Observații preliminare și sfera de aplicare a motivării Curții

102. Curtea subliniază de la bun început că prezenta cauză privește pretinse acte de neglijență medicală, care s-ar fi produs în contextul sinuciderii unui pacient în timpul internării sale voluntare într-o instituție publică de psihiatrie. În consecință, pot intra în joc două obligații pozitive distincte, deși legate între ele, care decurg din art. 2 și care au fost deja stabilite de jurisprudența Curții. În primul rând, este vorba despre obligația pozitivă a statului de a institui un cadru de reglementare care să le impună spitalelor adoptarea de măsuri adecvate pentru a proteja viața pacienților (infra, pct. 104-107). În al doilea rând, este vorba despre obligația pozitivă a autorităților de a lua măsuri preventive de ordin practic pentru a proteja un individ față de alte persoane sau, în anumite circumstanțe, de a-l proteja față de propria persoană (infra, pct. 108-115).

b) Principii generale

103. Curtea va expune principiile generale referitoare la cele două obligații menționate mai sus și apoi va examina aplicarea acestora în prezenta cauză. Curtea reamintește că art. 2 § 1 prima teză din Convenție, care se numără printre dispozițiile primordiale ale Convenției, în măsura în care consacră una dintre valorile fundamentale ale societăților democratice care alcătuiesc Consiliul Europei, impune statului obligația nu numai de a nu provoca „intenționat” moartea unei persoane, ci și de a lua măsurile necesare pentru a proteja viața persoanelor aflate sub jurisdicția sa [*Calvelli și Ciglio împotriva Italiei* (MC), nr. 32967/96, pct. 48, CEDO 2002-I].

i. Obligația pozitivă de a institui un cadru de reglementare

104. În primul rând, în domeniul special al sănătății, Curtea a hotărât că obligația pozitivă materială ce incumbă statului îi impune acestuia să instituie un cadru de reglementare care să oblige spitalele, publice sau private, să adopte măsuri adecvate care să asigure protecția vieții pacienților lor. Această obligație pozitivă impune totodată instituirea unui sistem judiciar

eficient și independent, care, în cazul decesului unei persoane aflate în grija unor cadre medicale, indiferent dacă acestea își desfășoară activitatea în sectorul public sau privat, să permită stabilirea cauzei decesului și angajarea răspunderii celor vinovați pentru acțiunile lor [a se vedea, printre multe altele, *Calvelli și Ciglio* (MC), citată anterior, și *Dodov împotriva Bulgariei*, nr. 59548/00, pct. 80, 17 ianuarie 2008].

105. În cauza *Lopes de Sousa Fernandes împotriva Portugaliei* [(MC), nr. 56080/13, pct. 165, 19 decembrie 2017], Marea Cameră a reamintit recent și a clarificat sfera de aplicare a obligației pozitive ce incumbă statelor în temeiul art. 2 în cazul unei acuzații de săvârșire a unor acte de neglijență medicală într-un spital. Aceasta a statuat că, chiar și în cazul în care a fost stabilită existența unei neglijențe medicale, în mod normal Curtea constată încălcarea aspectului material al art. 2 doar în cazul în care cadrul de reglementare aplicabil nu a protejat în mod corespunzător viața pacientului. Aceasta a reafirmat că, în măsura în care un stat contractant a adoptat dispozițiile necesare pentru a asigura un nivel înalt de competență a cadrelor medicale și pentru a garanta protejarea vieții pacienților, nu se poate admite că aspecte precum o eroare de judecată din partea unui cadru medical sau o proastă coordonare a cadrelor medicale în cadrul tratamentului unui anumit pacient sunt suficiente, în sine, pentru a obliga un stat contractant să răspundă în temeiul obligației pozitive de apărare a dreptului la viață, care îi incumbă în temeiul art. 2 din Convenție (*ibidem*, pct. 187).

106. Problema de a stabili dacă statul nu și-a îndeplinit obligația de reglementare impune mai degrabă o apreciere concretă decât una abstractă a pretinselor deficiențe. Curtea nu are, în mod normal, sarcina de a examina în mod abstract legislația și practica relevante, ci de a cerceta dacă modul în care i-au fost aplicate acestea reclamantului sau persoanei decedate, ori modul în care acestea i-au afectat a determinat o încălcare a Convenției (*Lopes de Sousa Fernandes*, citată anterior, pct. 188). În consecință, simplul fapt că anumite părți ale unui cadru de reglementare pot fi defectuoase nu este suficient, în sine, pentru a ridica o problemă din perspectiva art. 2 din Convenție. În plus, trebuie să se demonstreze că deficiența respectivă i-a cauzat prejudicii pacientului.

ii. Obligația pozitivă de a pune în aplicare măsuri operaționale preventive

107. În al doilea rând, în anumite circumstanțe bine definite, art. 2 poate impune în sarcina autorităților obligația pozitivă de a adopta preventiv măsuri de ordin practic pentru a proteja o persoană față de o altă persoană (*Osman*, citată anterior, pct. 115) sau, în anumite circumstanțe specifice, împotriva propriei persoane (*Renolde*, citată anterior, și *Haas împotriva Elveției*, nr. 31322/07, pct. 54, CEDO 2011).

108. În cauza *Osman*, Curtea a apreciat că trebuie să se stabilească faptul că autoritățile știau sau ar fi trebuit să știe, la momentul respectiv, de existența unei amenințări reale și imediate la adresa vieții uneia sau mai multor persoane și că acestea nu au luat, în cadrul competențelor lor, măsuri prin care, din punct de vedere rezonabil, s-ar fi putut evita, fără îndoială, acest risc (*ibidem*, pct. 116).

109. Într-o serie de cauze, în care riscul nu provenea din infracțiuni săvârșite de terți, ci din acte de automutilare comise de un deținut, Curtea a concluzionat că autoritățile aveau o obligație pozitivă în cazul în care știau sau ar fi trebuit să știe că există un risc real și imediat ca persoana în cauză să atenteze la propria viață. În cauzele în care a stabilit că autoritățile au știut sau ar fi trebuit să știe de existența acestui risc, Curtea a examinat ulterior dacă aceste autorități au făcut tot ce se putea aștepta în mod rezonabil din partea lor pentru a-l preveni (*Hiller*, citată anterior, pct. 49, și *Keenan împotriva Regatului Unit*, nr. 27229/95, pct. 93, CEDO 2001-III). Astfel, Curtea a stabilit, ținând seama de ansamblul circumstanțelor unei anumite cauze, dacă riscul în cauză era atât real, cât și imediat.

110. Curtea a hotărât deja în cauza *Osman* că, având în vedere dificultățile întâmpinate de poliție de a-și exercita funcția în societățile contemporane și caracterul imprevizibil al comportamentului uman, precum și alegerile operaționale care trebuie făcute în ceea ce privește prioritățile și resursele, este necesar ca această obligație să fie interpretată astfel încât să nu le impună autorităților o sarcină insuportabilă sau excesivă și că, prin urmare, nu orice amenințare presupusă la adresa vieții obligă autoritățile, în lumina Convenției, să ia măsuri concrete pentru a preveni materializarea acesteia (*Osman*, citată anterior, pct. 116).

111. În plus, Curtea reiterează faptul că demnitatea și libertatea umană constituie însăși esența Convenției. În această privință, autoritățile trebuie să își îndeplinească sarcinile într-un mod care să fie compatibil cu drepturile și libertățile persoanei în cauză și astfel încât să diminueze riscurile ca o persoană să se autorănească, fără a-i încălca autonomia individuală (a se vedea, *mutatis mutandis*, *Mitić împotriva Serbiei*, nr. 31963/08, pct. 47, 22 ianuarie 2013). Curtea a recunoscut că măsurile excesiv de restrictive pot să ridice probleme din perspectiva art. 3, 5 și 8 din Convenție (*Hiller*, citată anterior, pct. 55).

112. În ceea ce privește persoanele care suferă de boli psihice, Curtea a considerat că acestea sunt deosebit de vulnerabile (*Renolde*, citată anterior, pct. 84). În cazul în care autoritățile decid să plaseze și să mențină în detenție o persoană care suferă de o boală psihică, acestea trebuie să se asigure cu o rigoare specială că respectivele condiții de detenție răspund nevoilor specifice pe care le implică boala în cauză. Același lucru este valabil și pentru persoanele care sunt internate fără consimțământul lor într-o instituție de psihiatrie (*Hiller*, citată anterior, pct. 48 și trimiterile citate).

113. De asemenea, Curtea a trebuit să soluționeze capetele de cerere formulate de rudele persoanelor cu tulburări psihice care au fost internate cu consimțământul lor. Astfel, în cauza *Reynolds împotriva Regatului Unit* (nr. 2694/08, 13 martie 2012), fiul reclamantei, care fusese internat într-un spital cu consimțământul său, pe motiv că avea simptome psihotice, s-a sinucis aruncându-se de la etajul șase. Atunci când a stabilit că a avut loc o încălcare a art. 13 coroborat cu art. 2 din Convenție, Curtea a concluzionat că reclamanta nu a dispus de nicio cale de atac civilă pentru a determina recunoașterea unei eventuale răspunderi și a obține repararea prejudiciului pe care considera că l-a suferit din cauza propriei sale suferințe și a decesului fiului său (*Reynolds*, citată anterior, pct. 67) și a considerat că persoana în cauză a prezentat o pretenție întemeiată privind încălcarea art. 2, în ceea ce privește circumstanțele unui deces care a avut loc în urma unei internări voluntare într-o instituție de psihiatrie. În cauza *Reynolds*, Curtea nu a afirmat în mod expres că obligația pozitivă de a lua preventiv măsuri de ordin practic se extinde la persoanele cu boli psihice internate voluntar. Cu toate acestea, este clar că nici nu a exclus o astfel de concluzie. În continuare, în speță, Curtea trebuie să se pronunțe asupra acestui aspect.

114. În special în ceea ce privește riscurile de sinucidere, în cazul persoanelor private de libertate de către autorități (în principal în contextul reținerii sau detenției), anterior Curtea a luat în considerare diverși factori pentru a stabili dacă autoritățile știau sau ar fi trebuit să știe că exista un risc real și imediat la adresa vieții unei anumite persoane, dând naștere obligației de a lua măsuri preventive adecvate. Acești factori includ, în general:

i. antecedentele de tulburări psihice [*Volk împotriva Sloveniei*, nr. 62120/09, pct. 86, 13 decembrie 2012, *Mitić*, citată anterior, și *Younger împotriva Regatului Unit* (dec.), nr. 57420/00, CEDO 2003-I];

ii. gravitatea bolii psihice (*De Donder și De Clippel împotriva Belgiei*, nr. 8595/06, pct. 75, 6 decembrie 2011, și *Keenan*, citată anterior);

iii. existența unor tentative de sinucidere sau a unor acte de automutilare anterioare (*Renolde*, citată anterior, pct. 86, *Ketreb împotriva Franței*, nr. 38447/09, pct. 78, 19 iulie 2012, și

Çoşelav împotriva Turciei, nr. 1413/07, pct. 57, 9 octombrie 2012, și a se compara cu *Hiller*, citată anterior, pct. 52);

iv. existența unor gânduri sau amenințări de sinucidere (a se vedea, de exemplu, *Reynolds*, citată anterior, pct. 10);

v. existența unor semne de suferință fizică sau psihică [*De Donder și De Clippel*, citată anterior, și a se compara cu *Younger* (decizie citată anterior)].

c) Aplicarea acestor principii în speță

i. Obligația pozitivă de a institui un cadru de reglementare

115. În primul rând, Curtea reamintește că nu examinează în mod abstract cadrul de reglementare intern, ci apreciază modul în care acesta a afectat persoana în cauză (supra, pct. 107).

116. În măsura în care reclamanta se plânge de faptul că nu există garduri și ziduri de siguranță în jurul HSC, Curtea, la fel ca instanțele interne, apreciază că nu există niciun motiv pentru a pune sub semnul întrebării abordarea adoptată de instituție în această privință, care era conformă cu dispozițiile Legii sănătății mintale, în vigoare la momentul faptelor (supra, pct. 58 de mai sus). Această lege prevedea că îngrijirile în materie de sănătate mintală trebuiau să fie acordate în mediul cel mai puțin restrictiv. Aceste principii generale reflectau dorința terapeutică de a institui un regim deschis, care respectă dreptul pacientului de a circula liber. Abordarea adoptată era conformă cu normele internaționale elaborate în ultimii ani în ceea ce privește tratamentul persoanelor cu tulburări psihice (a se vedea partea referitoare la dreptul internațional de mai sus și hotărârea în cauza *Hiller*, supra, pct. 54). În plus, Curtea subliniază că legislația internă – Legea sănătății mintale din 24 iulie 1998 (supra, pct. 58) – prevedea posibilitatea internării nevoluntare în cazul în care nevoile specifice ale pacientului justificau acest lucru. Indiferent dacă internarea nevoluntară se impunea pentru a preveni un risc real și imediat la adresa vieții lui A.J., Curtea consideră că respectivul cadru de reglementare prevedea clar mijloacele terapeutice necesare pentru ca HSC să poată răspunde nevoilor medicale și psihiatrice ale lui A.J.

117. Curtea subliniază că abia în 2011 au fost introduse orientări privind măsurile de contenționare aplicabile persoanelor care suferă de boli psihice (supra, pct. 63). Totuși, apreciază că acest lucru nu constituia o deficiență din cauza căreia respectivul cadru de reglementare nu a fost în măsură să asigure mijloacele necesare pentru protejarea vieții lui A.J.

118. În această privință, Curtea face o distincție între cerințele impuse în materie de calitate a legii, în temeiul art. 3, 5 și 8 din Convenție, atunci când se află în joc aspectul negativ al drepturilor protejate, și obligația care decurge din art. 2 de a institui un cadru de reglementare destinat să protejeze o persoană împotriva oricărui prejudiciu care i-ar putea fi cauzat de către terți sau pe care și l-ar putea cauza ea însăși. Din perspectiva art. 5 § 1, „calitatea legii” presupune ca o lege națională care autorizează o privare de libertate să fie suficient de accesibilă, precisă și previzibilă în aplicarea ei pentru a evita orice risc de arbitraritate (*J.N. împotriva Regatului Unit*, nr. 37289/12, pct. 77, 19 mai 2016, cu trimiterile citate). Întrucât obligația care decurge din art. 2, de a institui un cadru de reglementare, are un scop diferit, și anume furnizarea mijloacelor necesare pentru protejarea vieții unui pacient, absența unor orientări scrise privind utilizarea măsurilor de contenționare nu este decisivă pentru aprecierea eficacității cadrului de reglementare și nu justifică, în sine, constatarea unei încălcări a art. 2. În plus, nu poate fi uitat faptul că A.J. a fost internat cu consimțământul său și că plângerea reclamantei nu se referă la perioada în care fiul ei a făcut obiectul unui regim restrictiv. În

consecință, Curtea consideră că nu este necesar să continue examinarea acestui aspect (*Radomilja și alții*, citată anterior, pct. 126).

119. În plus, Curtea nu identifică, în cadrul procedurii de supraveghere aplicate pacienților internați cu consimțământul lor, niciun element criticabil, de natură să justifice concluzia potrivit căreia decesul lui A. J. era imputabil unor pretense deficiențe. În cadrul acestei proceduri, s-a stabilit un program clar, care trebuia respectat de către toți pacienții, și că prezența fiecăruia dintre aceștia era verificată la orele de servire a masei și de administrare a medicației; în plus, personalul serviciului asigura o supraveghere generală a pacienților (supra, pct. 50 și 51). De asemenea, exista un regim de supraveghere mai restrictiv, care era aplicat pacienților la începutul șederii lor în spital și în alte momente, atunci când medicul care monitoriza pacientul considera că este necesar (supra, pct. 54). Pacienților cărora li se aplica acest regim nu li se permitea să părăsească pavilionul, iar asistenții medicali îi monitorizau mai îndeaproape. În cele din urmă, în situații de urgență, HSC putea recurge la alte forme de conținere, inclusiv plasarea într-o cameră de izolare. Procedura de supraveghere în vigoare și măsurile de conținere disponibile ofereau HSC mijloacele necesare pentru tratamentul lui A.J.

120. Curtea admite, de asemenea, concluzia instanțelor interne, potrivit căreia procedura de supraveghere aplicată lui A.J. era menită să îi respecte viața privată și era conformă cu principiul tratării pacienților în mediul cel mai puțin restrictiv. Curtea însăși a apreciat că aplicarea unor măsuri excesiv de restrictive în cazul persoanelor care suferă de boli psihice ar putea ridica probleme cu privire la art. 3, 5 și 8 din Convenție (supra, pct. 112, și hotărârea *Hiller*, citată anterior, pct. 55). În speță, impunerea în cazul lui A.J. a unui regim de supraveghere mai intruziv ar fi putut fi contestată foarte bine ca fiind incompatibilă cu drepturile protejate de aceste dispoziții, cu atât mai mult cu cât A.J. fusese internat cu consimțământul său.

121. În ceea ce privește procedura de urgență, aceasta consta în alertarea medicului de gardă, a poliției și a familiei pacientului (supra, pct. 52). La un moment dat, între orele 19 și 20, asistentul medical coordonator a semnalat dispariția lui A.J. doctorului M.J.P., medicul care îl monitoriza pe A.J. și care era de gardă în ziua respectivă (însă nu se afla în HSC la acel moment), a sunat la Garda Națională Republicană și a contactat-o pe reclamantă. Curtea este de acord cu concluzia instanței naționale, potrivit căreia procedura de urgență în vigoare era adecvată. În orice caz, aceasta constată că nu există o legătură de cauzalitate între orice pretenasă deficiență a procedurii de urgență și decesul lui A.J. În consecință, concluzionează că această procedură nu era atât de deficitară încât să ridice o problemă din perspectiva art. 2.

