



Universiteit
Leiden
The Netherlands

EHRM 23 januari 2018, Afiri en Biddarri t. Frankrijk (ontv.besl.), nr. 1828/18

Hendriks, A.C.

Citation

Hendriks, A. C. (2018). EHRM 23 januari 2018, Afiri en Biddarri t. Frankrijk (ontv.besl.), nr. 1828/18. *European Human Rights Cases*, 19(3), 139-142. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/61067>

Version: Not Applicable (or Unknown)

License: [Leiden University Non-exclusive license](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/61067>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

EHRC 2018/51, EHRM, 23-01-2018, 1828/18 (annotatie)**Instantie:** Europees Hof voor de Rechten van de Mens**Datum uitspraak:** 23-01-2018**Publicatie:** EHRC 2018/51 (Sdu European Human Rights Cases), aflevering 3, 2018**Annotator:**

- prof. mr. A.C. Hendriks

Zaaknummer: 1828/18**Rechtsgebied:** Mensenrechten (EVRM)**Rubriek:** Ontvankelijkheidsbeslissingen EHRM**Rechters:**

- Møse (President)
- Potocki
- O'Leary

Partijen: Afiri en Biddarritegen
Frankrijk**Regelgeving:**

- [EVRM - 2](#)
- [EVRM - 8](#)
- [EVRM - 13](#)

Inhoudsindicatie

Recht op leven, Staken medische behandeling, Minderjarige, Verzet ouders, Margin of appreciation, Niet-ontvankelijk

Ga direct naar

- [Samenvatting](#)
- [Uitspraak](#)
- [Beslissing/besluit](#)
- [Noot](#)

Samenvatting

De klacht in deze zaak betreft het besluit van een Frans behandelteam om de levensverlengende behandeling aan de 14-jarige dochter van klagers te beëindigen. De dochter verkeert in een permanent vegetatieve staat na een acute hartstilstand. De ouders willen kunnen beslissen over het verder behandelen. Hof verklaart de klacht niet-ontvankelijk. Het oordeelt dat het Franse juridische kader met betrekking tot het besluit om een behandeling te beëindigen voldoet aan de eisen met betrekking tot art. 2 EVRM. Ook de wijze waarop besluiten worden genomen inzake het beëindigen van een behandeling is voldoende duidelijk, ondanks het feit dat ouders het niet eens zijn met de uitkomst van het besluitvormingsproces. Het Hof oordeelt voorts dat het Franse recht voldoende voorziet in juridische toetsing van het besluitvormingsproces. Het Hof wijst het verzoek om een interim-maatregel (Regel 39 Procesreglement van het Hof) af.

Uitspraak***A. Sur la violation alléguée des articles 2, 8 et 13 de la Convention***

24. Les requérants invoquent les articles 2, 8 et 13 de la Convention, qui se lisent ainsi:

Article 2

“1. Le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi. (...)”

Article 8

“1. Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance.

2. Il ne peut y avoir ingérence d’une autorité publique dans l’exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu’elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien être économique du pays, à la défense de l’ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d’autrui.”

Article 13

“Toute personne dont les droits et libertés reconnus dans la (...) Convention ont été violés, a droit à l’octroi d’un recours effectif devant une instance nationale, alors même que la violation aurait été commise par des personnes agissant dans l’exercice de leurs fonctions officielles.”

25. Les griefs des requérants concernent l’arrêt de traitements qui maintiennent artificiellement la vie. En ce sens, ils entrent dans le champ d’application de l’article 2 (*Lambert et autres*, précité, et *Gard*, précité). La Cour examinera donc l’ensemble des questions de fond soulevées par la présente affaire sous l’angle de l’article 2 de la Convention.

1. Principes applicables

26. La Cour a examiné, dans les affaires *Lambert* et *Gard* précitées, la question de l’arrêt des traitements qui maintiennent artificiellement en vie sous l’angle des obligations positives de l’État (*Lambert et autres*, précité, § 124, *Gard*, précité, § 79).

