

**Ronald DWORKIN, Thomas NAGEL, Robert NOZICK, John RAWLS
și Judith Jarvis THOMSON, et al.**

Sinuciderea asistată: opinia filosofilor¹

27 martie 1997

În acest an, Curtea Supremă se va pronunța cu privire la două cazuri care vizează existența unui drept al unor pacienți aflați pe patul de moarte de a alege moartea și nu durerea și suferința continuă².

I. Introducere

Nu putem fi siguri, până când Curtea Supremă nu va decide în cazurile referitoare la sinuciderea asistată și decizia sa nu va fi publicată, dacă judecătorii vor accepta sau dacă vor respinge argumentele opiniei prezentate mai jos³. În această introducere, voi descrie argumentele prezentate oral în fața lor, în ianuarie trecut, iar dacă judecătorii vor decide contrar poziției exprimate în opinie, așa cum consideră mulți comentatori că o vor face, voi oferi câteva sugestii care ar reduce prejudiciile pe care le suportă dreptul constituțional. Legile tuturor statelor americane, cu excepția unui singur stat, le interzic astăzi medicilor să prescrie pastile letale pacienților care vor să se sinucidă⁴. Aceste cazuri au apărut în momentul în care

¹ Prezenta traducere a fost făcută de Teodor Papuc, care îi mulțumește domnului profesor Valentin Constantin pentru sugestiile legate de redactarea acesteia. Traducătorul îi mulțumește și domnului Patrick Hederman. Prin intermediul domniei sale, *New York Review of Books*, în paginile căreia a fost publicată pentru prima dată prezenta opinie (27 martie 1997), permite apariția acestei traduceri în *Noua Revistă de Drepturile Omului*, cu mențiunea că drepturile de autor le aparțin și celor care au scris opinia.

² *State of Washington et al. v. Glucksberg et al.* și *Vacco et al. v. Quill et al.*, motivată în 8 ianuarie 1997. [În *Washington*, Curtea a hotărât în unanimitate că, Clauza Procesului Echitabil nu protejează un drept la sinuciderea asistată. În *Vacco*, Curtea a statuat, în unanimitate, că interzicerea sinuciderii asistate de medic de către statul New York este constituțională - *N.tr.*]

³ Chiar dacă filosofii au subscris la opiniile *amicus* înainte, ca membri ai unor organizații sau ca specialiști ai unui domeniu special precum bio-etica, n-aș fi surprins să existe o altă intervenție a unui grup de filosofi morali într-un proces din fața Curții Supreme. Toți semnatarii acestei opinii au contribuit în mod activ la pregătirea ei, cu toate că avem idei generale diferite despre filosofia politică și despre dreptate, și am putea avea opinii oarecum diferite despre cum ar putea statele să reglementeze sinuciderea asistată. Am fost minunat reprezentați, atât în chestiunile de substanță ale opiniei, cât și în înaintarea ei, de societatea de avocați Arnold & Porter din Washington și New York, care și-a oferit serviciile și a suportat costurile administrative și de tipărire (*Anand Agneshwar, Philip H. Curtis, Abe Krash, Janet Meissner Pritchard, Kent A. Yalowitz și Peter L. Zimroth*, din aceeași societate ne-au ajutat în mod special).

⁴ Alegătorii din Oregon au aprobat un proiect de reglementare a sinuciderii asistate prin referendum, în 1994. O instanță federală a considerat proiectul neconstituțional, însă decizia este în apel. Olanda a permis sinuciderea asistată, în practică, de mai mulți ani, și au existat mai multe dezacorduri în