122. În cele din urmă, Curtea subliniază că reclamanta a avut la dispoziție un sistem judiciar în măsură să stabilească cine era responsabil pentru moartea lui A.J. Aceasta a formulat o acțiune civilă în fața Tribunalului Administrativ din Coimbra și a declarat apel în fața Curții Administrative Supreme împotriva unei hotărâri care îi era defavorabilă (supra, pct. 29-46). Deși sunt ridicate probleme – pe care Curtea le va examina din perspectiva aspectului procedural al art. 2 (infra, pct. 134-140) – în ceea ce privește durata acestei proceduri civile, niciun element din dosarul prezentat Curții nu indică existența unei deficiențe sistemice în sistemul judiciar, care ar fi privat-o pe reclamantă de o examinare eficientă a acțiunii sale civile.

ii. Obligația pozitivă de a lua măsuri preventive de ordin practic

123. Nu există nicio îndoială că A.J., în calitate de persoană cu tulburări psihice grave, se afla într-o situație de vulnerabilitate. Curtea consideră că o persoană care suferă de o boală psihică este deosebit de vulnerabilă, chiar dacă își dă consimțământul cu privire la tratamentul său. Având în vedere tulburările psihice pe care le prezintă un astfel de pacient, capacitatea lui

de a lua în mod rațional decizia de a-și pune capăt zilelor poate fi redusă într-o anumită măsură. În plus, orice internare a unei persoane care suferă de tulburări psihice, indiferent dacă este voluntară sau nevoluntară, implică în mod inevitabil un anumit grad de conținționare, care este legat de starea de sănătate a pacientului și de tratamentul aplicat în consecință de către cadrele medicale. Pe parcursul tratamentului, este adesea posibil să se recurgă la diverse măsuri de conținționare, care pot lua diferite forme, în special restricționarea libertății personale și a dreptului la respectarea vieții private. Ținând seama de toți acești factori și având în vedere natura și evoluția jurisprudenței citate la punctele 108-115 de mai sus, Curtea consideră că, în cazul unei persoane care suferă de o boală psihică, internată cu consimțământul său, autoritățile au obligația generală de a lua măsuri rezonabile pentru a o proteja împotriva unui risc real și imediat de sinucidere. Măsurile specifice necesare vor depinde de circumstanțele specifice ale cauzei și vor fi adesea diferite în funcție de tipul de internare, voluntară sau nevoluntară. În plus, această obligație de a lua măsuri rezonabile pentru a împiedica o persoană să își facă rău se aplică ambelor categorii de pacienți. Cu toate acestea, Curtea consideră că, în cazul pacienților internați în executarea unei ordonanțe judecătorești și, deci, fără consimțământul acestora, poate să aplice un criteriu mai strict în cadrul propriei sale aprecieri.

124. Prin urmare, Curtea trebuie să examineze dacă autoritățile știau sau ar fi trebuit să știe de existența unui risc real și imediat ca persoana în cauză să atenteze la propria viață și, în cazul unui răspuns afirmativ, dacă acestea au făcut tot ce era de așteptat în mod rezonabil din partea lor pentru a preveni acest risc, prin luarea măsurilor restrictive pe care le aveau la dispoziție (*Keenan*, citată anterior, pct. 93). Curtea va ține seama de alegerile operaționale care trebuie făcute în ceea ce privește prioritățile și resursele în cadrul furnizării de servicii publice de sănătate și alte servicii publice, precum și de dificultățile poliției de a-și exercita funcția în societățile contemporane (supra, pct. 111).

125. Astfel cum s-a arătat la punctul 115 de mai sus, Curtea a stabilit o listă de criterii pertinente pentru evaluarea riscurilor de sinucidere. Va examina aceste elemente în lumina circumstanțelor specifice ale speței pentru a stabili dacă autoritățile știau sau ar fi trebuit să știe de existența unui risc real și imediat la adresa vieții fiului reclamantei, care dădea naștere obligației de a lua măsurile preventive necesare.

126. În primul rând, în ceea ce privește antecedentele de tulburări psihice ale lui A.J., nu se contestă faptul că acesta a fost internat voluntar în HSC de opt ori, în perioada 1984-2000 (supra, pct. 12). Aceste spitalizări au urmat, în general, unor crize sau unei intoxicații cu alcool și doar ultima internare a fost determinată de o tentativă de sinucidere. Instanțele naționale au stabilit că A.J. suferea de mai multe boli psihice, cauzate de o dependență patologică de alcool și de medicamente. De asemenea, au admis că acesta suferea, uneori, de depresie. După moartea lui A.J., medicul psihiatru însărcinat cu întocmirea raportului de expertiză medicală (supra, pct. 33) a considerat că era posibil ca A.J. să sufere și de o tulburare de personalitate borderline. În al doilea rând, în ceea ce privește gravitatea tulburărilor psihice ale lui A.J., trebuie să se constate că acesta suferea de mult timp de tulburări psihice grave (*Renolde*, citată anterior, pct. 109).

127. În ceea ce privește existența unor gânduri sau amenințări suicidare, Curtea nu are niciun motiv să respingă constatarea instanței interne potrivit căreia, în ultimele zile ale vieții sale, A.J. nu a manifestat niciun comportament și nicio dispoziție care ar fi putut determina personalul spitalului să suspecteze că, la 27 aprilie 2000, acesta se va comporta diferit față de zilele anterioare (supra, pct. 40). Au avut loc cinci ședințe de judecată, în cursul cărora instanța a audiat numeroși martori și a supus probele obținute unei examinări amănunțite. În consecință, Curtea admite că, pe întreaga durată a șederii sale în HSC, care începuse la 2 aprilie 2000, A.J. nu a prezentat niciun semn care să sugereze că ar fi nutrit gânduri suicidare (*Hiller*, citată

anterior, pct. 52). În cadrul procedurii interne, reclamanta a susținut că A.J. a încercat din nou să se sinucidă la 25 aprilie 2000, ingerând o cantitate excesivă de alcool. Această afirmație a fost respinsă de instanțele naționale, care au stabilit că A.J. a fost internat în Secția de primiri urgențe a Spitalului universitar din Coimbra la 26 aprilie 2000 din cauza unui comportament „iresponsabil” și nu a unui comportament suicidal (supra, pct. 40). Instanțele interne au ajuns la această concluzie în urma unei aprecieri cuprinzătoare, relevante și convingătoare a elementelor de probă, pe care le-au examinat cu mare atenție. Având în vedere alcoolismul cronic de care suferea A.J. și faptul că acesta băuse în cursul după-amiezii, în principal într-o cafea, Curtea subscrie la concluzia instanței naționale în această privință. Prin urmare, aceasta admite concluzia potrivit căreia, în cursul celor trei săptămâni care au precedat decesul lui A.J., acesta a încercat să se sinucidă o singură dată, și anume la 1 aprilie 2000.

128. În cele din urmă, în ceea ce privește semnele de suferință fizică sau psihică, observațiile consemnate în data de 27 aprilie 2000 în dosarul medical indică faptul că A.J. era calm, că se plimbase în jurul clădirii în care era spitalizat, că mâncase bine la prânz și că fusese prezent la gustarea de după-amiază (supra, pct. 22). În această privință, Curtea admite, de asemenea, concluziile instanțelor naționale potrivit cărora comportamentul lui A.J. nu a fost în niciun fel îngrijorător în zilele imediat anterioare sinuciderii sale (supra, pct. 40).

129. Curtea subliniază că HSC știa că A.J. suferea de mult timp de tulburări psihice și că, în anumite momente, exista riscul ca acesta să își pună capăt zilelor. Totuși, observă, de asemenea, că, deși A.J. era în mod cert vulnerabil, acesta se afla într-un mediu care îi devenise familiar și în care stabilise relații cu membrii personalului, pe care îi cunoștea și care îl cunoșteau. Atunci când a considerat că riscul pe care îl putea reprezenta A.J. pentru el însuși s-a diminuat, HSC i-a permis să circule liber în perimetrul spitalului și să se întoarcă la familia sa în weekend. Nu există niciun indiciu că familia lui A.J. s-ar fi opus întoarcerii sale acasă la sfârșit de săptămână. În momentele în care se considera că exista un risc ridicat, A.J. era ținut închis în pavilion, îmbrăcat în pijama, și supus unui regim mai strict. Aceasta a fost situația după ce a fost internat din nou în HSC la 2 aprilie 2000, în cursul primei săptămâni a șederii sale (supra, pct. 18), precum și în timpul spitalizărilor anterioare. Cu toate acestea, regimul restrictiv a fost ridicat întotdeauna atunci când s-a considerat că simptomele lui A.J. se amelioraseră. Această modalitate de a proceda era conformă cu filozofia generală a HSC, care consta în acordarea unei libertăți de mișcare considerabile pacienților, pentru ca aceștia să își consolideze simțul răspunderii și pentru a le permite reintegrarea în familie și în societate în cele mai bune condiții. În plus, Curtea apreciază că nu există niciun motiv pentru a contesta avizul exprimat de doctorul A.A., medicul psihiatru care îl monitoriza pe A.J., și care a fost acceptat de instanțele interne, potrivit căruia tratamentul constând în a-i administra lui A.J. medicamentele prescrise, în a-l determina să accepte tratamentul său și în a stabili o relație de încredere cu acesta (supra, pct. 35), a fost adecvat și proporțional în circumstanțele date.

130. Curtea a concluzionat, în spiritul raportului de expertiză întocmit de medicul psihiatru desemnat de Colegiul medicilor (supra, pct. 33), că, deși riscul de sinucidere nu poate fi exclus în cazul pacienților internați precum A.J., în cazul cărora tulburările psihopatologice au determinat stabilirea unor diagnostice multiple, caracterul imediat al acestui risc poate să varieze. În speță, HSC a încercat să se adapteze riscului prezentat de starea mentală fluctuantă a lui A.J. prin impunerea unui regim de supraveghere mai strict sau mai puțin strict, decizie care trebuia să fie luată de echipa medicală responsabilă pentru A.J. (supra, pct. 35). Curtea face referire la factorii menționați la punctele 127-129 de mai sus. Aceasta ia în considerare, de asemenea, imposibilitatea, potrivit expertizei, de a preveni în totalitate sinuciderea în cazul unui pacient precum A.J. (supra, pct. 33) și concluzia Tribunalului Administrativ din Coimbra, potrivit căreia sinuciderea persoanei în cauză nu era previzibilă (supra, pct. 40). În plus, Curtea

abordează problema riscului urmărind să stabilească dacă acesta era atât real, cât și imediat, și observă că obligația pozitivă care incumbă statului trebuie interpretată astfel încât să nu le impună autorităților o sarcină insuportabilă sau excesivă. În lumina acestor elemente, Curtea concluzionează că nu s-a stabilit că autoritățile știau sau ar fi trebuit să știe că exista un risc imediat la adresa vieții lui A.J. în zilele anterioare datei de 27 aprilie 2000.

131. În consecință, Curtea poate să renunțe la examinarea problemei dacă cea de-a doua parte a criteriului stabilit în hotărârile *Osman/Keenan* a fost respectată, și anume dacă autoritățile au luat măsurile care puteau fi așteptate în mod rezonabil din partea acestora.

d) Observații finale

132. În ceea ce privește obligația pozitivă de a institui un cadru de reglementare, Curtea concluzionează că modul în care a fost pus în aplicare cadrul de reglementare nu a determinat încălcarea art. 2 în circumstanțele cauzei. În ceea ce privește obligația de a lua măsuri operaționale preventive, aceasta consideră că nu s-a stabilit faptul că autoritățile știau sau ar fi trebuit să știe, la momentul respectiv, că exista un risc real și imediat la adresa vieții lui A.J. În concluzie, Curtea consideră că, în circumstanțele cauzei, nu a existat o încălcare a art. 2 din Convenție sub aspect material.

B. Cu privire la aspectul procedural

1. Hotărârea Camerei

133. Camera a constatat încălcarea aspectului procedural al art. 2 din Convenție. Guvernul a admis că procedura internă a durat mult timp, dar nu a oferit nicio justificare plauzibilă în această privință. Camera a identificat mai multe perioade lungi de inactivitate. A constatat în special că Tribunalului Administrativ din Coimbra i-au trebuit doi ani pentru a solicita realizarea unei expertize cu privire la starea clinică a lui A.J., că prima ședință de judecată a avut loc la 8 octombrie 2008 – adică la doi ani de la depunerea la dosar a raportului de expertiză – și că au trecut aproximativ alți trei ani înainte ca instanța să pronunțe hotărârea sa..

2. Argumentele părților

a) Reclamanta

134. Reclamanta susține că întârzierea din cursul procedurii constituie o încălcare vădită a art. 2. Aceasta precizează că, la 17 martie 2003, a inițiat o procedură civilă împotriva HSC și că, de la 12 decembrie 2003 până la 11 ianuarie 2005, cauza a stagnat, în așteptarea unei decizii a Tribunalului cu privire la cererea pe care o prezentase în vederea modificării anumitor pasaje ale hotărârii preliminare (supra, pct. 31 și 32). În perioada 13 octombrie 2005 - 16 iunie 2006, cauza ar fi fost întârziată în așteptarea raportului de expertiză (supra, pct. 32 și 33). Expertul desemnat ar fi fost nevoit să aștepte mai mult de opt luni pentru a primi de la instanță informațiile necesare pentru întocmirea raportului său. La 9 noiembrie 2007, Tribunalul a stabilit data ședinței din 8 octombrie 2008. Din cauza ritmului lent al procedurii, martorii ar fi fost interogați la cinci ani de la introducerea acțiunii de către reclamantă și la opt ani de la momentul faptelor. Ea susține că au existat și alte întârzieri, în special între momentul transferării procedurii la Curtea Administrativă Supremă, la 11 octombrie 2011, și depunerea avizului Procurorului general adjunct, la 26 septembrie 2012, și, ulterior, până la pronunțarea hotărârii de către Curtea Administrativă Supremă, la 29 mai 2014.

b) Guvernul

135. Guvernul recunoaște că durata procedurii a fost excesivă. Cu toate acestea, consideră că a fost încălcat art. 6 din Convenție, și nu art. 2 din Convenție.

3. Motivarea Curții**a) Principii generale**

136. Obligația procedurală care decurge din art. 2 cu privire la acordarea de îngrijiri impune, printre altele, ca procedura să se încheie într-un termen rezonabil (*Lopes de Sousa Fernandes*, citată anterior, pct. 218). Cunoașterea faptelor și a erorilor eventual comise în privința acordării de îngrijiri medicale este esențială pentru a permite instituțiilor în cauză și personalului medical să remedieze potențialele deficiențe și să prevină erori similare. Așadar, examinarea promptă a unor astfel de cauze este importantă pentru siguranța beneficiarilor de servicii de sănătate în general [*Šilih împotriva Sloveniei* (MC), nr. 71463/01, pct. 196, 9 aprilie 2009]. În special în cauzele referitoare la proceduri inițiate pentru a determina circumstanțele unui deces care a avut loc într-un spital, ritmul lent al procedurii este un indiciu solid pentru existența unei deficiențe care constituie o încălcare de către statul pârât a obligațiilor pozitive care îi incumbă în temeiul Convenției, cu excepția cazului în care statul a oferit justificări foarte convingătoare și plauzibile pentru acest ritm lent al procedurii (a se vedea, de exemplu, *Lopes de Sousa Fernandes*, citată anterior, pct. 219, și *Bilbija și Blažević împotriva Croației*, nr. 62870/13, pct. 107, 12 ianuarie 2016).

b) Aplicarea acestor principii în speță

137. Procedura internă a durat unsprezece ani, două luni și cincisprezece zile pentru două grade de jurisdicție. Curtea subliniază că Guvernul admite că procedura a fost excesiv de lungă și că nu s-a desfășurat într-un termen rezonabil, chiar dacă se ține seama de pretinsa complexitate a procedurii și de amânarea solicitată.

138. Guvernul nu a furnizat justificări convingătoare și plauzibile pentru a explica durata procedurii interne. În speță, martorii au fost audiați între opt și nouă ani de la decesul lui A.J. și între șase și șapte ani de la introducerea acțiunii de către reclamantă (supra, pct. 35). Este posibil ca trecerea timpului să fi afectat capacitatea martorilor de a-și reaminti fapte esențiale referitoare la evenimentele care au precedat decesul lui A.J. În plus, după cum a admis Curtea, o examinare promptă este importantă pentru a permite remedierea eventualelor deficiențe sau erori stabilite (*Lopes de Sousa Fernandes*, citată anterior, pct. 218).

139. Curtea constată că a fost încălcat art. 2 din Convenție sub aspect procedural.

II. CU PRIVIRE LA APLICAREA ART. 41 DIN CONVENȚIE

140. Potrivit art. 41 din Convenție,

„În cazul în care Curtea declară că a avut loc o încălcare a Convenției sau a protocoalelor sale și dacă dreptul intern al înaltei părți contractante nu permite decât o înlăturare incompletă a consecințelor acestei încălcări, Curtea acordă părții lezate, dacă este cazul, o reparație echitabilă.”

A. Prejudiciu

141. În procedura desfășurată în fața Camerei, reclamanta a solicitat 703,80 de euro (EUR) cu titlu de despăgubire pentru prejudiciul material, sumă care corespundea, potrivit acesteia,

cheltuielilor efectuate pentru funeraliile fiului său. Pe de altă parte, explicând că fiul său îi plătea suma de 200 EUR pe lună, aceasta a pretins că a suferit o pierdere de venituri și a solicitat 40 000 EUR. De asemenea, a solicitat 40 000 EUR cu titlu de despăgubire pentru prejudiciul moral (30 000 EUR pentru pretinsa încălcare a aspectului material al art. 2 și 10 000 EUR pentru pretinsa încălcare a aspectului procedural al art. 2).

142. Camera i-a acordat reclamantei întreaga sumă solicitată pentru cheltuielile de înmormântare. Cu toate acestea, în ceea ce privește pretinsa pierdere a unui sprijin financiar, aceasta nu a identificat nicio legătură de cauzalitate între încălcarea constatată și prejudiciul material invocat. În ceea ce privește cererea de despăgubire pentru prejudiciul moral, Camera a considerat rezonabil să îi acorde reclamantei suma de 25 000 EUR pentru angoasa și suferința pe care a susținut că le-a trăit din cauza circumstanțelor decesului fiului său, precum și a imposibilității de a obține o decizie internă într-un termen rezonabil.