27. Saisie de la question de l’administration ou du retrait de traitements médicaux, la Cour doit prendre en compte les éléments suivants:

- l’existence dans le droit et la pratique internes d’un cadre législatif conforme aux exigences de l’article 2;
- la prise en compte des souhaits précédemment exprimés par le patient et par ses proches, ainsi que l’avis d’autres membres du personnel médical;
- la possibilité d’un recours juridictionnel en cas de doute sur la meilleure décision à prendre dans l’intérêt du patient (*Lambert et autres*, précité, § 143).

28. La Cour a constaté, dans ces affaires, qu’il n’existe pas de consensus entre les États membres du Conseil de l’Europe pour permettre l’arrêt d’un traitement maintenant artificiellement la vie, même si une majorité d’États semblent l’autoriser. Bien que les modalités qui encadrent l’arrêt du traitement soient variables d’un État à l’autre, il existe toutefois un consensus sur le rôle primordial de la volonté du patient dans la prise de décision, quel qu’en soit le mode d’expression (*Lambert et autres*, précité, § 147, *Gard*, précité, § 83).

29. En conséquence, la Cour rappelle que, dans ce domaine qui touche à la fin de la vie, comme dans celui qui touche au début de la vie, il y a lieu d’accorder une marge d’appréciation aux États, non seulement quant à la possibilité de permettre ou pas l’arrêt d’un traitement maintenant artificiellement la vie et à ses modalités de mise en œuvre, mais aussi quant à la façon de ménager un équilibre entre la protection du droit à la vie du patient et celle du droit au respect de sa vie privée et de son autonomie personnelle. Cette marge d’appréciation n’est toutefois pas illimitée, la Cour se réservant de contrôler le respect par l’État de ses obligations découlant de l’article 2 (*Lambert et autres*, précité, § 148, *Gard*, précité, § 84).

2. Application des principes au cas d'espèce

a) Le cadre législatif

30. Les requérants considèrent que le droit interne n'encadre pas suffisamment les situations dans lesquelles les parents s'opposent à une décision d'arrêt des traitements concernant leur enfant mineur.

31. La Cour rappelle avoir considéré que le cadre législatif en vigueur avant la loi du no 2016-87 du 2 février 2016 était suffisamment clair, aux fins de l'article 2 de la Convention, pour encadrer de façon précise la décision du médecin d'arrêter des traitements lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable (*Lambert et autres*, précité, § 160). Or, la Cour constate que la nouvelle loi n'a pas substantiellement modifié le cadre législatif prévu par le code de la santé publique. La Cour relève à cet égard que les requérants ne critiquent pas les modifications apportées par la nouvelle loi.

32. S'agissant de la situation particulière d'un patient mineur, l'article R. 4127-42 du code de la santé publique prévoit que lorsqu'un médecin est appelé à donner des soins à un mineur, il doit non seulement consulter les parents mais aussi s'efforcer d'obtenir leur consentement (paragraphe 16 ci-dessus). Dans la présente affaire, le Conseil d'État a précisé que dans le cas d'un patient mineur, il incombait au médecin "de rechercher l'accord des parents [...], d'agir dans le souci de la plus grande bienfaisance à l'égard de l'enfant et de faire de son intérêt supérieur une considération primordiale" (paragraphe 14 ci-dessus).

33. En conséquence, la Cour arrive à la conclusion que la façon dont le droit interne, tel qu'interprété par le Conseil d'État, encadre les situations dans lesquelles les parents s'opposent à une décision d'arrêt des traitements concernant leur enfant mineur est conforme aux exigences de l'article 2 de la Convention.

b) Le cadre décisionnel

34. Les requérants contestent le processus décisionnel en ce qu'il ne prévoit qu'une consultation des parents du patient mineur et ne leur octroie pas un pouvoir de codécision.

35. La Cour rappelle tout d'abord que ni l'article 2, ni sa jurisprudence ne peuvent se lire comme imposant des obligations quant à la procédure à suivre pour arriver à un éventuel accord en matière d'arrêt des traitements (*Lambert et autres*, précité, § 162).