pacienți aflați pe patul de moarte și medicii lor din statul Washington și din New York au intentat procese prin care cereau ca aceste interdicții să fie declarate neconstituționale, astfel încât să li se acorde medicamente care să le grăbească moartea, în cazul în care le-ar solicita. Pledoariile au descris agonia pacienților-reclamanți atunci când mureau, iar două Curți federale de Apel ale circuitelor – cea din Circuitul al IX-lea, în cazul din Washington, și cea din Circuitul al II-lea, în cazul din New York – au fost de acord cu reclamanții că, Constituția nu îi permite Guvernului să le interzică totalmente să acționeze în vederea curmării unei suferințe disperate și inutile⁵. Statele Washington și New York au atacat aceste decizii la Curtea Supremă, fiind înregistrate un număr de 60 de opinii *amicus*, inclusiv opinii din partea Asociației Medicale Americane și a Conferinței Catolice a Statelor Unite, care i-au solicitat Curții să anuleze deciziile curților de circuit, precum și din partea Asociației Studenților Americani la Medicină și a Gay Men's Health Crisis, care i-au solicitat Curții menținerea lor. Comentariile judecătorilor din timpul susținerii orale a argumentelor i-a făcut pe mulți observatori să creadă că Curtea va anula deciziile, probabil cu votul unei majorități disproporționate. Judecătorii au folosit în mod repetat două variante – una teoretică și alta practică – ale argumentului „pantei alunecoase”: faptul că, odată recunoscut, dreptul la sinuciderea asistată va fi imposibil de limitat într-o linie de principiu acceptabilă. Versiunea teoretică a argumentului neagă posibilitatea de a trasa o linie de principiu între cazurile în care apărătorii dreptului la sinuciderea asistată susțin că acesta este oportun și cele în care ei admit că nu este. Instanțele de circuit au recunoscut doar un drept al pacienților conștienți deja aflați pe moarte, care suferă o durere fizică acută, să-și administreze pastilele prescrise. Mai mulți judecători s-au întrebat în ce cazuri s-ar putea limita dreptul deja acordat. De ce ar trebui să le fie negat pacienților aflați pe moarte, care sunt atât de slăbiți sau paralizați încât nu pot să-și administreze singuri pastilele și care le solicită medicilor să le injecteze medicamentele letale? Sau în cazul pacienților care nu sunt pe moarte, dar care suferă de mai mulți ani dureri fizice și emoționale de netolerat, sau care se găsesc într-o stare de infirmitate cauzată de paralizie, sau care sunt dependenți? Dar dacă dreptul ar fost extins atât de mult, în baza cărui motiv i-ar putea fi interzis cuiva care a luat decizia de a muri – unei persoane în vârstă de 16 ani care suferă de un caz grav de dragoste neîmpărtășită, de exemplu?

Opinia filosofilor răspunde la aceste două întrebări în două trepte. Întâi, ea definește un principiu moral și constituțional general – acela că fiecare persoană conștientă are dreptul de a lua decizii personale de moment, care implică convingeri religioase sau filosofice fundamentale despre valoarea pe care o poate avea viața pentru fiecare. În al doilea rând, ea recunoaște că oamenii pot lua asemenea decizii de moment la repezeală sau aflați într-o stare de depresie, când acțiunea lor nu le reflectă convingerile de durată, și, prin urmare, admite că în anumite circumstanțe statele au competența constituțională de a trece peste acest drept pentru a-i proteja pe cetățeni împotriva actelor greșite, dar irevocabile de auto-distrugere. Statelor li se

diferitele opinii înaintate în aceste cazuri despre lecțiile care trebuie învățate din experiența olandeză. Teritoriile din Nordul Australiei au adoptat recent legi care reglementează sinuciderea asistată, însă s-ar putea ca Parlamentul național australian să adopte alte legi care să le abroge. Elveția permite, de asemenea, sinuciderile asistate de către medici, în circumstanțe foarte stricte. A se vedea *Seth Mydans*, *Legal Euthanasia: Australia Faces a Grim Reality*, în *The New York Times*, February 2, 1997.

⁵ Am trecut în revistă deciziile curților de circuit într-un articol mai vechi, “Sex and Death in the Courts”, în *The New York Review*, 8 august, 1996.

poate permite să împiedice sinuciderea persoanelor care ar fi – în mod plauzibil – recunoscătoare mai târziu pentru că au fost împiedicate să moară⁶.