143. În fața Marii Camere, reclamanta reiterează cererile de despăgubire pentru prejudiciul moral și prejudiciul material suferite, pe care le-a formulat în fața Camerei.

144. În ceea ce privește prejudiciul material, Curtea observă că statul nu a fost considerat responsabil pentru decesul fiului reclamantei. Prin urmare, întrucât nu a fost stabilită nicio legătură de cauzalitate între acțiunile HSC și decesul lui A.J., Curtea nu îi acordă reclamantei nicio despăgubire pentru prejudiciul material.

145. În ceea ce privește prejudiciul moral, Curtea apreciază că reclamanta a trăit în mod cert sentimente de suferință și frustrare din cauza ritmului lent al procedurii interne pe care a inițiat-o cu scopul de a stabili cauza decesului fiului său. În consecință, îi acordă reclamantei suma de 10 000 EUR cu acest titlu.

B. Cheltuieli de judecată

146. În fața Marii Camere, la fel ca și în fața Camerei, reclamanta solicită 409 EUR pentru cheltuielile de judecată suportate de aceasta în cadrul procedurii interne. Această sumă ar corespunde onorariilor plătite pentru reprezentarea sa. Aceasta furnizează nota de onorarii relevantă în sprijinul cererii sale. Curtea i-a acordat suma integrală solicitată în acest sens, plus orice sumă ce poate fi datorată de reclamantă cu titlu de impozit.

147. Conform jurisprudenței Curții, un reclamant nu poate obține rambursarea cheltuielilor de judecată decât în măsura în care se stabilește caracterul real, necesar și rezonabil al acestora [*Sargsyan împotriva Azerbaidjanului* (reparație echitabilă) (MC), nr. 40167/06, pct. 61, 12 decembrie 2017]. În speță, având în vedere documentele de care dispune, precum și criteriile menționate anterior, Curtea acordă reclamantei întreaga sumă solicitată pentru cheltuielile de judecată, plus orice sumă ce poate fi datorată de reclamantă cu titlu de impozit pentru această sumă. Reclamanta, care a beneficiat de asistență judiciară pentru procedura în fața Marii Camere, nu a formulat o cerere de rambursare a cheltuielilor de judecată aferente procedurii în fața acesteia.

C. Dobânzi moratorii

148. Curtea consideră necesar ca rata dobânzilor moratorii să se întemeieze pe rata dobânzii facilității de împrumut marginal practică de Banca Centrală Europeană, majorată cu trei puncte procentuale.

PENTRU ACESTE MOTIVE, CURTEA

1. *hotărăște*, cu cincisprezece voturi la două, că nu a fost încălcat art. 2 din Convenție sub aspect material;
2. *hotărăște*, în unanimitate, că a fost încălcat art. 2 din Convenție sub aspect procedural;
3. *hotărăște*, în unanimitate,
 - a) că statul pârât trebuie să îi plătească reclamantei, în termen de trei luni, următoarele sume:
 - i. 10 000 EUR (zece mii de euro), plus orice sumă ce poate fi datorată cu titlu de impozit pentru această sumă, cu titlu de despăgubire pentru prejudiciul moral;
 - ii. 409 EUR (patru sute nouă euro), plus orice sumă ce poate fi datorată de reclamantă cu titlu de impozit pentru această sumă, pentru cheltuielile de judecată;
 - b) că, de la expirarea termenului menționat și până la efectuarea plății, aceste sume trebuie majorate cu o dobândă simplă, la o rată egală cu rata dobânzii facilității de împrumut marginal practică de Banca Centrală Europeană, aplicabilă pe parcursul acestei perioade și majorată cu trei puncte procentuale;
4. *respinge*, cu cincisprezece voturi la două, cererea de acordare a unei reparații echitabile pentru celelalte capete de cerere.

Redactată în limbile franceză și engleză, apoi pronunțată în ședință publică la Palatul Drepturilor Omului din Strasbourg, la 31 ianuarie 2019.

Françoise Elens-Passos
Grefier adjunt

Guido Raimondi
Președinte

La prezenta hotărâre este anexată, în conformitate cu art. 45 § 2 din Convenție și art. 74 § 2 din Regulament, opinia separată a domnului judecător Pinto de Albuquerque, la care aderă domnul judecător Harutyunyan.

G.R.
F.E.P.

OPINIA PARȚIAL CONCORDANTĂ ȘI PARȚIAL SEPARATĂ
A DOMNULUI JUDECĂTOR PINTO DE ALBUQUERQUE,
la care ADERĂ domnul judecător Harutyunyan

1. Am votat în favoarea constatării unei încălcări a art. 2 din Convenția europeană a drepturilor omului („Convenția”) sub aspect material și procedural. Deși sunt de acord, în general, cu concluziile majorității referitoare la cel de-al doilea aspect, nu pot împărtăși opinia acesteia cu privire la primul aspect, din motive de fapt și de drept. Din punct de vedere factual, voi demonstra că opinia majorității se bazează pe fapte prezumate, care pur și simplu nu au avut loc, și, chiar mai rău, pe un cadru juridic întemeiat pe o „filosofie generală”¹ privind protecția dreptului la viață al persoanelor internate din cauza unor tulburări psihice, care era, în mod evident, inexistent. Mai simplu spus, opinia majorității se referă la o altă țară decât Portugalia la momentul faptelor. Prezenta hotărâre este rezultatul unui exercițiu creativ de apreciere judiciară pentru o țară imaginară.

2. Din punctul de vedere al dreptului, voi demonstra că opinia majorității urmează abordarea minimalistă, cu încărcătură ideologică, adoptată în hotărârea în cauza *Lopes de Sousa Fernandes* ² în ceea ce privește obligațiile pozitive care îi revin statului în domeniul îngrijirii sănătății, aplicând-o, de această dată, unei categorii deosebit de vulnerabile, și anume persoanelor internate din cauza unor tulburări psihice, aflate în grija statului. Acest demers are ca efect reducerea nivelului de protecție asigurat de Convenție la un grad de inerție inacceptabil din partea statului.

Obligația de a institui un cadru de reglementare

3. Obligația pozitivă care îi revine statului în domeniul sănătății implică instituirea unui cadru de reglementare care să le impună spitalelor, atât publice, cât și private, adoptarea unor măsuri adecvate pentru protejarea vieții pacienților lor³. Conform hotărârii în cauza *Lopes de Sousa Fernandes împotriva Portugaliei*⁴, obligația impusă statului în temeiul art. 2 din Convenție în domeniul sănătății include obligația acestuia de a institui un cadru de reglementare pentru a proteja pacienții. Majoritatea urmează această linie jurisprudențială⁵. Chiar dacă am admite că o astfel de obligație, în sensul strict în care este formulată în hotărârea ⁶, decurge din Convenție, consider că Guvernul pârât nu a respectat-o, pentru motivele pe care le voi expune în continuare.

4. Articolul XVII din Legea nr. 2006 din 11 aprilie 1945 reglementa obligația statului de a proteja viața pacienților cu boli psihice internați voluntar în instituții publice și prevedea un regim deschis și unul închis. Această reglementare a fost menținută la articolul XXII din Legea nr. 2118 din 3 aprilie 1963 și, după revoluția din 1974, Decretul nr. 127/92 din 3 iulie 1992 încă mai făcea referire la aceste regimuri. Acestea din urmă au fost abrogate de legea în vigoare în prezent (Legea nr. 36/98 din 24 iulie 1998), însă au continuat să fie aplicate fără niciun temei juridic.

1. Punctul 130 din hotărâre.

2. *Lopes de Sousa Fernandes împotriva Portugaliei* (MC), nr. 56080/13, 19 decembrie 2017.

3. *Calvelli și Ciglio împotriva Italiei* (MC), nr. 32967/96, pct. 49, CEDO 2002-I.

4. *Lopes de Sousa Fernandes*, citată anterior.

5. Punctele 106 și 107 din hotărâre.

6. *Ibidem*.

5. În ceea ce privește cadrul de reglementare portughez și, în special, spitalul Sobral Cid („HSC”) de la momentul faptelor, este necesar să fie citate următoarele fragmente din raportul Comitetului privind prevenirea torturii („CPT”) [*traducerea grefei*]:

„108. [...] Pacienții puteau fi, de asemenea, plasați temporar în (regim de) izolare (adică închiși singuri într-o încăpere). În timpul izolării, care nu dura niciodată mult timp, pacientul rămânea în camera personală sau, dacă împărțea camera cu altcineva, era plasat într-una din camerele individuale.

109. [...] CPT consideră că *orice aplicare a măsurii conținționării fizice asupra unui pacient* trebuie să fie consemnată într-un registru special. Înregistrarea trebuie să includă ora începerii și ora încetării măsurii, circumstanțele în care a fost pusă în aplicare, motivele care au condus la aplicarea acesteia, numele medicului care a dispus-o sau a aprobat-o și, dacă este cazul, o scurtă descriere a leziunilor suferite de pacienți sau de membrii personalului”⁷. (subliniere adăugată)

6. În 2003 și 2008, CPT a insistat, în general, asupra necesității de a elabora, pentru „toate spitalele de psihiatrie”, inclusiv cele „private”, o politică „detaliată” și „scrisă” privind izolarea pacienților cu tulburări psihice:

„119. Izolarea pacienților cu tulburări psihice trebuie să facă obiectul unei politici detaliate [...] CPT recomandă autorităților portugheze să elaboreze o astfel de politică”⁸. [...]

„130. [*traducerea grefei*] CPT recomandă autorităților portugheze să ia măsurile necesare pentru a se asigura că *toate spitalele de psihiatrie* elaborează un protocol scris cu privire la utilizarea măsurilor de conținționare sau pun în aplicare protocolul menționat anterior. Această recomandare se referă, de asemenea, la spitalele de psihiatrie private”⁹. (subliniere adăugată)

7. Abia în 2007 Ministerul Sănătății a introdus un protocol privind utilizarea „conținționării mecanice” în toate spitalele portugheze, inclusiv în spitalele de psihiatrie (circulara nr. 08/DSPSM/DSPCS). Acest protocol a fost abrogat și înlocuit în 2011 cu noi orientări (nr. 21/2011 din 6 iunie 2011) mai generale, emise de Direcția Generală de Sănătate cu privire la recurgerea la măsuri de conținționare a pacienților, care includeau „izolarea, conținționarea mecanică sau (conținționarea) chimică (administrarea de medicamente)” (*Orientação da Direção-Geral da Saúde no. 21/2011, de 6/06/2011 Prevenção de comportamentos dos doentes que põem causa a sua segurança ou da sua envolvente - Conțințão de Doentes*).

Aceste orientări vizează următoarele cinci tipuri de conținționare: conținționarea terapeutică (menită să restricționeze activitatea fizică a unui pacient, să-i controleze comportamentul sau să imobilizeze o parte a corpului său), conținționarea de mediu [care permite limitarea libertății de mișcare a pacientului, de exemplu, într-un spațiu restrâns precum o cameră de izolare (*sala de confinamento*), în care pacientul se poate deplasa în condiții de siguranță, sub supraveghere medicală]; conținționarea fizică (ce permite blocarea sau schimbarea mișcărilor unui pacient sau imobilizarea acestuia pentru a evita un risc), conținționarea mecanică (utilizarea unor dispozitive prin care sunt restricționate mișcărilor unui pacient), conținționarea chimică (administrarea de medicamente unui pacient pentru a-i inhiba mișcărilor). În conformitate cu

7. Portugal: Visit 1999, CPT/Inf (2001) 12 / Section 38/47 / Date: 20/12/1999, C. Sobral Cid Psychiatric Hospital / 5. Means of restraint [Vizita din 1999, CPT/Inf (2001) 12 / Secția: 38/47 / Data: 20/12/1999, C. Spitalul de psihiatrie Sobral Cid / 5. Mijloace de conținționare]. Această vizită a inclus „secția de psihiatrie generală pentru bărbați”, unde A.J. a fost internat de mai multe ori (punctele 17 și 79 din hotărâre).

8. Portugal: visite 2003, CPT/Inf (2007) 13 / Section: 37/47 / Date: 30/07/2004, C. Structures psychiatriques pénitentiaires / 6. Moyens de contention et recours à l'isolement [Portugalia: vizita din 2003, CPT/Inf (2007) 13 / Secția: 37/47 / Data: 30/07/2004, C. Unități de psihiatrie din cadrul penitenciarelor / 6. Măsuri de conținționare și recurgerea la măsura izolării].

9. Portugal: Visit 2008, CPT/Inf (2009) 13 / Section: 36/44 / Date: 24/07/2008, C. Psychiatric institutions / 4. Means of restraint [Portugalia: Vizita din 2008, CPT/Inf (2009) 13 / Secția: 36/44 / Data: 24/07/2008, C. Instituții de psihiatrie / 4. Măsuri de conținționare].

punctul 9 din aceste orientări, fiecare spital trebuie să elaboreze orientări interne care să pună în aplicare orientările naționale, în funcție de tipul de îngrijiri pe care le acordă. Raționamentul care stă la baza acestor orientări a fost exprimat după cum urmează:

„Conținționarea pare să fie una din practicile utilizate cele mai des la nivel internațional pentru tratarea pacienților al căror comportament reprezintă un risc pentru ei înșiși și pentru persoanele din jurul lor. Diverse studii realizate pe această temă evidențiază necesitatea de a preveni incidentele și consecințele negative asociate măsurilor de conținționare. În plus, există documente care atestă că organizarea unor cursuri de formare la locul de muncă poate avea un impact pozitiv asupra promovării siguranței în recurgerea la astfel de măsuri.”

8. În raportul său privind vizita sa din 2012 în Portugalia, CPT a formulat următoarele observații cu privire la noul cadru de reglementare [*traducerea grefei*]:

„107. În rapoartele sale privind vizitele din 2003 și 2008, CPT a recomandat adoptarea unui protocol privind utilizarea măsurilor de conținționare. Adoptarea de către Ministerul Sănătății, în iunie 2011, a unor orientări privind utilizarea măsurilor de conținționare¹⁰ reprezintă un pas înainte în acest sens. Aceste orientări vizează izolarea și măsurile de conținționare mecanică și chimică și înlocuiesc un protocol anterior din 2007, care se referea la conținționarea mecanică¹¹. Totuși, este regretabil că aceste orientări nu abordează în mod explicit numeroase aspecte importante, în special: circumstanțele în care pot fi folosite măsurile de conținționare; cerința potrivit căreia aplicarea unei măsuri de conținționare trebuie să fi fost dispusă în mod expres de către un medic sau să fie adusă imediat la cunoștința unui medic spre aprobare; durata măsurii conținționării și necesitatea unor controale frecvente, unor contacte umane adecvate și a unei supravegheri consolidate din partea personalului; crearea unui registru special în care sunt consemnate cazurile de aplicare a măsurii conținționării (în plus față de înscrierea măsurii în dosarul medical al pacientului sau în registrul de îngrijiri medicale). Orientările din 2011 nu erau încă puse în aplicare în unitățile de psihiatrie medico-legală vizitate și, în orice caz, nu erau aplicabile în unitatea de psihiatrie a Penitenciarului Santa Cruz do Bispo, aflat în subordinea Ministerului Justiției. CPT recomandă autorităților portugheze să ia măsurile necesare pentru a se asigura că toate serviciile din cadrul serviciilor de psihiatrie medico-legală – inclusiv cele din cadrul Ministerului Justiției – elaborează un protocol scris referitor la utilizarea măsurilor de conținționare, în conformitate cu recomandările făcute anterior de Comitet în acest sens”¹².

9. În fapt, orientările privind utilizarea măsurilor de conținționare, adoptate în iunie 2011 de Ministerul Sănătății, nu erau aplicate în mod sistematic în această țară¹³. Mai rău, pacienții nu erau consultați cu privire la aplicarea acestor regimuri, chiar și atunci când aceștia erau internați cu consimțământul lor¹⁴. Membrii personalului medical făceau ce voiau, atunci când voiau.

În ceea ce privește utilizarea măsurilor de conținționare și purtarea de pijamale, CPT nu putea fi mai clar atunci când a insistat, în special, asupra necesității ca „în fiecare instituție de psihiatrie” să existe un registru centralizat, în care să fie consemnate „toate formele” de conținționare [*traducerea grefei*]:

„111. [...] (...) CPT reiterează recomandarea sa potrivit căreia *orice recurgere la conținționare*, inclusiv conținționarea chimică, trebuie să fie întotdeauna dispusă în mod expres de către un medic sau să fie adusă imediat la cunoștința unui medic. Prescrierea unor „medicamente de urgență” nu poate să justifice utilizarea lor ca metodă de conținționare chimică.

10. *Orientação da Direção-Geral da Saúde número 021/2011, data 06/06/2011 « Prevenção de comportamentos dos doentes que põem causa a sua segurança ou da sua envolvente - Contenção de Doentes ».*

11. Protocolul privind utilizarea conținționării mecanice, Ministerul Sănătății, mai 2007 (Circulara nr. 08/DSPSM/DSPCS); a se vedea nota de subsol 59 din CPT/Inf (2009) 13.