36. La Cour rappelle également que, si la procédure en droit français est appelée "collégiale" et qu'elle comporte plusieurs phases de consultation (de l'équipe soignante, d'au moins un autre médecin, de la personne de confiance, de la famille ou des proches), c'est au seul médecin en charge du patient que revient la décision (*Lambert et autres*, précité, § 163). La volonté du patient doit être prise en compte et, lorsque la décision concerne un mineur, le médecin doit recueillir l'avis des titulaires de l'autorité parentale et tenter de parvenir à un accord avec eux. La décision elle-même doit être motivée et elle est versée au dossier du patient.

37. En l'espèce, la procédure collégiale a été menée conformément au cadre législatif. Après une première réunion de concertation pluridisciplinaire, le médecin en charge d'Inès a organisé la procédure collégiale (paragraphe 4 ci-dessus). Un consultant extérieur, professeur honoraire de pédiatrie très impliqué dans les problèmes d'éthique et de handicap, sans aucun lien de hiérarchie avec le médecin en charge de la patiente, y a participé. Les avis de tous les membres de l'équipe soignante ont été recueillis (paragraphe 5 ci-dessus). Les requérants, en tant que titulaires de l'autorité parentale, ont été consultés au cours d'au moins six entretiens formels entre le 7 et le 21 juillet 2017. Le Conseil d'État a également recherché si la volonté d'Inès avait été prise en compte mais a considéré qu'en présence d'informations contradictoires, elle ne pouvait être déterminée avec certitude. Le Conseil d'État a alors relevé que, dans ces circonstances, l'avis des parents, en tant que titulaires de l'autorité parentale, devait revêtir une importance particulière. Il a considéré à cet égard que les requérants, malgré leur opposition à la décision, avaient "toujours été associés à la prise de décision" (paragraphe 14 ci-dessus).

38. En l'absence de consensus entre les États membres quant à la façon dont est prise la décision finale d'arrêt des traitements, la Cour a considéré que l'organisation du processus décisionnel, y compris la désignation de la personne qui prend la décision finale d'arrêt des traitements et les modalités de la prise de décision, s'inscrivaient dans la marge d'appréciation de l'État (*Lambert et autres*, précité, § 168).

39. En l'espèce, les médecins et l'équipe soignante se sont efforcés de parvenir à un accord avec les requérants au cours de nombreux entretiens. La Cour constate que la volonté des parents de ne pas mettre fin aux traitements de leur fille a été, faute d'accord, effectivement respectée par les médecins. En effet, avant même la procédure collégiale, le médecin en charge d'Inès leur a précisé que leur décision serait respectée (paragraphe 4 ci-dessus). La décision prise à l'issue de la procédure collégiale mentionne que, dans le cas d'une opposition des parents à l'arrêt des traitements, il sera recherché, avec l'équipe médicale, un projet de vie décent et adapté (paragraphe 5 ci-dessus). Lors d'un entretien postérieur à la décision d'arrêt des traitements, le Dr B. a encore indiqué aux requérants qu'une telle décision ne serait jamais appliquée sans leur accord (paragraphe 8 ci-dessus). Dans le même sens, le rapport d'expertise précise que dans de tels cas de situation conflictuelle, les médecins ne procèdent pas à un arrêt des traitements contre l'avis des parents (paragraphe 12 ci-dessus). Enfin, le Conseil d'État a précisé qu'il appartenait désormais au médecin de déterminer si et dans quelles conditions la décision d'arrêt des traitements devait être appliquée (paragraphe 14 ci-dessus).

40. La Cour estime donc que, même si les requérants sont en désaccord avec son aboutissement, le processus décisionnel mis en œuvre a respecté les exigences découlant de l'article 2 de la Convention.

c) Les recours juridictionnels

41. Les requérants se plaignent de l'absence de recours effectif en droit interne contre la décision d'arrêt des traitements de leur enfant mineur.