Cel mai important beneficiu al legalizării sinuciderilor asistate pentru nefericiții pacienți ar putea fi acordarea unei atenții mai mari în ceea ce-i privește în timpul vieții. Chiar dacă experții în medicină citați în diferitele opinii au negat cu vehemență procentajul de cazuri terminale în care durerea poate fi adusă la un prag de toleranță prin tehnicile paliative avansate și costisitoare, ei nu neagă faptul că mare parte din pacienți nu primesc ajutorul pe care ar putea să-l primească. *Solicitor General*, care i-a cerut Curții să anuleze hotărârile instanțelor inferioare, a susținut în pledoaria sa că 25% din pacienții bolnavi aflați în fază terminală mor, de fapt, în durere. Această imagine îngrozitoare este rezultatul mai multor factori, inclusiv ignoranța medicilor și teama de răspundere, finanțarea inadecvată a spitalelor și (așa cum a sugerat *Solicitor General*) omisiunea societăților de asigurare și a programelor de asigurare în sănătate de a acoperi costul îngrijirii spitalicești speciale. O mai bună pregătire în medicina paliativă și o legislație care să impună o asemenea acoperire va îmbunătăți incontestabil situația, însă pare pervers să se argumenteze că pacienții care ar fi ajutați și ar beneficia de mijloace mai bune de calmare a durerii trebuie să moară în chinuri groaznice pentru că toate acestea nu există; și, așa cum a subliniat judecătorul Breyer, numărul pacienților aflați în această situație ar putea crește considerabil, de vreme ce costurile medicale continuă escaladarea⁷.

Există obiecții la fel de serioase în privința celei de-a doua strategii pe care o prezintă opinia filosofilor. Această strategie recunoaște un drept general la sinuciderea asistată, însă reține că statele au competența de a hotărî dacă riscurile exercitării acestui drept sunt prea mari. Firește, este periculos pentru Curte să le permită statelor interzicerea unui drept constituțional pe motiv că le lipsește voința sau resursele de a implementa garanțiile necesare în cazul în care acesta ar fi exercitat, în special atunci când versiunea practică a obiecției „pantei alunecoase” pare atât de fragilă și este atât de puțin examinată. Așa cum a observat în

⁶ *Anthony L. Back et al.*, Physician-Assisted Suicide and Euthanasia in Washington State, în *Journal of the American Medical Association*, vol. 275, nr. 12, p. 919, 920, 922 (1996). A se vedea *David J. Doukas et al.*, Attitudes and Behaviors on Physician Assisted Death: A Study of Michigan Oncologists, în *Clinical Oncology*, Volume 13, p. 1055 (1995), și *L. Slome et al.*, Attitudes Toward Assisted Suicide in AIDS: A Five Year Comparison Study. Opinia *amicus* a Asociației Profesorilor Facultăților de Drept oferă alte statistici în același sens, statistici luate din experiența altor state și de la asistentele medicale.

⁷ Potrivit opiniei unuia dintre reclamați, „În ciuda unor inexactități din probele empirice, s-a estimat că între 5 și 52 de procente din pacienții pe moarte care au solicitat tratamente paliative la domiciliu au fost sedați terminal”. Opinia îl citează pe *Paul Rousseau*, Terminal Sedation In The Care of Dying Patients, în *Archives of Internal Medicine*, vol. 156, p. 1785 (1996). Opinia *amicus* a Alianței Profesioniștilor din cadrul Azilurilor a pus o problemă îngrijorătoare în privința sedării terminale. „Din păcate, de vreme ce un pacient sedat terminal dă impresia că se află într-o stare liniștită, știința medicală nu poate verifica dacă persoanei i-au încetat sau nu durerea și suferința. Din contră, studiile efectuate asupra unor persoane care au fost anesteziate (cu același tip de medicamente utilizat la sedarea terminală) pentru o operație chirurgicală (și care se află într-o stare de comă mai adâncă decât pacienții sedați terminal, de vreme ce respirația lor trebuie susținută de un aparat de pompat aer) au demonstrat că stimulii de durere aplicați pacienților vor cauza o creștere semnificativă a activității creierului lor, chiar dacă nu există nici o reacție fizică exterioară”. A se vedea, e.g., *Orlando R. Hung et al.*, Thiopental Pharmacodynamics: Quantitation of Clinical and Electroencephalographic Depth of Anesthesia, în *Anesthesiology*, Vol. 77, p. 237 (1992). BANEC-Generated Guidelines for Comprehensive Care of the Terminally Ill. Bay Area Network of Ethics Committees, September, 1996.

pledoaria orală judecătorul Rehnquist – care probabil susține prima strategie –, „[D]acă presupunem existența unui drept la libertate și, cu toate acestea, spunem că presupunându-l, un stat îl poate interzice în totalitate, ne-am juca cu cuvintele”⁸.