12. *Portugal: Visit 2012, CPT/Inf (2013) 4 / Section: 38/45 / Date: 25/07/2012, C. Psychiatric institutions for forensic patients) / 6. Seclusion and means of restraint / a. policy on the use of means of restraint [Portugalia: Vizita din 2012, CPT/Inf (2013) 4 / Secția: 38/45 / Data: 25/07/2012, C. Instituții de psihiatrie medico-legală / 6. Izolarea și măsurile de conținționare/ a. politica privind utilizarea măsurilor de conținționare].*

13. Raportul CPT privind vizita sa în HSC din 2012, punctul 107.

14. Raportul CPT privind vizita sa în HSC din 2012, punctul 123.

112. O altă formă de restricționare a libertății de mișcare, aplicată pacienților din cele două servicii de psihiatrie medico-legală, consta într-o măsură de supraveghere cunoscută drept regimul „pijamelor”. Pacienții care făceau obiectul acestui regim erau obligați să rămână în pijama toată ziua și nu li se permitea să iasă în curte. Prin urmare, pacienții Spitalului Central din Lisabona și ai Spitalului Sobral Cid erau obligați să rămână în pijama în primele două săptămâni de la internare. În spitalul Sobral Cid, acest regim putea fi, de asemenea, impus timp de una sau mai multe zile pacienților care au manifestat un comportament agresiv sau au încălcat anumite reguli ale unității (de exemplu, interdicția fumatului în interior). În aceste condiții, decizia de a supune acești pacienți regimului de supraveghere specială era luată ad-hoc de către personalul de serviciu, nefiind reglementată de vreo procedură clară sau însoțită de vreo garanție.

În opinia CPT, purtarea sistematică de pijamale, ca modalitate de supraveghere a noilor pacienți, este extrem de discutabilă. Ar trebui utilizate alte metode de supraveghere a nou-veniților, care să nu le restricționeze libertatea de circulație. Comitetul recomandă să se ia măsurile necesare *pentru a pune capăt practicii prin care pacienților nou-internați în Spitalul Central din Lisabona și în Spitalul Sobral Cid li se impune să poarte pijamale*.

113. În ceea ce privește registrele, trebuie subliniat faptul că, în Spitalul Central de Psihiatrie din Lisabona, s-a instituit un registru electronic centralizat în care sunt consemnate măsurile de conținere mecanică. Totuși, acesta conținea doar informații statistice cu privire la frecvența aplicării măsurilor de conținere în cadrul diferitelor servicii și nu furniza nicio informație detaliată referitoare, de exemplu, la tipul măsurii aplicate sau la durata acesteia. În cadrul Spitalului Sobral Cid nu exista niciun registru specific în care să fie înregistrate măsurile de conținere. În ambele spitale vizitate, utilizarea mijloacelor de conținere mecanică era consemnată în registrul de îngrijiri medicale și, uneori, în dosarul medical al pacientului. Totuși, aceste înregistrări erau, de cele mai multe ori, superficiale, nefiind specificate nici ora începerii, nici ora încheierii măsurii.

CPT a ridicat de mai multe ori această problemă¹⁵; este regretabil că orientările privind utilizarea măsurilor de conținere, adoptate în iunie 2011 de Ministerul Sănătății (punctul 107 de mai sus), nu prevedeau instituirea unui registru centralizat, *în fiecare instituție de psihiatrie, în care să fie consemnate toate formele de conținere – inclusiv izolarea, conținerea mecanică sau chimică*. CPT solicită autorităților portugheze să ia măsurile necesare pentru a se asigura că, în fiecare instituție de psihiatrie, *orice recurgere la conținere asupra unui pacient este înregistrată într-un registru specific*. Înscrierea în registru trebuie să precizeze ora începerii și ora încheierii măsurii, circumstanțele în care a fost aplicată, motivele care au determinat aplicarea sa, tipul măsurii de conținere aplicate, numele medicului care a dispus-o sau a aprobat-o și, dacă este cazul, o scurtă descriere a leziunilor suferite de pacienți sau de membrii personalului. [...]

123. [...] [...] CPT trebuie să își reitereze poziția potrivit căreia internarea nevoluntară a unei persoane într-o instituție de psihiatrie, indiferent dacă aceasta intră sau nu sub incidența psihiatriei medico-legale, nu poate fi interpretată ca o autorizare a tratării persoanei în cauză fără consimțământul său. Orice pacient capabil de discernământ, *internat cu sau fără voia lui*, trebuie să fie pe deplin informat cu privire la tratamentul care urmează să i se prescrie și să aibă posibilitatea de a refuza respectivul tratament sau orice altă formă de intervenție medicală. Orice derogare de la acest principiu fundamental trebuie să se întemeieze pe lege și nu se poate referi decât la circumstanțe excepționale, clar și strict definite. Comitetul solicită autorităților portugheze să ia măsurile necesare pentru a revizui legislația relevantă în lumina observațiilor de mai sus¹⁶. (subliniere adăugată)

10. Este deosebit de important ca CPT să definească norme destinate punerii în aplicare în cadrul „fiecărei” instituții de psihiatrie în ceea ce privește „[o]rice pacient capabil de discernământ, *internat cu sau fără voia lui*”, de exemplu „[o]rice pacient capabil de discernământ, *internat cu sau fără voia lui*, trebuie să fie pe deplin informat cu privire la tratamentul care urmează să i se prescrie și să aibă posibilitatea de a refuza respectivul tratament

15. CPT a formulat comentarii similare cu privire la acest subiect în urma vizitelor sale în Portugalia din 1999, 2000 și 2008, a se vedea CPT/Inf (2009) 13, punctul 129.

16. Portugal: Visit 2012, CPT/Inf (2013) 4 / Section: 39/45 / Data: 25/07/2012, C. Psychiatric institutions for forensic patients) / 7. Safeguards / b) safeguards during placement [Portugalia: Vizita din 2012, CPT/Inf (2013) 4 / Secția: 39/45 / Data: 25/07/2012, C. Instituții de psihiatrie medico-legală / 7. Garanții / b) garanțiile oferite unei persoane în timpul internării].

sau orice altă formă de intervenție medicală”, să solicite autorităților portugheze să facă demersurile necesare pentru a se asigura că „orice aplicare a măsurii conțenționării asupra unui pacient este înregistrată într-un registru special” sau să declare că „orice recurgere la conțenționare, inclusiv conțenționarea chimică, trebuie să fie întotdeauna dispusă în mod expres de către un medic sau să fie adusă imediat la cunoștința unui medic”. În mod similar, CPT critică deficiențele regimului de internare aplicat persoanelor care suferă de tulburări psihice, internate voluntar sau nevoluntar, de exemplu decizia de a supune pacienții regimului de supraveghere specială, care era luată „ad hoc de către personalul de serviciu”, nefiind „reglementată de vreo procedură clară sau însoțită de vreo garanție”, impunerea sistematică a obligației de a purta pijama ca mijloc de monitorizare a pacienților nou-internați, precum și lipsa unui registru centralizat în care să se consemneze toate formele de conțenționare utilizate (inclusiv izolarea și conțenționarea mecanică sau chimică) în fiecare instituție de psihiatrie.

11. Prin urmare, nu putem limita sfera de aplicare a standardelor definite de CPT la pacienții internați nevoluntar, în executarea unei ordonanțe penale¹⁷. Majoritatea nu a ținut seama de toate elementele menționate mai sus atunci când a apreciat aspectul material al prezentei spețe, la fel cum a ignorat și faptul că primul Program Național de Sănătate Mintală (2007-2016) a fost aprobat prin Rezoluția 48/2008 a Consiliului de Miniștri din 24 ianuarie 2008. Într-un document de 55 de pagini, există nouă referiri la suicid și o dispoziție foarte vagă privind crearea, în viitor, a unor programe de prevenție a sinuciderilor. Rezoluția prevede trei spitale de psihiatrie pentru întreaga țară: Magalhães de Lemos (Porto), Sobral Cid (Coimbra) și Júlio de Matos (Lisabona) și 39 secții de psihiatrie în cadrul spitalelor generale. Decretul nr. 1490/2017 prevedea o evaluare a punerii în aplicare a programului în vederea prelungirii acestuia până în 2020. Această evaluare analiza situația după cum urmează:

„Evaluarea Planului național de sănătate mintală 2007-2016 (*Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*): lipsa coordonării eficiente a anumitor elemente ale sistemului de îngrijiri de sănătate mintală, însoțită de dezechilibre persistente cauzate de concentrarea resurselor umane în spitalele centrale; [...] autonomia redusă a centrelor de decizie locale și regionale [...]; dezvoltarea insuficientă a rețelei de servicii de îngrijiri de sănătate mintală continue și integrate; lipsa unor măsuri de stimulare a desfășurării unor acțiuni de intervenție comunitară”¹⁸.

12. Primul program național de prevenție a sinuciderilor (2013-2017) se bazează pe documentul *Acțiunea de sănătate publică pentru prevenția sinuciderilor: un cadru de lucru*, publicat de Organizația Mondială a Sănătății (OMS) în 2012¹⁹. A fost elaborată, pentru prima dată, o strategie națională de luptă împotriva suicidului, în care sunt formulate recomandări specifice pentru anumite grupuri sau persoane expuse riscului de sinucidere, inclusiv pentru persoanele cu deficiențe mintale, precum și instrucțiuni de monitorizare și orientări privind evaluarea punerii în aplicare a acestei strategii.

13. Cu alte cuvinte, în 2000, Portugalia se afla în etapa „preistorică” a prevenției sinuciderii în rândul pacienților internați într-o instituție psihiatrică. Nu exista nicio legislație și nicio reglementare care să precizeze tipurile de regimuri aplicabile, care sunt persoanele care le pot aplica, în ce condiții și pentru ce perioadă. Protocolul de reglementare a măsurilor de protecție a pacienților, aplicabil în toate instituțiile sau serviciile de psihiatrie, datează din 2011 și nu a fost transpus în reglementările interne ale fiecărui spital, așa cum ar fi trebuit. Acest protocol este în mod clar insuficient în raport cu standardele internaționale definite de CPT. Așadar, nu a existat și încă nu există un cadru legal clar referitor la obligația care incumbă statului de a

17. Punctele 78 și 79 din hotărâre.

18. <http://www.sns.gov.pt>

19. www.dgs.pt

proteja viața pacienților cu boli psihice internați voluntar în instituții publice precum HSC. Cu alte cuvinte, în 2000, HSC se afla într-o situație de *vid juridic*.

14. Ignorând situația de fapt existentă pe teren, majoritatea scuză statul pârât invocând două argumente: aceasta afirmă că abordarea adoptată de HSC cu privire la absența gardurilor și a zidurilor de jur împrejurul său era conformă cu dispozițiile Legii sănătății mintale, în vigoare la momentul faptelor, și, în opinia sa, cu standardele internaționale. Această afirmație este pur și simplu inexactă. Astfel cum am demonstrat mai sus, standardele internaționale definite de autoritatea competentă, CPT, nu au fost respectate în mod corespunzător până în 2011, și chiar și atunci doar parțial. Astfel, se poate afirma că respectivul „cadru de reglementare prevedea clar mijloacele terapeutice necesare pentru ca HSC să poată răspunde nevoilor medicale și psihiatrice ale lui A.J.”²⁰ doar în cazul unei interpretări eronate a semnificației mesajului transmis de CPT în repetate rânduri Portugaliei. În plus, argumentul potrivit căruia Legea sănătății mintale prevedea posibilitatea internării nevoluntare și, prin urmare, acoperea eventualele nevoi medicale și psihiatrice ale lui A.J. nu oferă un răspuns la teza reclamantei. Aceasta nu a susținut niciodată că fiul ei ar fi trebuit să fie închis. Mai degrabă a afirmat că acesta nu avea nevoie de o formă strictă de supraveghere, ci de un regim specific și individual de îngrijire, însoțit de măsuri de contenționare, care să ofere suficiente garanții pentru nevoile sale medicale și în materie de siguranță²¹.

15. În ceea ce privește problema esențială a absenței totale, în 2000, a unor orientări privind utilizarea măsurilor de contenționare aplicabile pacienților cu boli psihice internați voluntar, a cărei importanță a fost minimizată în mod discret de Guvern până în momentul în care aceasta a fost ridicată în mod explicit în cadrul ședinței în fața Marii Camere, răspunsul majorității este surprinzător: aceasta consideră că nu există nicio „deficiență” de natură să determine o încălcare a art. 2, întrucât, în opinia sa, această insuficiență este relevantă doar în scopul aprecierii calității legii în raport cu art. 5 din Convenție. Potrivit acestui punct de vedere, absența unei politici scrise cu privire la utilizarea măsurilor de contenționare ar putea determina încălcarea art. 5, dar nu permite constatarea unei încălcări a art. 2, chiar și în cazul în care lipsa unei reglementări precise și previzibile privind utilizarea măsurilor de contenționare pune în pericol viața persoanelor cu boli psihice internate, aflate în grija statului. Acest argument conduce la concluzia illogică potrivit căreia dreptul cel mai important (garantat de art. 2) merită mai puțină protecție decât dreptul mai puțin important (consacrat la art. 5).

16. Cu toate acestea, cea mai surprinzătoare parte a hotărârii urmează în continuare. La punctul 120, așa-numita „procedură de supraveghere în vigoare” este, de fapt, o creație *ab ovo* a majorității. Nu existau norme care să reglementeze o astfel de „procedură de supraveghere”. În plus, nu exista o astfel de „procedură de supraveghere”, să nu mai vorbim despre un „regim mai restrictiv” sau despre o procedură pentru „situații de urgență”, pentru simplul motiv că fiecare decizie era luată *ad hoc* de către cadrele medicale și asistenții medicali, astfel cum a confirmat CPT în cadrul vizitei sale recente la fața locului, în 2012²². Punctul 120 din hotărâre, precum și elementele care îl susțin, prezentate în partea consacrată faptelor cauzei (punctul 54), constituie o descriere inventivă a unei realități virtuale. De asemenea, este exagerat să se afirme, astfel cum face majoritatea la punctul 49 din hotărâre, că ghidul pacientului „specifica normele care reglementau spitalizarea acestuia”. În realitate, documentul conține doar „informații utile pentru ca pacienții să se simtă bine în acest spital” (*informações úteis para que se sinta bem neste Hospital*), și anume o serie de informații practice pentru pacienți, fără caracter normativ²³.

20. Punctul 117 din hotărâre.

21. Punctul 88 din hotărâre.

22. A se vedea punctul 112 de mai sus din raportul CPT din 2012.

23. Citat chiar din document, care figurează la pagina 35 din observațiile Guvernului în fața Marii Camere.

Deși majoritatea are, desigur, dreptul de a avea propria opinie cu privire la fapte, aceasta nu poate invoca „propriile fapte”.

17. Este adevărat că, în dosar, personalul medical și Guvernul fac referire la un „regim deschis” și la un „regim închis”, însă obligația statului de a aplica unul din aceste regimuri nu era prevăzută nicăieri în legislație sau în reglementările administrative. Cea mai bună dovadă a caracterului neclar al situației este modul contradictoriu în care Guvernul însuși face referire la „regimul închis” (*regime fechado*). Guvernul a afirmat mai întâi că regimul închis i-ar fi putut fi aplicat lui A.J., dar nu i s-a aplicat deoarece nu era „adekvat”²⁴. În continuare, acesta a susținut că regimul închis se aplica numai pacienților internați nevoluntar²⁵, dar a recunoscut de asemenea că, în aprilie 2000, A.J., care a fost de acord cu internarea sa, „a fost ținut închis în pavilionul în care era spitalizat, îmbrăcat în pijama și halat” (*confinado ao respetivo pavilhao, permanecendo vestido com pijama e roupao*) și că i s-ar fi permis să iasă din pavilion în cursul celei de-a doua și celei de-a treia săptămâni a lunii aprilie 2000²⁶.

18. Intenția *a priori* a majorității este clară și a fost consfințită la punctul 122 din hotărâre: acționând asemenea unei instanțe de prim grad de jurisdicție, majoritatea consideră că nu există nicio legătură de cauzalitate între „orice pretinsă deficiență a procedurii de urgență și decesul lui A.J.”, chiar înainte de a aborda problema examinării *in concreto* a existenței unui risc „real și imediat”²⁷ la adresa vieții fiului reclamantei și a necesității adoptării unor măsuri operaționale preventive adecvate. Hotărârea ar fi putut să se încheie aici. Însă majoritatea a obligat-o pe reclamantă să treacă prin suferința de a citi, în cadrul analizei celei de-a doua părți a aspectului material, în partea „În drept” a hotărârii (punctele 124-132), că prima tentativă nereușită de sinucidere a fiului ei și episodul său acut de intoxicație cu alcool din ziua anterioară celei de-a doua tentative de sinucidere – dusă până la capăt, de această dată – nu erau suficient de grave pentru a merita întreaga atenție a statului portughez și că, în consecință, majoritatea putea să se spele pe mâini de această cauză.

Cu privire la obligația de a lua măsuri preventive de ordin practic

19. Majoritatea propune examinarea obligației pozitive de a lua măsuri preventive de ordin practic în lumina criteriului definit în hotărârea în cauza *Osman*²⁸. Conform acestui criteriu, trebuie să se țină seama de situația de extremă vulnerabilitatea a victimei²⁹. Criteriul *Osman* a fost aplicat pentru prima dată unui caz de sinucidere în cauza *Keenan împotriva Regatului Unit*³⁰. Într-o cauză ulterioară, în care a fost formulată o pretenție întemeiată privind încălcarea art. 2, în contextul sinuciderii unui pacient internat voluntar într-o instituție de psihiatrie, Curtea a constatat încălcarea art.13 coroborat cu art. 2, având în vedere lipsa unei căi de atac civile pentru a se stabili răspunderea și a se obține repararea prejudiciului suferit³¹. Prezenta speță este prima cauză în care Curtea a stabilit că statul are o obligație pozitivă în temeiul art. 2 de a lua

24. Punctul 104 din observațiile Guvernului în fața Camerei.

25. Punctul 130 din observațiile Guvernului în fața Marii Camere.

26. Punctele 21 și 85 din observațiile Guvernului în fața Marii Camere.

27. Punctul 131 din hotărâre.

28. *Osman împotriva Regatului Unit*, 28 octombrie 1998, *Culegere de hotărâri și decizii* 1998-VIII. M-am exprimat în favoarea unei reforme a criteriului *Osman* (*Valiulien împotriva Lituaniei*, nr. 33234/07, 26 martie 2013, și *Lopes de Sousa Fernandes*, citată anterior, pct. 63). În speță, nu voi dezbate acest aspect în scopul simplificării.

29. *Van Colle împotriva Regatului Unit*, nr. 7678/09, pct. 91, 13 noiembrie 2012.