42. Dans sa décision no 2017-632 QPC du 2 juin 2017 (paragraphe 19 ci-dessus), le Conseil constitutionnel a estimé, d'une part, qu'une décision d'arrêt ou de limitation de traitements de maintien en vie conduisant au décès d'une personne hors d'état d'exprimer sa volonté devait être notifiée aux personnes consultées par le médecin en vue de connaître la volonté du patient, dans des conditions leur permettant d'exercer un recours en temps utile et, d'autre part, qu'une telle décision devait pouvoir faire l'objet d'un recours aux fins d'obtenir sa suspension, examiné dans les meilleurs délais par la juridiction compétente.

43. La Cour relève que cette décision a été respectée en l'espèce, la décision d'arrêt des traitements du 21 juillet 2017 y faisant explicitement référence et indiquant que l'arrêt des traitements ne serait pas mis en œuvre dans l'hypothèse d'un recours (paragraphe 5 ci-dessus).

44. Les requérants ont saisi le TA d'une requête en référé liberté sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative. Lorsqu'il est saisi sur ce fondement, le juge administratif des référés statue en principe seul et dans l'urgence. Il peut prendre des mesures provisoires sur un critère d'évidence (l'illégalité *manifeste*) et notamment suspendre la décision attaquée. Tel que son office a été défini par le Conseil d'État dans l'affaire *Lambert et autres*, le juge des référés se trouve investi, non seulement du pouvoir de suspendre la décision du médecin, mais encore de procéder à un contrôle de légalité complet de cette décision (et non pas sur le seul critère de son illégalité manifeste), si nécessaire en formation collégiale, et au besoin après avoir ordonné une expertise médicale et demandé des avis au titre d'*amicus curiae*. Le Conseil d'État a également précisé qu'en égard à l'office particulier qui était le sien dans un tel cas, le juge devait – outre les moyens tirés de la non-conformité de la décision à la loi – examiner les moyens tirés de l'incompatibilité des dispositions législatives dont il était fait application avec la Convention (*Lambert et autres*, précité, §§ 171-172).

45. En l'espèce, le juge des référés a non seulement examiné l'éventuelle nécessité de suspendre la décision du médecin mais a aussi procédé à un contrôle de légalité complet de cette décision après avoir ordonné une expertise médicale. Les experts désignés ont procédé à un examen approfondi de la situation (paragraphe 9-12 ci-dessus). Tant devant le TA que devant le Conseil d'État, les décisions, particulièrement motivées, ont été exceptionnellement

prises en formation collégiale.

46. En conclusion, la Cour est d'avis que, considéré dans son ensemble, le droit français a permis un recours juridictionnel conforme aux exigences de l'article 2.

d) Conclusion

47. Au regard de ce qui précède, la Cour arrive à la conclusion qu'en l'espèce, les autorités internes se sont conformées à leurs obligations positives découlant de l'article 2 de la Convention, compte tenu de la marge d'appréciation dont elles disposaient en l'espèce. Il s'ensuit que les griefs des requérants sont manifestement mal fondés et doivent être rejetés en application de l'article 35 §§ 3 a) et 4 de la Convention.

B. Sur la violation alléguée de l'article 6 § 2 de la Convention d'Oviedo

48. Les requérants considèrent qu'une intervention sur un mineur dans l'incapacité d'y consentir ne peut être effectuée sans l'autorisation de son représentant.

49. La Cour rappelle qu'aux termes de l'article 19 de la Convention elle a pour tâche d'assurer le respect des engagements résultant de la Convention pour les Parties contractantes et n'est pas compétente pour examiner des griefs tirés d'autres instruments internationaux (*García Ruiz c. Espagne* [GC], no 30544/96, § 28, CEDH 1999-I). Il s'ensuit que le grief est incompatible *ratione materiae* avec les dispositions de la Convention au sens de l'article 35 § 3 a) et doit être rejeté en application de l'article 35 § 4.

50. En tout état de cause, la Cour souligne que le grief des requérants présenté sur le fondement de cette disposition a été pris en compte dans l'examen par la Cour du processus décisionnel ayant abouti à la décision d'arrêt des traitements (paragraphe 34-40 ci-dessus).