Ronald Dworkin – 27 februarie 1997

II. OPINIA AMICI CURIAE

Interesul Amici Curiae

Amici Curiae sunt șase filosofi politici și moraliști care gândesc diferit în multe chestiuni legate de moralitate și de politicile publice. Cu toate acestea, sunt uniți în convingerea lor că respectarea principiilor fundamentale ale libertății și dreptății, ca și cea a tradiției constituționale americane, impune confirmarea deciziilor Curților de Apel.

Introducere și rezumatul pledoariei

Aceste cazuri nu invită Curtea și nici nu-i cer Curții să exprime judecăți de ordin moral, etic sau religios despre cum ar trebui oamenii să abordeze sau cum ar trebui oamenii să se confrunte cu propria lor moarte, ori despre oportunitatea etică a grăbirii propriului deces sau a solicitării adresate altora de a le acorda ajutor în acest sens. Din contră, ei cer Curții să recunoască faptul că persoanele au un drept protejat constituțional de a lua asemenea decizii serioase care le afectează, fiind la adăpost de intervenția Curții sau a legislativului care le-ar putea impune diverse teorii religioase sau filosofice ortodoxe. Statele au un interes constituțional legitim în a se asigura că persoanele nu iau decizii iraționale, nefundamentate, sub presiune sau schimbătoare, pentru a-și grăbi propria moarte. În acest sens, statele pot reglementa și limita acordarea asistenței de către medici pentru persoanele care își manifestă dorința de a muri. Însă statele nu le pot interzice persoanelor aflate în situația pacienților-reclamanți din aceste cazuri posibilitatea de a demonstra, în baza unor proceduri rezonabile pe care le pot institui statele – chiar procedurile care greșesc din punctul de vedere al precauției – că decizia lor de a muri este cu adevărat fundamentată, stabilă și pe deplin liberă. Negarea acestei posibilități în cazul pacienților bolnavi în fază terminală care trec prin chinurile agoniei sau care altfel sunt condamnați la o existență pe care o consideră de netolerat, ar fi justificată doar în baza unei convingeri religioase sau etice despre valoarea sau semnificația vieții în sine. Constituția noastră îi interzice guvernului impunerea unor asemenea convingeri cetățenilor săi. Petenții [i.e., autoritățile statale din Washington și New York] și *amici curiae* care îi sprijină aduc două argumente contradictorii. Unii neagă faptul că pacienții-reclamanți beneficiază de libertatea protejată constituțional de a-și grăbi propriile lor decese. Însă această libertate decurge direct din deciziile anterioare ale Curții. Ea își are originea în dreptul persoanelor de a lua decizii în chestiunile care „presupun cele mai intime și mai personale alegeri pe care le poate face un individ în decursul vieții, alegeri fundamentale pentru

⁸ Judecătorul Scalia, care ar putea accepta, de asemenea, prima strategie, a sugerat atunci că „[P]roclamarea unui drept la libertate nu presupune costuri atât timp cât îl poți proclama și spune apoi că poate fi limitat de diferitele politici sociale adoptate de către state. Așa putem spune că există un drept la libertatea de a omorî oameni”. A se vedea cartea mea, *Freedom's Law* (Harvard University Press, 1996), p. 29-31.