30. *Keenan împotriva Regatului Unit*, nr. 27229/95, CEDO 2001-III.

31. *Reynolds împotriva Regatului Unit*, nr. 2694/08, 13 martie 2012.

măsurile de ordin practic cu privire la persoanele cu boli psihice care sunt internate voluntar și care sunt expuse riscului de a se sinucide.

20. Majoritatea nu numai că afirmă că această obligație pozitivă există, ci o și explicitează în cazul unei internări nevoluntare, indicând că, în ceea ce privește obligația de a lua măsuri rezonabile pentru a împiedica o persoană să se sinucidă³², Curtea „poate să aplice un criteriu mai strict”. Bineînțeles că acest lucru implică, dimpotrivă, adoptarea de către Curte a unei abordări de tip neintervenționist (*hands-off*) în cazul pacienților internați voluntar, aflați în pericol. Nu văd niciun motiv care poate justifica această diferență de tratament, iar majoritatea nici măcar nu face efortul de a furniza unul. Marea Cameră ar fi trebuit să o justifice, chiar și numai pentru că aceasta contrazice decizia unanimă a Camerei. Aceasta a adoptat opinia contrară, și anume că pacienții internați voluntar și nevoluntar ar trebui să fie tratați în același mod.

„indiferent dacă este vorba despre o internare voluntară sau nevoluntară, și în măsura în care un pacient internat cu consimțământul său (voluntar) se află în grija și sub supravegherea spitalului, obligațiile statului trebuie să fie aceleași. O afirmație contrară ar echivala cu privarea pacienților internați voluntar de protecția art. 2 din Convenție”.³³

21. Argumentul potrivit căruia există tendința de a trata persoanele cu tulburări psihice în cadrul unui regim „deschis” nu este decisiv³⁴. În primul rând, acesta reflectă doar un punct de vedere asupra acestei chestiuni, întrucât există, de asemenea, o tendință contrară în favoarea consolidării obligațiilor statului de prevenire a sinuciderilor, și de care majoritatea face abstracție complet, astfel cum voi demonstra în continuare³⁵. Esența problemei actuale constă

32. Punctul 124 din hotărâre.

33. *Fernandes de Oliveira împotriva Portugaliei*, nr. 78103/14, pct. 73, 28 martie 2017. Gradul de respect față de această decizie reiese, de asemenea, din faptul că majoritatea nici măcar nu o menționează în fragmentul în care abordează acest aspect, la punctul 124 din prezenta hotărâre.

34. A se vedea literatura de specialitate referitoare la noile teorii privind sănătatea mintală, Davidson, „*An international comparison of legal frameworks for supported and substitute decision-making in mental health services*” (Analiza comparativă a cadrelor juridice internaționale pentru tutelă și decizia asistată în cadrul serviciilor de îngrijiri de sănătate mintală) (2016) 44 *International Journal of Law and Psychiatry* (Jurnalul Internațional de Drept și Psihiatrie), 30-40; Richardson, „*Mental Disabilities and the Law: From Substitute to Supported Decision Making?*” [Deficiențele mintale și legea: de la decizia substituită la decizia asistată?] (2012) *Current Legal Problems* (Probleme juridice actuale), 1-22; Richardson, „*Mental Capacity at the Margin: The Interface between Two Acts*” (Delimitarea capacității mintale: interfața dintre două acte) (2010) 18 *Medical Law Review* (Revista de drept medical) 56-77; Donnelly, „*Healthcare Decision-Making and the Law*” (Procesul decizional în materie de îngrijire a sănătății și legea). Cambridge: Cambridge University Press, 2010; McSherry și Weller (eds), „*Rethinking Rights-Based Mental Health Laws*” (Regândirea legilor privind sănătatea mintală bazate pe drepturile omului), Oxford: Hart Publishing, 2010; Nuffield Council on Bioethics (Consiliul Nuffield pentru bioetică), „*Dementia: Ethical Issues*” (Demența: aspecte etice), Londra: Nuffield Council on Bioethics, 2009; Maclean, „*Autonomy, Informed Consent și Medical Law: A Relational Challenge*” (Autonomia, consimțământul informat și dreptul medical: o provocare relațională), Cambridge: Cambridge University Press, 2008; Fistein, et al., „*A Comparison of Mental Health Legislation from Diverse Commonwealth Jurisdictions*” (Analiza comparativă a legislației din domeniul sănătății mintale din diverse jurisdicții ale Commonwealth-ului) (2000) 32 *International Journal of Law and Psychiatry*, 147-155; și Mackenzie și Stoljar (eds), „*Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency and the Social Self*” (Autonomia Relațională: perspective feministe privind autonomia, capacitatea de a acționa autonom și sinele social), New York: Oxford University Press, 2000;

35. Standardele la care fac referire au fost definite în următoarele documente: „*Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm*”, Organisation mondiale de la santé, Genève, 2016 (Manual de practici pentru instituirea și menținerea unor sisteme de supraveghere a persoanelor cu tentative de sinucidere și autovătămare, Organizația Mondială a Sănătății, Geneva, 2016); „*Prévention du suicide: l'état d'urgence mondial*” (Prevenirea suicidului: stare de urgență mondială), Organisation mondiale de la santé, Genève, 2014; „*Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*” (Plan de acțiune pentru sănătatea mintală 2013-2020), Organisation mondiale de la santé, Genève, 2013; „*La prévention du suicide, indications pour les médecins*

tocmai în relația dintre aceste două tendințe divergente din dreptul și practica internațională în domeniul sănătății, pe care majoritatea nici măcar nu încearcă să o ia în considerare.

Mai mult, astfel cum a afirmat doamna judecător Antoanella Motoc, în opinia separată a acesteia în cauza *Hiller*, „obligatia de a proteja dreptul la viață nu trebuie sacrificată în încercarea de a ne conforma recente tendințe în materie de sănătate, menționată anterior”³⁶. Dreptul la viață prevalează asupra dreptului la libertate, în special în cazul în care starea psihopatologică a persoanei în cauză îi limitează capacitatea de autodeterminare. Este de-a dreptul ipocrit să se susțină că statul ar trebui să le ofere pacienților suicidari vulnerabili, internați în spitale publice de psihiatrie, libertatea de a-și pune pur și simplu capăt zilelor pentru a le respecta dreptul la libertate. La urma urmei, majoritatea nu este motivată de interesul de a stabili dacă este necesar să se acorde mai multă sau mai puțină libertate pacienților cu boli psihice internați în spitalele publice, ci de interesul strict financiar de a proteja persoanele responsabile din cadrul acestor instituții împotriva acțiunilor în justiție prin care sunt contestate „măsurile excesiv de restrictive”³⁷, „țin[ând] seama de alegerile operaționale care trebuie făcute în ceea ce privește prioritățile și resursele în cadrul furnizării de servicii publice de sănătate și alte servicii publice”³⁸. În cele din urmă, acest lucru reflectă politica ascunsă a statului de neimplicare și neasumare a răspunderii în domeniul protecției sociale, care vizează obținerea unui profit cât mai mare de pe urma serviciilor de sănătate și, mai presus de toate, protejarea cadrelor medicale prin ridicarea unui zid legal inviolabil în jurul lor, eliminând astfel răspunderea statului în temeiul Convenției în cazul unui deces sau al unor vătămări grave survenite în cadrul sistemului de sănătate sau în mediul spitalicesc, limitând astfel competența Curții în acest domeniu. Cu alte cuvinte, prezenta hotărâre este în deplină concordanță cu doctrina exprimată în hotărârea în cauza *Lopes de Sousa Fernandes*³⁹.

22. Așa cum admite și majoritatea, A.J. era o persoană deosebit de vulnerabilă⁴⁰. Mai mulți factori indicatori ai vulnerabilității sale extreme consolidau în mod evident caracterul iminent și previzibil al sinuciderii, de exemplu, în primul rând, faptul că A.J. încercase recent să își ia zilele. Încă de la 1 septembrie 1999 exista o notă în „dosarul medical” al acestuia⁴¹, în care se preciza că exista „probabilitatea [ca acesta] să atenteze la integritatea lui fizică și psihică, din cauza privării de alcool”. Astfel cum a considerat, în avizul său, Procurorul general adjunct al Parchetului de pe lângă Curtea Supremă, „era suficient să se consulte dosarul medical, care

généralistes” (Prevenția suicidului: indicații pentru medicii generaliști), Organisation mondiale de la santé, 2000 (conține indicații detaliate privind îngrijirea pacienților); „*La prévention du suicide, indications pour professions de santé primaires*” (Prevenția suicidului: indicații pentru furnizorii de servicii de îngrijire medicală primară), Organisation mondiale de la santé, 2000 (în care sunt prezentate detalii cu privire la modul de abordare a persoanelor cu tendințe suicidare); „*Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders*” (Prevenția primară a tulburărilor mintale, neurologice și psihosociale), capitolul 4, consacrat suicidului, Organisation mondiale de la santé, 1998; și „*Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies*” (Prevenția suicidului: orientări pentru formularea și implementarea de strategii naționale), Organisation des Nations unies (Organizația Națiunilor Unite), New York, 1996.

36. Opinia separată a doamnei judecător Iulia Antoanella Motoc în cauza *Hiller împotriva Austriei*, nr. 1967/14, 22 noiembrie 2016.

37. Punctul 121 din hotărâre.

38. Punctul 125 din hotărâre.

39. A se vedea opinia mea separată în cauza *Lopes de Sousa Fernandes*, citată anterior, pct. 64, 73 și 74.

40. Punctul 124 din hotărâre; a se vedea, de asemenea, *Renolde împotriva Franței*, nr. 5608/05, pct. 84, CEDO 2008 (extrase), în care Curtea apreciază că persoanele care suferă de boli psihice sunt deosebit de vulnerabile.

41. Este total exagerat să se califice drept „dosar medical” grămada de documente neorganizate, incomplete, neclare și uneori ilizibile, pe care Guvernul le-a pus la dispoziția Curții, însă voi folosi această expresie /din motive de claritate. Starea haotică a „dosarului” reflectă foarte bine calitatea îngrijirilor acordate lui A.J.

menționa tentativele de sinucidere, una din ele având loc cu 25 de zile în urmă”. Prin urmare, repetarea unui asemenea gest era previzibilă.”⁴²

La 1 aprilie 2000, A.J. a avut o tentativă de sinucidere⁴³. Următoarea mențiune a fost introdusă în dosarul său medical, în ziua respectivă, ulterior acestei tentative: „are sentimentul că viața sa nu mai merită trăită, se simte marginalizat și neputincios în atingerea oricărui obiectiv în viață și, prin urmare, preferă să moară, dorință pe care a încercat să o concretizeze”⁴⁴. El a precizat clar faptul că „preferă să moară”, deoarece se simte „marginalizat și neputincios” (*marginalizado e sem poder*). Într-adevăr, A.J. a exprimat, de mai multe ori, un sentiment profund de disperare, în special după ce nu a mai avut posibilitatea de a se angaja ca șofer de vehicule grele, ceea ce a condus la tentativa de sinucidere⁴⁵.

În cauza *Renolde împotriva Franței*, intervalul dintre cele două tentative de sinucidere – prima nereușită și cea de-a doua concretizată – a fost de 18 zile⁴⁶. În cazul lui A.J., acest interval a fost de 26 de zile, cu un episod grav de automutilare între timp, cu două zile înainte de sinucidere. Având în vedere raționamentul din hotărârea pronunțată în cauza *Renolde*, potrivit căruia exista un risc real și că obligația pozitivă de a lua preventiv măsuri de ordin practic se impunea indiferent de „caracterul variabil al stării lui Joselito Renolde sau de caracterul mai mult sau mai puțin imediat al riscului unei noi tentative de sinucidere”⁴⁷, mă întreb de ce acesta nu s-a aplicat și în ceea ce privește riscul la care era expus A.J.

23. În al doilea rând, A.J. era schizofrenic și suferea de o „depresie severă”⁴⁸, fapt stabilit de către instanțele interne. Acest diagnostic de schizofrenie a fost formulat pentru prima oară la 6 septembrie 1999, cu mult înainte de prima lui tentativă de sinucidere⁴⁹. În cauza *De Donder*

42. Punctul 43 din hotărâre.

43. Potrivit OMS, [traducerea grefei] „se estimează că, pentru fiecare caz de sinucidere, este probabil să existe mai mult de 20 de tentative. Existența uneia sau a mai multor tentative de sinucidere sau a unor acte de automutilare este principalul factor de predicție a decesului prin sinucidere. [...] Cunoștințele pe care le deținem cu privire la astfel de cazuri sunt deseori comparate cu un iceberg, din care putem vedea numai vârful (cazurile de sinucidere, de tentative de sinucidere și de automutilare care există în spitale și cazurile de tentative de sinucidere și de automutilare care survin în cadrul serviciilor de îngrijire medicală primară), în timp ce majoritatea tentativelor de sinucidere rămân „ascunse” dincolo de suprafață și nu ajung la cunoștința serviciilor medicale (*Manual de practici pentru instituirea și menținerea unor sisteme de supraveghere a persoanelor cu tentative de sinucidere și autovătămare*, Geneva: Organizația Mondială a Sănătății, 2016, p. 6).

44. A se vedea nota din 1 aprilie 2000 din dosarul medical.

45. Potrivit OMS, „factorii individuali de risc” sunt: „antecedentele de tentative de sinucidere, tulburările psihice, consumul nociv de alcool, pierderea locului de muncă sau un prejudiciu financiar, deznădejdea, durerea cronică, antecedentele familiale de suicid, factorii genetici și biologici [...] Deznădejdea, ca aspect cognitiv al funcționării psihologice, este folosită adesea ca indicator al existenței unui risc de sinucidere atunci când aceasta este asociată cu tulburări psihice sau cu antecedente de tentative de sinucidere (113). Principalele trei aspecte ale deznădejdii privesc sentimentele unei persoane față de viitor, pierderea motivației și așteptările acesteia. Sentimentul de deznădejde este adesea identificat ca urmare a prezenței unor gânduri cum ar fi „lucrurile nu vor merge niciodată mai bine” și „situația mea nu se îmbunătățește”, aceasta fiind însoțită, în cele mai multe cazuri, de depresie (114).” Prevenirea suicidului: stare de urgență mondială. Geneva: Organizația Mondială a Sănătății, 2014, p. 31 și 40).

46. *Renolde*, citată anterior, pct. 86.

47. *Renolde*, citată anterior, pct. 89: „Acest risc era real și [...] Joselito Renolde avea nevoie de o supraveghere atentă pentru a evita o deteriorare bruscă a stării sale”. A se vedea, de asemenea, *Keenan*, citată anterior, pct. 96. „Totuși, acest risc era mai mult sau mai puțin imediat. În anumite perioade, Mark Keenan avea un comportament aparent normal sau, cel puțin, era în măsură să facă față stresului cauzat de situația sa. Nu se poate concluziona că acesta a fost expus unui risc imediat pe întreaga perioadă a detenției sale. Totuși, întrucât starea lui era variabilă, avea nevoie de o supraveghere atentă pentru a evita o deteriorare bruscă a stării sale.

48. Nu era vorba doar despre o „depresie”, conform versiunii „edulcorate” de la punctul 127 din hotărâre, ci despre o „depresie severă”. A se vedea raportul de expertiză întocmit în cadrul procedurii în fața tribunalului administrativ, citat la punctul 33 din hotărâre.

49. A se vedea raportul de expertiză întocmit în cadrul procedurii interne în fața tribunalului administrativ, citat la punctul 33 din hotărâre. Potrivit OMS, „la persoanele cu tulburări psihice s-a constatat o rată a incapacității și o

și *De Clippel împotriva Belgiei*⁵⁰, Curtea a considerat că schizofrenia paranoidă era asociată cu un risc ridicat și previzibil de sinucidere. În această cauză, Curtea a constatat încălcarea art. 2 în ciuda faptului că nu a existat nicio tentativă anterioară de sinucidere, considerând că „[î]n mod cert, caracterul imediat al unui astfel de risc era dificil de perceput, dar aplicarea acestui criteriu [...] nu poate fi obligatorie în cazurile de suicid”⁵¹. Din nou, nu înțeleg de ce criteriul caracterului imediat al riscului nu a fost decisiv în cauza împotriva Belgiei, dar a fost respectat cu strictețe în prezenta cauză împotriva Portugaliei⁵², în care pacientul a prezentat în mod cumulat cei doi factori de risc ridicat reținuți în cauzele *Renolde* și *De Donder* și *De Clippel*.

Elementele menționate anterior sunt suficiente pentru a formula întrebarea legitimă dacă nu cumva Curtea face distincție între pacienții de mână întâi și cei de mână a doua, în măsura în care nimic nu permite justificarea acestei diferențe de tratament între A.J. și pacienții din Belgia și din Franța. Evident că această întrebare nu este retorică, ea fiind cu atât mai necesară în lumina următoarelor argumente, potrivit cărora A. J. a suferit un prejudiciu care nu a fost reparat niciodată.

24. În al treilea rând, instanțele interne au concluzionat că sinuciderea nu era previzibilă, întrucât boala lui A.J. nu a fost niciodată diagnosticată în mod corespunzător. Cu alte cuvinte, faptul că statul nu a stabilit în timp util un diagnostic adecvat servește drept scuză pentru faptul că acesta nu a prevăzut riscul de suicid. Acesta este exact tipul de raționament circular în cadrul căruia statul folosește propria omisiune eronată pentru a fi exonerat de răspunderea pentru prejudiciul cauzat. Justificarea uluitoare a psihiatrului lui A.J. (doctorul A.A.) a fost că nu monitorizase acest pacient suficient timp pentru a fi în măsură să stabilească un diagnostic mai precis cu privire la starea lui psihică⁵³, deși fusese psihiatrul acestuia începând din luna decembrie 1999, și anume cu patru luni înainte de sinucidere. Cel mai dureros este că statul a pus exact acest diagnostic, dar abia după decesul lui A.J.⁵⁴ Diagnosticul potrivit căruia A.J. suferea de o tulburare de personalitate borderline a fost pus abia după ce acesta s-a sinucis!⁵⁵ Potrivit expertului medical desemnat de instanță, „A.J. era un individ certăreț și foarte iritabil [...] agresiv față de membrii familiei (mama și sora lui), care se enerva fără motiv, chiar și atunci când nu se afla sub influența alcoolului [...] Uneori, îndreaptă această agresivitate împotriva lui însuși – în dosarul său medical sunt menționate tentative repetate de sinucidere [...]”⁵⁶.