Par ces motifs, la Cour, à l'unanimité

Déclare la requête irrecevable.

Noot

1. De ontvankelijkheidsbeslissing van het Hof in de zaak *Afiri en Biddarri* zou eigenlijk niet in dit blad hoeven te worden besproken. Immers, het Hof heeft de afgelopen jaren diverse piketpaaltjes geslagen met betrekking tot de vraag of het een medisch team is toegestaan een geneeskundige behandeling te beëindigen omdat verder behandelen medisch zinloos zou zijn (zie reeds *Glass t. Verenigd Koninkrijk*, EHRM 9 maart 2004, nr. 61827/00, ECLI:CE:ECHR:2004:0309JUD006182700, «EHRC» 2004/38 m.nt. Hendriks). Het Hof heeft in de zaak *Lambert*, voortbordurend op eerdere rechtspraak, uitgemaakt dat er bij dergelijke beslissingen rekening moet worden gehouden met de eerder geuite wensen van betrokkene en de wil van zijn naasten, evenals met de opvattingen van het medisch personeel (*Lambert e.a. t. Frankrijk*, EHRM 5 juni 2015 (GK), nr. 46043/14, ECLI:CE:ECHR:2015:0605JUD004604314, «EHRC» 2015/171 m.nt. Gerards, «GJ» 2015/125 m.nt. Hendriks, par. 143). In de ontvankelijkheidsbeslissing in de zaak *Gard* heeft het Hof dit nogmaals herhaald (*Gard e.a. t. Verenigd Koninkrijk*, EHRM 27 juni 2017 (ontv.), nr. 39793/17, ECLI:CE:ECHR:2017:0627DEC003979317, «EHRC» 2017/193 m.nt. Gerards, «GJ» 2017/125, m.nt. Hendriks, par. 80). Niettemin is de zaak *Afiri en Biddarri*, waarin het Hof nadrukkelijk verwijst naar de zaken *Lambert* en *Gard*, interessant. Hierin wordt namelijk duidelijk dat het rekening houden met de wil van naasten uiteindelijk slechts beperkt gewicht in de schaal legt bij het nemen van dergelijke beslissingen. Is dat vanuit mensenrechtelijk oogpunt juist?

2. De ouders van de 14-jarige Inès zijn zeer bezorgd. Hun dochter verkeert in een permanent vegetatieve staat nadat zij op 22 juni 2017 een acute hartstilstand had gehad. Zij verblijft sindsdien in het ziekenhuis. Op 7 juli 2017 werd de situatie van Inès besproken tijdens een multidisciplinair overleg. Alle aanwezigen spraken daarop uit dat verder behandelen medisch zinloos is (het Hof spreekt in lijn met het hiervoor geldende Franse criterium over 'une obstination

déraisonnable') en dat het om die reden wenselijk is de mechanische ventilatie te stoppen. Dit voornemen stuitte op heftig bezwaar van de ouders. Zij menen dat dergelijke besluiten niet kunnen worden genomen zonder hun instemming. Het behandelteam blijft evenwel van mening dat verder behandelen medisch zinloos is. Dat is ook de uitkomst van de 'collegiale procedure', die in dergelijke situaties moet worden gevolgd aldus de Franse Wet inzake de volksgezondheid. Dat de ouders het oneens zijn met dit voorgenomen besluit, doet daaraan niet af. De ouders vechten dit voornemen aan bij de Franse rechter, die hen in het ongelijk stelt. Zij leggen hun zorgen vervolgens voor aan het EHRM, waarbij zij tegelijkertijd vragen om een interim-maatregel (op grond van Regel 39 van het Procesreglement van het Hof), inhoudend dat het behandelteam de behandeling niet mag beëindigen totdat er een einduitspraak is. Het Hof wijst alle klachten van de ouders af, evenals het verzoek om een interim-maatregel. Daarmee bestaat er iets meer dan een half jaar na het besluit van het behandelteam juridische duidelijkheid: de mechanische ventilatie mag worden stopgezet.