demnitatea și autonomia personală” (*Planned Parenthood v. Casey*, 505 U.S. 833, 851 - 1992). Solicitând anularea în sprijinul petenților, *Solicitor General* recunoaște că pacienții-reclamanți au un drept constituțional de a decide liberi, drept care este incident în aceste cazuri. A se vedea *Opinie pentru Statele Unite ca Amicus Curiae care îi sprijină pe petenți* la 12, *Washington v. Vacco* (în continuare, *Opinie pentru Statele Unite*); a se vedea, de asemenea, *idem* la 13 („*Cruzan*...sprijină concluzia potrivit căreia în acest caz este incident un drept de a decide liber”). *Solicitor General* susține, cu toate acestea, că autoritățile din Washington și New York au ignorat pur și simplu acest drept profund când le-au cerut pacienților-reclamanți să trăiască în circumstanțe pe care le consideră de netolerat. Acesta argumentează că statele pot declara pur și simplu că nu pot adopta proiecte de reglementare care să protejeze în mod adecvat pacienții a căror dorință de a muri este bazată pe niște informații eronate, instabilitate, nesăbuiță, sau al căror consimțământ este viciat, și că statele și-ar putea pune, așadar, ultima speranță într-o interdicție generală. Curtea nu a acceptat niciodată acest raționament, evident periculos, pentru a nega obligația de a proteja un drept constituțional fundamental recunoscut. Ar fi o gravă eroare să se procedeze astfel. Dacă raționamentul ar fi fost acceptat, ar fi golit de conținut un drept a cărui protecție este recunoscută din punct de vedere constituțional.

Argument

1. Dreptul la libertate, susținut aici, este protejat de echitate

Clauza Procesului Echitabil din cel de-al Paisprezecelea Amendament protejează dreptul la libertate susținut aici de către pacienții-reclamanți. Unele decizii sunt importante prin impactul lor asupra caracterului vieții unei persoane – de exemplu, deciziile despre credința religioasă, despre alegerile politice și morale, despre căsătorie, procreare și moarte. Asemenea decizii profund personale ridică probleme controversate despre cum și de ce are valoare existența umană. Într-o societate liberă, indivizilor trebuie să li se permită să ia decizii pentru ei înșiși, în baza credinței, a conștiinței și a convingerilor lor. Această Curte a insistat, în diferite contexte și circumstanțe, că marea libertate în discuție este protejată de Clauza Procesului Echitabil ca una esențială pentru o comunitate a „libertății ordonate” (*Palko v. Connecticut*, 302 U.S. 319, 325 - 1937). În recenta sa decizie din *Planned Parenthood v. Casey*, 505 U.S. 833, 851 (1992), Curtea a oferit o afirmare paradigmatică a acestui principiu: chestiunile [...] care implică cele mai intime și mai personale alegeri pe care le poate face un individ în timpul vieții, alegeri fundamentale pentru demnitatea și autonomia persoanei, sunt în centrul libertății protejate de Amendamentul al Paisprezecelea. Această declarație reflectă ideea care stă la baza mai multor garanții constituționale de bază⁹. Așa cum a explicat Curtea în *West Virginia*

⁹ În *Cohen v. California*, 403 U.S. 15, 24 (1971), de exemplu, această Curte a reținut că garanția discursului liber și a libertății de exprimare din Primul Amendament derivă din „convingerea că nici o altă abordare nu va impune premisa demnității și alegerii individuale pe care se întemeiază sistemul nostru politic”. Interpretând clauzele privind religia din Primul Amendament, această Curte a explicat că „[v]ictoria pentru libertatea de gândire înregistrată în Bill of Rights recunoaște că există în domeniul conștiinței o putere morală mai mare decât statul” (*Girouard v. United States*, 328 U.S. 61, 68 - 1946). Și, într-un număr de cazuri referitoare la Procesul Echitabil, această Curte a protejat concepția autonomiei prin consacarea unei sfere a vieții de familie personale care este imună în fața ingerințelor guvernamentale. A se vedea, e.g., *Cleveland Bd. of Educ v. LeFleur*, 414 U.S. 632, 639 (1974) („Această