25. În al patrulea rând, A.J. avea numeroase antecedente de alcoolism și abuz de medicamente. Acesta s-a sinucis la 27 aprilie 2000. La 25 aprilie 2000, cu două zile înainte de sinucidere, acesta a avut un „episod [tipic] de autovătămare deliberată”, manifestat printr-o intoxicație cu alcool⁵⁷. Ulterior, niciunul dintre medici nu a evaluat consecințele acestui incident

rată a mortalității mai ridicate decât media. De exemplu, persoanele care suferă de depresie severă și schizofrenie prezintă un risc cu 40-60% mai mare decât populația generală de a muri prematur din cauza unor probleme de sănătate fizică, adesea netratate (cancer, boli cardiovasculare, diabet, HIV), și de sinucidere (Plan de acțiune pentru sănătatea mintală 2013-2020). Geneva: Organizația Mondială a Sănătății, 2013, punctul 11).

50. *De Donder și de Clippel împotriva Belgiei*, nr. 8595/06, 6 decembrie 2011.

51. *Ibidem*, pct. 76.

52. Majoritatea nu precizează nici intervalul de timp luat în considerare pentru evaluarea riscului: este vorba oare despre „ultimele zile ale vieții sale” (punctul 128), „zilele anterioare” (*ibidem*), sau „zilele imediat anterioare sinuciderii sale” (punctul 129)? Care este intervalul de timp exact relevant pentru această examinare?

53. A se vedea mărturia medicului A.A., depusă la dosar.

54. Punctul 33 din hotărâre.

55. Punctele 11 și 40 din hotărâre.

56. A se vedea raportul din 27 septembrie 2006 prezentat de expertul medical în fața tribunalului, anexat la dosar.

57. Potrivit OMS, „[traducerea grefei] pe baza acestei definiții, criteriile de includere sunt următoarele (adică următoarele cazuri sunt considerate drept acte intenționate de automutilare și tentative de sinucidere): toate metodele de automutilare intenționată (conform codificării ICD-10, tabelul 3.1) (de exemplu: abuzul de alcool, abuzul de stupefiante, ingestia de pesticide, lăcerările, tentativa de sinucidere prin înec și cea prin spânzurare,

din perspectiva necesității de a spori supravegherea lui A.J. Acesta a fost lăsat să persiste în starea lui de disperare, abandonat propriei „agresivități”, pe care, „uneori, [o] îndre[pta] împotriva lui însuși”, pentru a folosi cuvintele expertului desemnat de instanță.

26. În al cincilea rând, A.J. era un bărbat tânăr și, potrivit OMS, „sinuciderea este a doua cauză de deces în rândul tinerilor la nivel mondial [...]. În plus, tinerii și persoanele în vârstă fac parte din grupele de vârstă cele mai predispuse la ideea suicidare și acte autodistructive⁵⁸”.

27. În cele din urmă și, mai presus de toate, HSC însăși a evaluat riscul la care era expus A.J. ca fiind de nivel „GD 3”, și anume „gradul de dependență 3” (*Grau de Dependência 3*)⁵⁹. Gradul de dependență 3 „corespunde pacienților care necesită asistență totală sau intensivă în fazele acute sau în situațiile de urgență⁶⁰”. Gradul de dependență 1 „corespunde pacientului autonom”. Gradul de dependență 2 „corespunde pacientului care necesită asistență parțială”. Dosarul medical nu menționează gradul de dependență al pacientului corespunzător perioadei cuprinse între 25 aprilie 2000 și data sinuciderii, ceea ce înseamnă că HSC nu a evaluat riscul existent o perioadă de cel puțin două zile înainte de sinuciderea lui A.J.⁶¹.

vătămarea prin folosirea unei arme de foc) în cazul în care este evident că actul de automutilare este intenționat” (*Manual de practici pentru instituirea și menținerea unor sisteme de supraveghere a persoanelor cu tentative de sinucidere și autovătămare*, Geneva, Organizația Mondială a Sănătății, 2016, p. 33); a se vedea, de asemenea, „*Mental Health Gap Action Programme, Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders*” (Programul de acțiune Eliminarea lacunelor din sistemul de îngrijiri de sănătate mintală (mhGAP): extinderea accesului la îngrijiri destinate combaterii tulburărilor mintale, neurologice și legate de utilizarea substanțelor psihoactive”, Geneva: Organizația Mondială a Sănătății, 2008, p. 31: „Suicidul reprezintă cea de-a treia cauză de deces din lume în rândul persoanelor cu vârste cuprinse între 15 și 34 de ani și cea de-a 13-a cauză de deces pentru toate grupele de vârstă combinate. În fiecare an, se sinucid aproximativ 875 000 de persoane. Ratele ridicate de sinucidere sunt asociate cu tulburări psihice, cum ar fi depresia și schizofrenia [...] și dependența de alcool și droguri”. A se vedea și *National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness (NCISH), Safer Care for Patients with Personality Disorder* [Ancheta națională confidențială privind actele de sinucidere și omucidere săvârșite de persoane cu boli psihice (NCISH), Servicii mai sigure de îngrijire a pacienților cu tulburări de personalitate], Manchester: Universitatea din Manchester, 2018: [traducerea grefei] „majoritatea pacienților care și-au pus capăt zilelor aveau antecedente de autovătămare (146, 95%). Ultimul episod de automutilare a precedat momentul decesului cu o săptămână sau mai puțin în 20 de cazuri (16%) și cu trei luni sau mai puțin în 81 de cazuri (70%). Incidentele repetate de automutilare au fost frecvente în anul care a precedat sinuciderea (77,66%). În majoritatea cazurilor, factorii declanșatori erau cunoscuți de către servicii (106, 98%). Aceștia erau: intoxicația cu alcool, [...]. În cursul ultimei perioade de îngrijire, s-a efectuat o evaluare a riscului de sinucidere, de automutilare sau de violență în 121 de cazuri (88%), a fost formulat riscul în 91 de cazuri (71%) și s-a elaborat un plan de gestionare a riscului în 85 de cazuri (69%).”

58. Planul de acțiune pentru sănătatea mintală 2013-2020, Organizația Mondială a Sănătății, Geneva, 2013, punctele 11 și 75. A se vedea și Prevenirea suicidului: stare de urgență mondială, Organizația Mondială a Sănătății, Geneva, 2014, p. 11: „Tinerii sunt printre cei mai afectați, iar sinuciderea este, în prezent, a doua cauză de deces în rândul persoanelor cu vârsta între 15 și 29 de ani la nivel mondial”.

În conformitate cu documentul *Guidelines for Suicide Prevention* (Orientări pentru prevenirea suicidului), publicat de *International Association for Suicide Prevention (IASP)* (Asociația internațională pentru prevenirea suicidului): [traducerea grefei] „există, de asemenea, anumite grupuri de persoane expuse în mod deosebit riscului de apariție a comportamentului suicidar. Acest lucru este valabil în special în cazul persoanelor cu antecedente de tentative de sinucidere, al persoanelor dependente de alcool și alte substanțe, al bărbaților tineri [...] Numeroase studii arată că persoanele care au avut deja o tentativă de sinucidere sunt mult mai susceptibile decât alte grupuri să își pună capăt zilelor în viitor. [...] (...) S-a recunoscut de multă vreme că dependența de alcool și alte substanțe este asociată cu un risc suicidar.”

59. Punctul 13 din hotărâre.

60. A se vedea, de exemplu, notele din 11 ianuarie 1993 și 2 februarie 1993, aflate la dosar. Deși era conștient de acest lucru (a se vedea punctul 13 din hotărâre), majoritatea nu a ținut seama de această informație în cadrul aprecierii sale a faptului că „A.J. suferea de mult timp de tulburări psihice” (punctul 130 din hotărâre).

61. Majoritatea admite că nu există nicio mențiune referitoare la evaluarea riscului în cursul „ultimei” șederi a lui A.J. din 2000 (punctul 13 din hotărâre).

Măsurile instituite pentru prevenirea sinuciderii pacienților internați cu consimțământul lor (voluntar) într-un spital de psihiatrie

28. Având în vedere cele de mai sus, A.J. prezenta un risc previzibil și iminent de sinucidere, cunoscut de HSC și celelalte autorități ale spitalului. Dar, chiar dacă nu ar fi fost cunoscut acest risc, totuși era de așteptat să fi fost luate unele măsuri elementare de precauție. Majoritatea nu abordează această chestiune, deși jurisprudența impune statului o astfel de sarcină cu scopul de a reduce la minimum orice potențial risc de tentativă de comportament autoagresiv sau de sinucidere, chiar și atunci când nu s-a stabilit că statul știa sau ar fi trebuit să știe că există un astfel de risc⁶².

Deși majoritatea apreciază că nu este necesar să urmeze acest raționament⁶³, consider că am obligația deontologică de a face acest lucru, atât în numele coerenței jurisprudenței, cât și al exhaustivității analizei juridice a cauzei. Prin urmare, este necesar să se răspundă la întrebarea dacă măsurile operaționale instituite erau suficiente, iar răspunsul este fără îndoială nu, absolut deloc, pentru cele șapte motive pe care le voi expune în continuare.

29. În primul rând, nu exista – și nu există nici în prezent – niciun cadru de reglementare adecvat referitor la obligația care incumbă statului de a proteja viața pacienților cu boli psihice care fac obiectul unui tratament voluntar în spitalele publice din Portugalia. Nu i se impune nicio limită legală medicului care trebuie să hotărască dacă să supună sau nu un pacient cu tulburări psihice unui regim deschis sau închis ori dacă să îl plaseze sau nu într-o cameră de izolare. Or, valoarea adăugată a acestei cauze ar fi trebuit să fie tocmai aceea de a determina statul să elimine această lacună și să le furnizeze medicilor o bază legală pentru activitatea lor.

30. În al doilea rând, nu existau și încă nu există mijloace administrative adecvate care să permită consolidarea supravegherii pacienților spitalizați care sunt expuși riscului de sinucidere. Definirea modalităților de supraveghere ține de marja de apreciere a statului, dar, în acest scop, statul ar trebui să țină seama, printre altele, de standardele internaționale stabilite de OMS. În conformitate cu aceste standarde, este necesară o vigilență sporită în privința pacienților expuși unui risc de sinucidere, care poate fi asigurată, de exemplu, printr-un sistem de supraveghere video, purtarea consimțită de către persoana vizată a unui dispozitiv electronic sau prin orice alt mijloc permis de tehnologia informației⁶⁴. Supravegherea la distanță

62. *Eremiașovă și Pechová împotriva Republicii Cehe*, nr. 23944/04, pct. 110, 16 februarie 2012, reamintite în hotărârea în cauza *Keller împotriva Rusiei*, nr. 26824/04, pct. 88, 17 octombrie 2013.

63. Punctul 132 din hotărâre evită abordarea celui de-al doilea aspect al criteriului *Osman*, dar, în realitate, la punctele anterioare, majoritatea a recunoscut deja caracterul adecvat al măsurilor luate de autoritățile naționale (a se vedea, de exemplu, punctul 130 din hotărâre).

64. A se vedea *Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm (Manual de practici pentru instituirea și menținerea unor sisteme de supraveghere a persoanelor cu tentative de sinucidere și autovătămare)*, Geneva: Organizația Mondială a Sănătății, 2016, pagina 6: „Sporirea vigilenței și consolidarea monitorizării tentativelor de sinucidere și a comportamentului autoagresiv constituie elementele esențiale ale modelului de prevenire a suicidului în domeniul sănătății publice. [...] Cu toate acestea, intenția de a muri se poate dovedi mai dificil de stabilit (și, deci, de consemnat), întrucât, în unele cazuri, nici măcar persoana în cauză nu este sigură de intențiile sale. Din acest motiv, un sistem de supraveghere destinat spitalelor va reprezenta inevitabil cazuri de comportament autoagresiv intenționat, care corespunde unor niveluri variate de intenție suicidară și unor motive subiacente diverse, și nu doar unor tentative de suicid, caracterizate de un nivel ridicat de intenție suicidară.” Conform *Mental Health GAP Intervention Guide Version 2.0 for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings / Guide d'intervention mhGAP pour la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées - version 2.0 (Ghidul de intervenție din cadrul programului mhGAP pentru îngrijirea persoanelor cu tulburări psihice, neurologice și legate de utilizarea substanțelor psihoactive în cadrul structurilor nespecializate de îngrijire medicală - versiunea 2.0)*, Organizația mondială a sănătății, 2016, pagina 136: pentru toate cazurile de comportament autoagresiv grav din punct de vedere medical sau de risc iminent de

contribuie la identificarea eventualelor deficiențe în ceea ce privește îngrijirile acordate, având un efect disuasiv în această privință, și permite controlul calității îngrijirilor medicale. Creează un mediu primitor, în care oamenii au certitudinea că vor fi îngrijiți în mod corespunzător. Este posibil ca supravegherea la distanță să fie utilizată exclusiv în zonele comune ale instituțiilor și, dacă este necesar, aceasta poate fi introdusă în camere și în spațiile private frecventate de utilizatori. Această din urmă soluție necesită consimțământul utilizatorului. Spitalele utilizează echipamente de supraveghere vizibile, dar și ascunse. O supraveghere adecvată a pacienților permite o reacție promptă în cazul unei crize, care determină șansele lor de supraviețuire⁶⁵. Prin urmare, standardele OMS nu impun construirea de ziduri și, cu siguranță, nu impun instituirea unui regim cvasi-penitenciar pentru persoanele aflate în situația lui A.J.⁶⁶.

comportament autoagresiv/sinucidere, se recomandă ca „persoana în cauză să fie internată într-un centru medical, într-un mediu care să îi ofere siguranță și susținere, [și să] NU fie lăsată singură.”

65. În standardele CPT revizuite din martie 2017, CPT acceptă utilizarea supravegherii video ca măsură de contenționare în unitățile de psihiatrie pentru adulți, dar adaugă: „Evident că supravegherea video nu poate înlocui prezența continuă a personalului.” (CPT/Inf (2017)6). În plus, Comisia pentru calitatea serviciilor de îngrijire (*Care Quality Commission*) este autoritatea independentă din Anglia din domeniul sănătății: aceasta reglementează serviciile medicale din țară și elaborează, pentru prestatorii de servicii medicale și pentru public, recomandări cu privire la utilizarea supravegherii în medii precum centrele medicale și spitalele. A se vedea „*Using surveillance. Information for providers of health and social care on using surveillance to monitor services (Utilizarea supravegherii. Informații destinate prestatorilor de servicii de asistență medicală și socială privind utilizarea supravegherii cu scopul monitorizării serviciilor)*”, decembrie 2014 (actualizat cu noile reglementări în iunie 2015): „În anumite circumstanțe, sistemele de supraveghere ar putea fi utilizate în scopuri care intră sub incidența definiției „privării de libertate” – de exemplu, utilizarea unor sisteme de televiziune cu circuit închis sau a unor dispozitive de identificare prin radiofrecvență (RFID) pentru localizarea unei persoane, cu scopul împiedicării acesteia să iasă din clădirea instituției. În cazul în care scopul sau utilizarea identificate ale sistemului de supraveghere ar putea să determine restricționarea libertății sau privarea de libertate, este necesar să se acorde o atenție deosebită consultării persoanelor și luării în considerare a recomandărilor relevante. Acest imperativ se adaugă la considerațiile care se impun, de regulă, atunci când se recurge la supraveghere.”

66. În ceea ce privește prevenirea suicidului și măsurile de contenționare, inclusiv izolarea și supravegherea video a pacienților, a se vedea Dasic et al., „*Improving patient safety in hospitals through usage of cloud supported video surveillance*” (*Îmbunătățirea siguranței pacienților în spitale prin utilizarea supravegherii video bazate pe tehnologia tip cloud*) (2017) 5 (2), *Macedonian Journal of Medical Sciences* 101 (Revista macedoneană de științe medicale): „Există o preocupare tot mai mare pentru siguranța pacienților și îmbunătățirea acesteia este posibilă prin utilizarea unor sisteme sofisticate de supraveghere centralizată, care permit personalului să se concentreze mai mult pe tratamentul medical în loc să stea în așteptarea unui potențial incident”; Stolovy et al., „*Video surveillance in mental health facilities: is it ethical?*” (*Supravegherea video în structurile de psihiatrie: este oare etică?*) (2015) 17, *Israel Medical Association Journal*, 274-276: „Atât personalul, cât și pacienții au reacționat favorabil la supraveghere și, de la instalarea acestora, nu a fost formulată nicio plângere cu privire la utilizarea camerelor de luat vederi. În plus, supravegherea nu a provocat simptome paranoide, ci, dimpotrivă, pacienții percep supravegherea ca pe o formă de protecție [...]”; Carroll et al., „*Hospital management of self-harm patients and risk of repetition: systematic review and meta-analysis*” (*Managementul pacienților cu comportament de auto-vătămare și riscul repetării: revizuire sistematică și meta-analiză*) (2014), *Journal of Affective Disorders* (Jurnalul tulburărilor afective) 476-483; Richardson, „*Mental capacity in the shadow of suicide: What can the law do?*” (*Capacitatea mintală, în umbra suicidului: Ce poate face legea?*) (2013), 9 *International Journal of Law in Context*, 87-105; Frank, „*Videoüberwachung in der Psychiatrie - Pro, kontra, Video surveillance in psychiatric hospitals-pro & contra*” (2013), 40 *Psychiatrische Praxis*, 117-119: „numeroase argumente militează împotriva interzicerii (supravegherii la distanță în spitalele de psihiatrie) și există foarte puține argumente împotriva posibilității de a le utiliza”; Salzmann et al., „*Panoptic power and mental health nursing-space and surveillance in relation to staff, patients, and neutral spaces*” (*Puterea panoptică și spațiul de îngrijire a sănătății mintale și supravegherea în raport cu personalul, pacienții, și spațiile neutre*) (2012) 33(8); *Issues in Mental Health Nursing* (Aspecte ale îngrijirilor de sănătate mintală), 500-504: „majoritatea spațiilor din cadrul serviciilor de sănătate mintală servesc drept câmpuri de vizibilitate în cadrul cărora pacientul se află permanent sub supraveghere.”; Mullender, „*Involuntary Medical Treatment, Incapacity and Respect*” (*Tratamentul medical nevoluntar, incapacitate și respect*) (2011), 127 *Law Quarterly Review*, 167-171; David et al., „*Mentally Disordered or Lacking Capacity? Lessons for Management of Serious Deliberate Self Harm*” (*Tulburări psihice*

31. În cazul particular al spitalului Sobral Cid, persoanele care sunt internate pot intra și ieși fără a fi controlate. Același lucru este valabil și pentru persoanele din exterior, care pot să intre după bunul plac în perimetrul spitalului și chiar în pavilioane. În 2000, exista un singur gardian pentru întreaga clădire, postat la intrarea destinată vehiculelor. Nu exista niciun psiholog permanent și niciun serviciu de urgență permanent. În situații de urgență, medicul de gardă era contactat telefonic și hotăra de la distanță dacă pacientul trebuia să fie transportat la Spitalul Central din Coimbra. De-a lungul anilor, o serie de incidente grave, sau chiar fatale, au fost cauzate de pacienți care au reușit să iasă din incinta HSC⁶⁷.