3. Bij voorgenomen besluiten om een medische ventilatie te staken, spelen vanuit mensenrechtelijke optiek twee vragen. Allereerst gaat het Hof ervan uit dat voor iedere vorm van medische behandeling de geïnformeerde toestemming van de betrokkene nodig is (zie o.a. *Glass*, eerder aangehaald, en *Trocellier t. Frankrijk*, EHRM 5 oktober 2006 (ontv.), nr. 75725/01, ECLI:CE:ECHR:2006:1005DEC007572501, «**EHRC**» **2007/23** m.nt. Hendriks). Het Hof heeft in dit verband uitgemaakt dat ook een 'minor interference' op de lichamelijke integriteit van een persoon moet worden aangemerkt als een inbreuk op art. 8 EVRM als dat gebeurt zonder toestemming van de betrokkene (*Storck t. Duitsland*, EHRM 16 juni 2005, nr. 61603/00, ECLI:CE:ECHR:2005:0616JUD006160300, «**EHRC**» **2005/82** m.nt. Van der Velde). Indien het een medische behandeling of andere besluiten aangaande minderjarigen betreft, gaat het Hof ervan uit dat ouders normaliter het 'right to be heard and to be fully informed in this connection' hebben (*X. t. Kroatië*, EHRM 17 juli 2008, nr. 11223/04, ECLI:CE:ECHR:2008:0717JUD001122304, «**EHRC**» **2008/124** m.nt. Forder, par 49 en *N.B. t. Slowakije*, EHRM 12 juni 2012, nr. 29518/10, ECLI:CE:ECHR:2012:0612JUD002951810, par. 95).

De tweede vraag betreft of bij beslissingen aangaande het staken van een levensreddende medische behandeling dezelfde eisen gelden. Het Hof meent dat in situaties waarin de betrokkene niet (meer) in staat is zijn wil te bepalen ook rekening moet worden gehouden met de wensen van de naasten. Aldus het Hof in de hierboven al genoemde zaken *Lambert* en *Gard*. In beide zaken was niet bekend wat de betrokkene vond van het beëindigen van een medische behandeling, omdat Lambert zich daar niet over had uitgelaten en Gard nog te jong was om daar uitspraken over te hebben gedaan. In die zaken komt dan gewicht toe aan de stem van de naasten, gesteld dat die het onderling eens zijn.

4. Het is begrijpelijk dat naasten worden betrokken bij beslissingen als gevolg waarvan het leven van een persoon wordt beëindigd. Dat getuigt van een grote mate van respect voor de rol van naasten als vertegenwoordigers. Daarmee wordt ook recht gedaan aan de betrokkenheid van naasten bij het leven en welzijn van een patiënt en aan de verantwoordelijkheid die zij hebben, althans vaak voelen, met betrekking tot de opvoeding en verzorging van een patiënt. Daarmee is het betrekken van naasten bij beslissingen inzake het levenseinde nog geen mensenrechtelijke verplichting. In de zaken *Haas* en *Gross*, inzake hulp bij zelfdoding, heeft het Hof bepaald dat het recht van een individu om te beslissen over de wijze en het moment van levensbeëindiging, op voorwaarde dat de betrokkene in staat was vrijelijk te beschikken en daarnaar te handelen, wordt beschermd door art. 8 EVRM (*Haas t. Zwitserland*, EHRM 20 januari 2011, nr. 31322/07, ECLI:CE:ECHR:2011:0120JUD003132207, «**EHRC**» **2011/53** m.nt. Den Hartogh), «GJ» 2011/ 53 m.nt. Hendriks). Anders gezegd, in zaken waarin de betrokken zelf zijn leven wil beëindigen door middel van bijvoorbeeld de toediening van medicatie is het betrekken van naasten bij de besluitvorming geenszins vanzelfsprekend. Beredeneerd vanuit het recht op privéleven kan zelfs worden betoogd dat dit alleen is toegestaan met toestemming van de betrokkene.