32. A.J. a fost plasat în pavilionul 8, care includea o cameră de izolare. Pavilionul 8 găzduia persoane care fuseseră internate voluntar sau nevoluntar⁶⁸. La 25 aprilie 2000, după un episod de intoxicație cu alcool, A.J. a fost spitalizat în regim deschis, după cum reiese din nota potrivit căreia acesta „s-a plimbat în jurul pavilionului”⁶⁹.

33. În al treilea rând, gravitatea abuzului de alcool din 25 aprilie nu a fost evaluată de către un medic, deși A.J. avea „o stare de dezechilibru, se opunea internării, avea o coordonare funcțională deficitară și o stare de agitație”⁷⁰. Justificarea oferită pentru această omisiune de către medicul E.R. a fost că a „presupus că A.J. era în regulă întrucât asistenții medicali nu solicitaseră emiterea unui aviz medical cu privire la starea acestuia”, în urma incidentului din 25/26 aprilie⁷¹. În mod surprinzător, medicul de gardă nu s-a obosit să consulte un pacient suicidar, care tocmai trecuse printr-un episod grav de intoxicație cu alcool, deoarece asistenții medicali nu i-au solicitat să facă acest lucru, ca și când asistenții medicali ar fi trebuit să își asume răspunderea care îi revenea lui.

sau incapacitate? *Lecții de management al cazurilor grave de autovătămare intenționată*) (2010), *British Medical Journal* 341: c4489; Desai, „The new stars of CCTV: what is the purpose of monitoring patients in communal areas of psychiatric hospital wards, bedrooms and seclusion rooms?” (*Noile vedete ale sistemului de televiziune cu circuit închis: care este scopul monitorizării pacienților în spațiile comune ale secțiilor de psihiatrie, în dormitoare și în camerele de izolare?*) (2009), 6 *Diversity and Equality in Health Care* (*Diversitate și egalitate în domeniul asistenței medicale*, 45-53: „Utilizarea camerelor de televiziune cu circuit închis nu numai că a permis o mai bună identificare a factorilor de risc în cadrul îngrijirii pacienților unei secții, ci și realizarea de înregistrări video utile în scopul formării. Astfel, Chambers și Gillard (2005) au observat că păstrarea imaginilor video cu incidente oferă posibilitatea de a efectua o evaluare a posteriori care ar putea fi utilizată în scopuri de formare, în special în vederea identificării comportamentelor care au precedat episoade violente și a prevenirii suicidului. Personalul consideră că imaginile înregistrate oferă o relatare mai precisă și, deci, mai obiectivă, a incidentelor”; Appelbaum, „Commentary: the use of restraint and seclusion in correctional mental health” (*Comentariu: utilizarea conținționării și izolării în cadrul îngrijirilor de sănătate mintală acordate într-un mediu corecțional*) (2007), 35 (4) *Journal of the American Academy of Psychiatry Law*, 431-435; Kennedy, *Electronic surveillance in hospitals: A review* (*Supravegherea electronică în spitale: o revizuire*) (2006), Universitatea Edith Cowan, Perth: „Beneficiile supravegherii electronice pentru sănătatea pacienților sunt multiple, dar este vital să nu fie trecute cu vederea consecințele acesteia asupra vieții private a pacienților, din dorința de a garanta siguranța întregii comunități”; Smith et al., „Pennsylvania State Hospital system’s seclusion and restraint reduction program” (*Programul de reducere a măsurilor de izolare și conținționare din cadrul sistemului Spitalului de stat din Pennsylvania*) (2005), 56 (9) *Psychiatric Service*, 1115-1122; Paris, „Is hospitalization useful for suicidal patients with borderline personality disorder? (Este spitalizarea utilă pentru pacienții sinucigași care suferă de tulburare de personalitate borderline?)” *Journal of Personality Disorders*, 240-247; a se vedea, de asemenea, orientările *National Institute for Health and Care Excellence* (Institutul Național pentru Sănătate și Excelență în Îngrijire), precum și lucrările consacrate aplicării măsurii conținționării persoanelor cu afecțiuni psihice în unitățile medicale și centrele de primire, care pot fi consultate la adresa <https://www.nice.org.uk/>.

67. Punctul 55 din hotărâre. Este destul de revelator faptul că aceste informații nici măcar nu au fost luate în considerare de majoritate atunci când au apreciat obligația de a lua măsuri operaționale preventive.

68. A se vedea raportul de inspecție întocmit de instanța de prim grad.

69. A se vedea observațiile consemnate la 27 aprilie în dosarul său medical, între orele 8-16.

70. A se vedea observațiile consemnate la 26 aprilie în dosarul său medical, perioada începând cu miezul nopții și până la orele 8.

71. A se vedea mărturia medicului E.R. anexată la dosar și punctul 23 din hotărâre.

34. În perioada cuprinsă între 25 aprilie și momentul sinuciderii, niciun medic nu a apreciat necesitatea de a-l supune pe A.J. unui regim restrictiv, deși acesta fusese deja supus „regimului închis” în repetate rânduri și chiar plasat în camera de izolare (astfel, la 12 decembrie 1999, acesta a fost „plasat în camera de izolare”, întrucât era „agitat și [îi era] greu să se calmeze”; la 15 decembrie 1999, i s-a pus în vedere „să nu părăsească pavilionul”; la 16 decembrie 1999, i s-a dispus „să nu părăsească secția”; La 22 decembrie 1999, acesta s-a plâns din nou de faptul că dorește să părăsească pavilionul)⁷². Abia la 13 aprilie a fost văzut de medicul său și „i s-a schimbat tratamentul”, însă în dosar nu se menționează nicăieri în ce anume consta noua terapie⁷³.

35. În al patrulea rând, la data sinuciderii sale și în ziua precedentă, se poate observa că a existat un interval de 16 ore fără supraveghere, deoarece dosarul său medical nu conține nicio mențiune referitoare la perioada cuprinsă între 26 aprilie, orele 16, și 27 aprilie, orele 8. În plus, ultimele note din dosarul medical al lui A.J., care precizau că acesta era „calm și cooperant la începutul perioadei” (27 aprilie, între orele 14 și 19), au fost adăugate de aceeași persoană la orele 20, când se aflase deja vestea sinuciderii acestuia⁷⁴!

36. Mai rău, se observă existența unui interval de peste 24 de ore înainte de sinuciderea lui A.J., în care nu i s-a administrat niciun medicament, având în vedere că ultima administrare de medicamente a avut loc la 26 aprilie, în timpul turei de la miezul nopții până la 8 (mai precis, la ora 00.39, când a fost văzut la Spitalul General din Coimbra, și la ora 2, când a fost internat în HSC). Aceasta înseamnă că nu i s-a administrat niciun medicament între ora 2 a dimineții zilei de 26 aprilie și momentul sinuciderii acestuia din 27 aprilie, orele 17:37. Examenele toxicologice *post-mortem* efectuate asupra trupului lui A.J. au arătat că acesta nu se afla sub efectul niciunui medicament la momentul respectiv. Raportul de expertiză în sine precizează că „[d]osarul său medical nu conține nicio mențiune precisă referitoare la starea psihopatologică în care se afla acesta la 26 aprilie 2000”; și că „Nu putem oferi un răspuns mai detaliat, deoarece nu am avut acces la documentele care descriu circumstanțele sinuciderii”⁷⁵. Este important, de asemenea, de remarcat faptul că A.J. a încercat să se sinucidă la 1 aprilie 2000, ingerând o cantitate excesivă de medicamente și alcool. Episodul de intoxicație cu alcool din 25 aprilie a urmat același model de consum excesiv de alcool, dar, de această dată, fără ingerarea de medicamente. În ciuda acestui fapt, A.J. a fost lăsat singur, abandonat bolii sale psihice grave. În această privință, trebuie să se sublinieze că, în cauza *Renolde împotriva Franței*, faptul că persoanele responsabile nu s-au asigurat că domnul Renolde își ia zilnic toate medicamentele a fost unul dintre factorii care au stat la baza constatării unei încălcări a art. 2. De ce nu a fost aplicat același criteriu și în cazul pacientul portughez?

37. În al cincilea rând, Guvernul face referire la un „program terapeutic stabilit pentru fiecare pacient”⁷⁶. Dosarul de care dispune Curtea nu conține absolut niciun element care să dovedească existența unui astfel de „program terapeutic”. Majoritatea nu merge atât de departe încât să fie de acord cu Guvernul referitor la acest aspect. Nu este de acord nici cu opinia Guvernului pârât potrivit căreia reclamanta ar fi trebuit să solicite internarea nevoluntară a fiului său, dacă era atât de convinsă că acesta era în pericol. Un argument folosit pentru a arunca vina asupra reclamantei este inadmisibil și nu face decât să agraveze prejudiciul printr-o insultă.

72. A se vedea observațiile referitoare la aceste zile din dosarul său medical.

73. A se vedea observațiile referitoare la ziua respectivă din dosarul său medical.

74. În fapt, aceeași persoană a notat, de asemenea, că se bănuia că A.J. s-a sinucis și că familia lui venise să îi ia obiectele personale.

75. A se vedea raportul de expertiză din 27 septembrie 2006, care a fost dispus de instanța de prim grad (punctul 33 din hotărâre), precum și interviul acordat de sora lui A.J. ziarului *O Publico* la 29 martie 2017.

76. Punctul 94 din hotărâre.

38. În al șaselea rând, comparând condițiile din HSC cu cele din alte instituții de psihiatrie, este important să se observe că alte unități similare din Portugalia au instalat fie garduri, fie sisteme de supraveghere la distanță⁷⁷. De asemenea, există și unități de psihiatrie care oferă programe terapeutice personalizate adecvate⁷⁸.

39. În sfârșit, în al șaptelea rând, argumentul Guvernului, potrivit căruia hotărârea Camerei l-ar fi pus în fața unei dileme juridice, impunându-i obligații internaționale contradictorii, care decurg, pe de o parte, din art. 2 din CEDO (de a instala garduri în jurul spitalelor sau de a restrânge libertatea pacienților) și, pe de altă parte, din articolul 14 din Convenția Organizației Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități („CDPD”) (de a nu instala garduri și de a nu restrânge libertatea pacienților), în special din perspectiva interpretării acestei dispoziții de către Comitetul pentru drepturile persoanelor cu dizabilități („Comitetul CDPD”), este eronat.

40. Peisajul juridic internațional este extrem de derutant, ceea ce atestă că dezbaterile cu privire la această chestiune se desfășoară cu dificultate⁷⁹. Comitetul Drepturilor Omului nu

77. A se vedea trimiterile din rapoartele CPT privind Portugalia, menționate anterior.

78. *Ibidem*.

79. În ceea ce privește Convenția Organizației Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități și interpretarea acesteia de către Comitetul pentru drepturile persoanelor cu dizabilități, a se vedea Loza și Omar, „*The rights of persons with mental disabilities: is the UN Convention the answer? An Arab perspective (Drepturile persoanelor cu handicap mintal: este Convenția ONU răspunsul? O perspectivă arabă)*” (2017), 14 (3) *The British Journal of Psychiatry International*, 53-55: „Observația generală privind articolul 12 interpretează dispoziții importante referitoare la drepturile omului dintr-o perspectivă restrânsă, se distanțează de cunoștințele medicale și alienează familii din numeroase culturi.”; Freeman et al., „*Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the General Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities*” (Răsturnarea victoriilor câștigate cu greu în numele drepturilor omului: o critică a Observației generale privind articolul 12 din Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități) (2015), *Lancet Psychiatry*, 844-850: „Susținem că, în cazul în care o viață ar putea fi salvată de la sinucidere, Comitetul consideră în mod greșit că nu ar trebui permisă niciodată aplicarea unui tratament fără consimțământ. [...] În cazul unui conflict între drepturi diferite, dreptul la viață ar trebui să prevaleze asupra altor drepturi.” „Ce este de făcut dacă o persoană aude voci care îi spun să aibă un comportament autoagresiv sau să facă rău altora? [...] Nu putem accepta faptul că eliminarea totală a practicii internării nevoluntare sau a aplicării unui tratament nevoluntar poate să promoveze drepturile persoanelor care suferă de boli psihice.”; Szumkler et al., „*Mental health law and the UN Convention on the rights of persons with disabilities*” (*Legea sănătății mintale și Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități*) (2014), 37 *International Journal of Law and Psychiatry*, 245-252: „foarte puțini sunt cei care susțin ideea potrivit căreia statul nu are niciodată, nici măcar în ultimă instanță, datoria de a proteja persoanele care se află în mod evident în imposibilitatea de a lua singure decizii cruciale privind tratarea lor.”; Bartlett, „*The United Nations on the Rights of Persons with Disabilities and Mental Health law*” (*Opinia Organizației Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități și Legea sănătății mintale*) (2012). 75 (5) *The Modern Law Review*, 752-778; Fennell și Khaliq, „*Conflicting or Complementary Obligations? The UN Disability Rights Convention and the European Convention on Human Rights and English law*” (*Obligații contrare sau complementare? Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități, Convenția Europeană a Drepturilor Omului și dreptul englez*) (2011), *European Human Rights Law Review*, 662-674; Weller „*The Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the Social Model of Health: New Perspectives*” (*Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități și modelul social de sănătate: noi perspective*) (2011), *Journal of Mental Health Law*, 74-83; Lush, „*Article 12 of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities*” (*Articolul 12 din Convenția Organizației Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități*) (2011), *Elder Law Journal*, 61-68; Minkowitz „*Abolishing Mental Health Laws to Comply with the Convention on the Rights of Persons with Disabilities*” (*Abolirea legilor sănătății mintale pentru a respecta Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități*), McSherry și Weller (eds), *Rethinking Rights-Based Mental Health Laws (Regândirea legilor sănătății mintale bazate pe drepturile omului)*, Oxford: Hart Publishing, 2010, 151-178; Bach și Kerzner (2010), „*A New Paradigm for Protecting Autonomy and the Right to Legal Capacity*” (*O nouă paradigmă pentru protejarea autonomiei și a dreptului la capacitate juridică*), Canada: Law Commission of Ontario; Hale, *Mental Health Law (Legea sănătății mintale)*, Londra: Sweet și Maxwell, 2010; Lewis, „*The Expressive, Educational and Proactive Roles of Human Rights: An Analysis of the United Nations*

împărtășește punctul de vedere al Comitetului CDPD, întrucât recunoaște că internarea nevoluntară poate fi justificată⁸⁰. În mod similar, Subcomitetul pentru prevenirea torturii⁸¹ a exprimat opinia potrivit căreia privarea de libertate ar putea fi justificată în cazul în care ar exista riscul unui comportament de autoagresiune sau de agresiune împotriva altor persoane. În ciuda îndemnurilor adresate de *Centre for Human Rights of Users and Survivors of Psychiatry (Centrul pentru drepturile omului ale utilizatorilor și supraviețuitorilor psihiatriei)*⁸², Convenția privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor nu a abordat problema intervențiilor psihiatrice forțate și a internării nevoluntare⁸³.

41. Principiile Organizației Națiunilor Unite pentru protecția persoanelor cu boli psihice și pentru îmbunătățirea îngrijirilor de sănătate mintală (1991) stabilesc condițiile în care o persoană poate fi internată fără consimțământul său într-o unitate de sănătate mintală. Cu toate acestea, Înalțul Comisar al ONU pentru Drepturile Omului a considerat că aceste principii intră în contradicție directă cu articolul 14 alineatul (1) litera (b) din CDPD și a susținut interdicția absolută a privării de libertate a unei persoane din cauza unei dizabilități⁸⁴. Acesta a făcut următoarea afirmație:

„Articolul 14 alineatul (1) litera (b) din Convenție este neechivoc în această privință: „[...] existența unei dizabilități nu justifică în niciun caz privarea de libertate”. În cursul elaborării Convenției, au fost respinse propunerile care vizau limitarea interdicției privării de libertate la cazurile în care aceasta din urmă era motivată „exclusiv” de existența unui handicap. În consecință, este vorba despre o internare ilegală în cazul în care privarea de libertate se bazează pe o combinație între un handicap mintal sau intelectual și alte elemente, precum riscul de autovătămare sau de vătămare a altor persoane ori necesitatea furnizării unor îngrijiri și a unui tratament. Întrucât astfel de măsuri sunt parțial justificate de handicapul persoanei în cauză,

Convention on the Rights of Persons with Disabilities” (Rolul expresiv, educațional și proactiv al drepturilor omului: o analiză a Convenției Organizației Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități) McSherry și Weller (eds), *Rethinking Rights-Based Mental Health Laws*, Oxford: Hart Publishing, 2010, 97–128; Bartlett, „The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the Future of Mental Health Law” (*Convenția Organizației Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități și viitorul Legii sănătății mintale*) (2009), 18 *Psychiatry*, 496–498; Bartlett et al., „Mental Disability and the European Convention on Human Rights” (*Handicapul mintal și Convenția Europeană a Drepturilor Omului*), Leiden: Martinus Nijhof, (2007); Lawson, „The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities: New Era or False Dawn?” (*Convenția Organizației Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități: o nouă eră sau un început fals?*) (2007), 34 (2) *Syracuse Journal of International Law*, 563–619; Hale, „The Human Rights Act and Mental Health Law: Has it Helped?” (*Legea privind drepturile omului și Legea sănătății mintale: a fost de ajutor?*) (2007), *Journal of Mental Health Law*, 7–18; Dhanda, „Legal Capacity in the Disability Rights Convention: Stranglehold of the Past or Lodestar for the Future?” (*Capacitatea juridică în Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități: dominantă a trecutului sau stea călăuzitoare pentru viitor?*) (2006), 34 *Syracuse Journal of International Law and Commerce*, 429–462; și Richardson, „The European Convention and Mental Health Law in England and Wales: Moving Beyond Process” (*Convenția Europeană și Legea sănătății mintale în Anglia și Țara Galilor: dincolo de proces*) (2005), 28 *International Journal of Law and Psychiatry*, 127–139.

80. Observația generală nr. 35 privind articolul 9 din PIDCP, CCPR/C/GC/35, 16 decembrie 2014.

81. Poziția adoptată de Subcomitetul pentru prevenirea torturii și a altor pedepse ori tratamente crude, inumane sau degradante cu privire la drepturile persoanelor instituționalizate și care fac obiectul unui tratament medical fără să își fi dat consimțământul informat, CAT/OP/27/2, 26 ianuarie 2016.

82. *Comments on the draft update of CEDAW General Recommendation n° 19: Forced psychiatric interventions as violence against women with disabilities* [Comentarii privind proiectul de actualizare a Recomandării generale nr. 19 a Comitetului CEDAW (Comitetul pentru eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor): *Intervențiile psihiatrice forțate, acte de violență împotriva femeilor cu dizabilități*], 26 septembrie 2016.

83. Recomandarea generală nr. 35 a Comitetului CEDAW privind violența împotriva femeilor bazată pe gen, de actualizare a Recomandării generale nr. 19, CEDAW/C/GC/35, 26 iulie 2017.

84. Înalțul Comisar pentru Drepturile Omului, „*Forgotten Europeans, forgotten rights, the human rights of persons placed in institutions*” (Europeni uitați, drepturile uitate ale persoanelor instituționalizate), 2011, 12–13; Declarația Înalțului Comisariat al ONU pentru Drepturile Omului privind articolul 14 din CDPD, septembrie 2014.

acestea sunt considerate discriminatorii și incompatibile cu interdicția privării de libertate pe motiv de handicap și cu dreptul la libertate, în condiții de egalitate cu ceilalți, consacrat la articolul 14⁸⁵.”

42. Raportorul special al Organizației Națiunilor Unite pentru dreptul fiecărei persoane de a se bucura de cel mai înalt standard posibil de sănătate fizică și mintală a criticat *Lucrarea de referință din 2005 a OMS privind sănătatea mintală, drepturile omului și legislația* (*Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation*), întrucât permitea anumite excepții care „normalizau coerciția”, însă, în rapoartele sale către Consiliul pentru Drepturile Omului al ONU, acesta și-a exprimat cu prudență opinia în ceea ce privește interdicția absolută a tuturor formelor de măsuri neconsimțite, recunoscând „că stoparea aplicării acestor măsuri și, în cele din urmă, eliminarea lor va fi un proces îndelungat și dificil”.

43. În cadrul Consiliului Europei, Recomandarea Rec(2004)10 a Comitetului de Miniștri către statele membre cu privire la protecția drepturilor omului și a demnității persoanelor cu tulburări psihice autorizează internarea nevoluntară a acestor persoane pe baza jurisprudenței Curții referitoare la art. 5 § 1 lit. e) din Convenție⁸⁶. Cu toate acestea, recomandarea Adunării Parlamentare a Consiliului Europei (APCE), intitulată *Argumente împotriva unui instrument juridic al Consiliului Europei privind măsurile nevoluntare în psihiatrie* (*The case against a Council of Europe legal instrument on involuntary measures in psychiatry*)⁸⁷ este conformă cu CDPD. În schimb, în Răspunsul Comitetului de Miniștri⁸⁸, acesta a ales să își mențină poziția din 2004.

44. Un lucru este cert: practica spitalelor de psihiatrie portugheze, constând în a supune persoanele cu boli psihice internate voluntar unui „regim restrictiv”, într-un pavilion închis sau chiar într-o cameră de izolare, nu se baza nici în 2000, cum nu se bazează nici în prezent, pe un temei juridic specific, care să definească tipurile de regimuri care pot fi aplicate, împrejurările în care pot fi aplicate, persoanele care le pot aplica și perioada aplicării lor, și care să le supună criteriilor proporționalității și necesității. În plus, potrivit Comitetului pentru drepturile persoanelor cu dizabilități („Comitetul CDPD”), în versiunea sa actuală, Legea nr. 36/98 din 24 iulie 1998 este incompatibilă cu CDPD, întrucât autorizează, în afara oricărei proceduri penale, internarea nevoluntară a persoanelor cu tulburări psihice care nu au comis nicio infracțiune.⁸⁹

45. Problema compatibilității sau incompatibilității dintre dreptul național și Convenția ONU menționată anterior, astfel cum a fost interpretată de Comitetul CDPD, și anume interdicția absolută a detenției fără consimțământ din motive de handicap⁹⁰, depășește cu mult limitele acestei cauze. Majoritatea nu analizează această chestiune juridică, presupunând pur și simplu că abordarea adoptată de dreptul național „era conformă cu standardele internaționale [...]”⁹¹

46. Pentru a concluziona referitor la acest aspect, dilema menționată de Guvern constituie, de asemenea, un argument fals, întrucât existau și încă există mijloace de supraveghere a pacienților cu boli psihice internați, care prezintă un risc, fără să fie necesară instalarea de garduri în jurul HSC. Guvernul alege o modalitate binară, de tip „fie/fie”, pentru a examina măsurile care puteau fi utilizate: fie absența totală a supravegherii, fie un gard în jurul HSC.

85. Raportul anual al Înalțului Comisar al Organizației Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului, prezentat în fața Adunării Generale, A/HRC/10/48, 26 ianuarie 2009, punctele 48-49.

86. Punctul 75 din hotărâre.

87. Recomandarea APCE 2091 (2016), 22 aprilie 2016, pe care majoritatea nu a luat-o în considerare.

88. Răspunsul Comitetului de Miniștri la Recomandarea [2091 (2016)], adoptat la 9 noiembrie 2016.

89. A se vedea Observațiile finale ale Comitetului CDPD referitoare la raportul inițial al Portugaliei, din 30 mai 2016, punctul 33 b): Comitetul solicită statului parte să „retragă [...] dispozițiile legislației privind sănătatea mintală care permit privarea de libertate din motive de handicap”.

90. A/HRC/34/32, punctele 29-33.

91. Punctul 117 din hotărâre.

Această abordare nu numai că ignoră existența unor soluții mai puțin intruzive, dar nici nu asigură un echilibru just între interesele concurente aflate în joc, și anume, pe de o parte, respectarea libertății unui pacient cu o boală psihică, internat și care prezintă un risc de sinucidere, și, pe de altă parte, obligația care incumbă statului de a proteja viața pacientului în cauză.

Calitatea procedurii interne

47. Calitatea procedurii interne nu a fost la înălțimea standardelor Curții, din diverse motive. În primul rând, nici măcar o instanță internă nu a făcut referire la Convenție, care a fost complet ignorată. Nici instanța de prim grad, nici Curtea Administrativă Supremă nu au ținut seama, în niciun moment, de Convenție sau de jurisprudența Curții. Niciuna dintre instanțele naționale nu a aplicat criteriul proporționalității sau cel al necesității în ceea ce privește întinderea obligației care incumbă statului de a proteja pacienții cu tulburări psihice.

48. În cadrul apelului său în fața Curții Administrative Supreme, reclamanta a făcut într-adevăr referire la utilizarea tehnologiei de monitorizare la distanță⁹². Aceasta nu a primit niciun răspuns la argumentul pe care l-a expus referitor la posibilitatea de a pune în aplicare această tehnologie. Cu toate acestea, atât judecătorul Curții Administrative Supreme, în cadrul opiniei sale separate, cât și Procurorul general adjunct au susținut că HSC nu a instituit un regim de consolidare a supravegherii lui A.J.⁹³ și nici alte măsuri suficiente, pentru a preveni sau atenua riscul de sinucidere⁹⁴.

49. În al doilea rând, instanța internă a considerat ca fiind stabilit faptul că A.J. părăsise clădirea la orele 17, în ciuda existenței unor mărturii contradictorii cu privire la o eventuală absență a lui A.J. încă de la ora prânzului din data de 27 aprilie. În fapt, martorul S. P. a afirmat că A.J. nu fusese prezent la ora prânzului, în timp ce martorul A. D. a declarat contrariul. În cele din urmă, primul martor și-a modificat mărturia, cu multe rezerve („deși sunt convinsă că A.J. nu era acolo, nu sunt sigură de asta”)⁹⁵. Instanța de prim grad a acceptat această modificare fără a verifica în continuare fiabilitatea afirmațiilor martorului.

50. În al treilea rând, instanța națională nu a admis, în decizia sa preliminară cu privire la fapte, că au existat și alte tentative de sinucidere, deși doi martori (mama și sora defunctului) au menționat acest lucru⁹⁶. Instanța națională nu a furnizat nicio explicație pentru faptul că dosarul medical conținea o notă scrisă referitoare la „multiple” tentative de sinucidere; aceasta nu a interogat persoana care făcuse această mențiune în dosarul medical, pentru a afla de ce și pe ce bază acționase în acest mod.

51. În al patrulea rând, reclamanta a ridicat în fața instanței naționale problema caracterului eventual incomplet al dosarului medical, însă aceasta din urmă nu a considerat întrebarea pertinentă, întrucât nu a fost formulată sub forma unei plângeri oficiale privind falsificarea

92. Pagina 8 din hotărârea Curții Administrative Supreme.

93. Pagina 4 din avizul Procurorului general adjunct.

94. Guvernul însuși, în observațiile sale în fața Camerei și a Marii Camere (punctul 125 din observațiile Guvernului în fața Camerei și punctul 17 din concluzia sa, precum și punctul 94 din observațiile Guvernului în fața Marii Camere), face referire la utilizarea tehnicilor de supraveghere la distanță. În cadrul apelului său în fața Curții Administrative Supreme, apelanta a ridicat, de asemenea, problema absenței unor dispozitive speciale de conținere sau a unor măsuri de monitorizare speciale, după episodul de consum excesiv de alcool, și a solicitat ca acest fapt să fie adăugat la faptele stabilite. Curtea Administrativă Supremă a considerat că „nu exist[a] niciun motiv pentru a-l adăuga la baza factuală”, invocând un argument foarte formalist, și anume că acesta nu fusese invocat în mod corect [a se vedea hotărârea Curții Administrative Supreme, punctul 2.2 (iii), pagina 18].

95. Pagina 7 din prima decizie privind faptele, din 7 ianuarie 2010.

96. Pagina 5 din prima decizie privind faptele, din 7 ianuarie 2010.

dosarului⁹⁷. Instanța internă avea competența de a verifica dacă dosarul medical era complet și nu și-a exercitat-o dintr-un motiv formal. În fapt, instanța internă nici măcar nu a analizat dosarul medical, întrucât a ignorat complet existența unor note de evaluare a riscurilor, pe care le conținea acesta.

52. În al cincilea rând, instanța de prim grad a invocat standardele psihiatriei moderne, dar numai în favoarea statului și în detrimentul reclamantei. Aceasta a realizat o descriere inegală și neechilibrată a stadiului actual al cunoștințelor în domeniu, în ceea ce privește stadiul actual al standardelor psihiatriei moderne. Această instanță internă a ignorat pur și simplu standardele definite de OMS pentru state și practicieni în domeniul prevenirii sinuciderii, în special în spitale și în instituțiile medicale. Curtea noastră nu ar fi trebuit să comită aceeași greșală și totuși a făcut-o. Curtea nu poate, pe de o parte, să țină seama de standardele stabilite de OMS cu privire la dezinstituționalizarea persoanelor cu boli psihice și, pe de altă parte, să ignore standardele aceleiași OMS privind răspunderea statului pentru prevenirea suicidului, în special în instituțiile de psihiatrie.

53. Instanța de prim grad a optat pentru o abordare radicală, minimalistă și neintervenționistă în ceea ce privește obligația statului de a proteja viața pacienților în instituțiile publice de psihiatrie și nu a urmat abordarea echilibrată recomandată de OMS. De fapt, instanța de prim grad a susținut opinia radicală exprimată în raportul de expertiză din 27 septembrie 2006, care îi fusese prezentat⁹⁸. Acest raport de expertiză chiar elogia posibilitatea sinuciderii! Se încheia cu o apologie a sinuciderii, pe care o prezenta ca pe un act de „libertate și eliberare”. După ce a declarat că „[prevenirea] suicidului în cazul unor astfel de pacienți [era] o sarcină imposibilă”, expertul a adăugat:

„Pentru multe persoane sinucigase, acest moment (al sinuciderii) este un moment unic de libertate și eliberare. Cum poate fi prevenit în termeni absoluți? În realitate, cine dorește să renunțe la această posibilitate? Există mulți oameni lucizi și fericiți în prezent și care nu doresc să renunțe la o astfel de posibilitate (de a se sinucide)”⁹⁹”

Concluzionând totodată că era „imposibilă” prevenirea sinuciderii în cazul unui pacient precum A.J.¹⁰⁰, Marea Cameră a copiat chiar acest raport care făcuse apologia sinuciderii. Același raport în care s-a menționat: „nu putem oferi un răspuns mai detaliat, deoarece nu am avut acces la documentele care descriu circumstanțele sinuciderii”. Regret că, încă o dată, conștiința europeană a adoptat această cultură a morții, mergând până la a sugera că dreptul de „a lua în mod rațional decizia de a-și pune capăt zilelor” intră sub incidența art. 2¹⁰¹.

54. Curtea Administrativă Supremă nu a remediat deficiențele instanței de prim grad. În fapt, aceasta nici măcar nu a abordat standardele psihiatriei moderne. Partea din hotărârea acesteia consacrată „analizei motivelor de apel” este destul de succintă – nu are nici trei pagini –, instanța limitându-se la a confirma hotărârea pronunțată în primă instanță, utilizând citate lungi extrase din această hotărâre, care nu aduc nicio valoare adăugată¹⁰². Nu menționează deloc criteriul proporționalității sau al necesității, contrar dispozițiilor dreptului constituțional intern, din

97. Pagina 10 din prima decizie privind faptele, din 7 ianuarie 2010.

98. Punctul 33 din hotărâre.

99. Raportul de expertiză este citat la punctul 33 din hotărâre, însă majoritatea Marii Camere nu a considerat necesar să includă aceste fraze în punctul menționat.

100. Punctul 131 din hotărâre.

101. Punctul 124 din hotărâre. Apoteoza acestei culturi a fost atinsă în hotărârea în cauza *Gross împotriva Elveției*, nr. 67810/10, pct. 60, 14 mai 2013, care a urmat hotărârii în cauza *Haas împotriva Elveției*, nr. 31322/07, pct. 51, CEDO 2011. În măsura în care hotărârea *Gross* nu a fost investită cu autoritate de lucru judecat, iar Marea Cameră a declarat, la 30 septembrie 2014, că cererea era abuzivă, concluziile Camerei nu mai sunt valide.

102. A se vedea nota de subsol 22 de la pagina 24 din hotărâre, astfel cum a fost tradusă în engleză în dosar.

perspectiva articolelor 18 și 24 din Constituție, precum și ale dreptului Convenției, din perspectiva art. 2 § 2 din Convenție.

55. Cu alte cuvinte, calitatea procedurii interne lasă mult de dorit. Încălcarea art. 2 sub aspect procedural depășește cu mult critica foarte limitată formulată de majoritate¹⁰³.

Concluzie

56. Pe scurt, în această cauză, Curtea transmite încă o dată un mesaj dezamăgitor privind obligațiile care incumbă statului de a oferi îngrijiri medicale unei categorii de persoane vulnerabile, precum pacienții internați în instituții de psihiatrie. Pe baza unei aprecieri eronate a contextului juridic și factual al cauzei, precum și a unei interpretări eronate a jurisprudenței Curții, majoritatea tratează cauza nefericitului A.J. diferit de cauzele *Renolde* și *De Donder și De Clippel*, lăsând impresia evidentă că există standarde duble. Mai rău, abordarea părtinitoare a dreptului și practicii internaționale din domeniul sănătății este evidentă, în măsura în care majoritatea ia în considerare tendința favorabilă libertății pacienților cu tulburări psihice, dar nu ține seama de părerile contrare, care legitimează o implicare mai mare a statului în prevenirea suicidului, în special în cazul persoanelor aflate sub controlul său și cu atât mai mult în cazul pacienților internați în instituții de psihiatrie.

În contextul politic actual din Europa, este posibil ca această hotărâre să nu surprindă pe nimeni. Sper că va veni o zi când va fi infirmată, atunci când vântul politic își va fi schimbat direcția. Și totuși mi-e teamă că, între timp, numeroase persoane care suferă de boli psihice și sunt expuse unui risc suicidar vor muri, deși moartea lor ar fi putut fi evitată, la fel ca în cazul lui A.J.

103. Punctul 139 din hotărâre.