Bij het beëindigen van een levensreddende doch zinloze medische behandeling bij een persoon die niet (meer) in staat is zijn wil te bepalen, zoals in de zaak *Afiri en Biddarri*, is dit volgens het Hof gradueel anders. Via de naasten kan getracht worden de wil van de betrokkene te achterhalen, gesteld dat dit niet evident blijkt uit bijvoorbeeld het medisch dossier. Door naasten bij de besluitvorming te betrekken wordt ook, zoals gezegd, recht gedaan aan de belangen van deze naasten. Indien naasten van opvatting zijn dat een voorgenomen besluit om de behandeling te beëindigen op onjuiste gronden wordt genomen, moeten zij – ook volgens het Hof in de zaak *Afiri en Biddarri* – de mogelijkheid krijgen dit besluit te laten toetsen. Dit laat onverlet dat doorbehandelen ingeval het behandelen geen zinnig doel meer

dient, strijdig is met de professionele standaard van de beroepsbeoefenaren en dat die behandeling meer leed dan verlichting met zich brengt. Het is dan ook uiterst twijfelachtig, zoals in de zaken *Lambert*, *Gard* en – thans – *Afiri en Biddarri* dat de naasten het beëindigen van een zinloze behandeling met een beroep op het EVRM maandenlang kunnen dwarsbomen.

5. Natuurlijk is ‘medisch zinloos’ een door de beroepsgroep nader te bepalen begrip. Als alle betrokken beroepsgenoten, zoals in de zaak *Afiri en Biddarri*, van opvatting zijn dat verder behandelen een ‘onredelijke obstructie’ vormt, is het aan de rechter om zo’n besluit marginaal te toetsen. Ouders moeten met heel goede argumenten komen, wil de rechter zo’n besluit in twijfel trekken. Natuurlijk kunnen ook eisen aan de motivering van zo’n besluit worden gesteld. Bijvoorbeeld, is er wetenschappelijk bewijs dat mensen met bepaalde afwijkingen niet meer kunnen herstellen? En is er bewijs dat verder behandelen belastend is?

6. In de zaak *Afiri en Biddarri* oordeelt het Hof op basis van de in *Lambert* en *Gard* geformuleerde criteria dat de nationale wetgeving en praktijk in overeenstemming moeten zijn met de eisen van art. 2 EVRM en dat de nationale rechter de mogelijkheid moet krijgen om te oordelen wat in het belang van de betrokkene is geweest. Nu is het vaststellen van het belang bij overlijden bepaald geen makkelijk onderwerp, maar het valt toe te juichen dat het Hof in de zaak *Afiri en Biddarri* – anders dan in de zaak *Lambert* – betrekkelijk snel concludeert dat de Franse wetgeving en praktijk aan de eisen van het EVRM voldoen en dat het Hof op basis daarvan de klachten niet-ontvankelijk verklaart.

7. Concluderend kan worden gesteld dat het laten meewegen van de wensen van naasten bij medische beslissingen rond het levenseinde vanuit mensenrechtelijk oogpunt primair betrekking heeft op besluiten rond het beëindigen van een levensreddende behandeling waarbij de wensen van de betrokkene niet of onvoldoende duidelijk zijn. Naarmate die wensen minder helder zijn, komt meer gewicht toe aan de wijze waarop naasten menen wat de betrokkene zou hebben gewild. Er is hierbij altijd het risico dat naasten de belangen van de patiënt en die van henzelf niet goed uit elkaar kunnen houden. Behandelaren en uiteindelijk rechters dienen hierop bedacht te zijn. Dat verklaart ook waarom aan de belangen van naasten bij het beëindigen van een zinloze levensverlengende behandeling uiteindelijk toch maar beperkt belang toekomt. Dat alles is ook de reden waarom naasten als regel niet worden geraadpleegd indien een wilsbekwame persoon voornemens is zijn leven te beëindigen door bijvoorbeeld het gebruik van medicatie.

prof. mr. A.C. Hendriks, Hoogleraar gezondheidsrecht, Universiteit Leiden