State Board of Education v. Barnette, 319 U.S. 624, 642 (1943): Dacă există o stea fixă în constelația noastră constituțională, atunci este aceea că nici un oficial ... nu poate prescrie ce este ortodox în materie de politică, naționalism, religie sau alte chestiuni legate de opinie sau să oblige cetățenii să mărturisească prin cuvânt ori prin faptă credința lor în această privință. Dreptul unui individ de a-și urma propriile convingeri la sfârșit de viață este, de asemenea, o parte importantă a dreptului mai general de a face „alegeri intime și personale” pentru propria persoană, încât omisiunea de a proteja acest drept special ar submina dreptul general în totalitate. Moartea este, pentru fiecare din noi, unul din cele mai importante evenimente ale vieții. Cum a spus-o Președintele Curții în *Cruzan v. Missouri*, 497 U.S. 261, 281(1990), „[a]legerea dintre viață și moarte este o decizie profund personală cu un deznodământ evident și copleșitor”. Mulți dintre noi văd moartea – orice am crede că i-ar urma – ca pe un act final al dramei vieții, și vor ca acest ultim act să reflecte propriile lor convingeri, acelea în baza cărora au încercat să trăiască, iar nu convingerile altora, impuse în cel mai sensibil moment al lor. Oameni diferiți, de diferite credințe religioase și etice, adoptă convingeri foarte diferite despre ce mod de a muri confirmă și ce mod de a muri contravine valorii vieților lor. Unii luptă împotriva morții cu orice armă pe care o inventează medicii lor. Alții nu ar face nimic pentru a-și grăbi moartea, chiar dacă imploră venirea ei cât mai rapidă. Totuși, o a treia categorie, inclusiv pacienții-reclamânți din aceste cazuri, vor să-și pună capăt vieții atunci când consideră că singurul mod posibil de a trăi care a rămas le-o va desfigura mai degrabă, decât le-o va îmbunătăți. Unii oameni fac ultima alegere nu doar pentru a scăpa de durere. Chiar dacă ar fi fost posibil să se elimine durerea în totalitate în cazul unui pacient aflat pe patul de moarte – acest lucru nefiind adesea posibil – nu s-ar pune capăt sau nu s-ar alina angoasa pe care unii o simt rămânând în viață, intubați, incapabili și de multe ori sedați până la inconștiență. Nici una din aceste atitudini dramatice diferite cu privire la semnificația morții nu poate fi respinsă ca irațională. Nici una nu ar trebui să le fie impusă, sub presiunea medicilor sau a familiei, ori la ordinul guvernului, oamenilor care le resping. Tot așa cum ar fi intolerabil ca guvernul să le dicteze medicilor că nu au voie să țină o persoană în viață atât timp cât este posibil, când asta este ceea ce dorește pacientul. La fel de intolerabil este ca guvernul să le dicteze medicilor că nu pot ajuta vreun pacient să moară niciodată, indiferent de circumstanțe, când acel pacient consideră că viața lui de mai departe ar însemna doar

Curte a recunoscut de mult timp faptul că libertatea alegerii personale în chestiuni de căsătorie și viață de familie este una din libertățile protejate de Clauza Procesului Echitabil din cel de-al Paisprezecelea Amendament”); *Eisenstadt v. Baird*, 405 U.S. 438, 453 (1973) (recunoscând dreptul „de a fi liber de orice ingerință guvernamentală nejustificată în chestiunile fundamentale care afectează o persoană, cum ar fi decizia de a avea și de a crește un copil”); *Skinner v. Oklahoma*, 316 U.S. 535, 541(1942) (declărand neconstituțională o lege statală care cerea sterilizarea persoanelor condamnate pentru comiterea a trei infracțiuni, în mare parte pentru că acțiunile statale nejustificate constituiau o ingerință în căsătorie și procreare, „unul dintre drepturile civile de bază ale omului”); *Loving v. Virginia*, 388 U.S. 1, 12 (1967) (anulând interdicția penală a căsătoriilor inter-rasiale, ca o încălcare a dreptului la căsătorie și reținând că „[l]ibertatea de a te căsători a fost de mult timp recunoscută ca unul dintre drepturile personale vitale esențiale pentru atingerea fericirii de către persoanele libere”). Aceste decizii recunosc ca fiind imune din punct de vedere constituțional față de ingerința statală domeniile în care persoanele iau decizii „intime și personale” care definesc chiar caracterul vieților lor. A se vedea Charles Fried, *Right and Wrong* 146-47 (1978) („Ce este o persoană, ce dorește, stabilirea planului ei de viață, a conceptului ei despre bine, sunt cele mai intime expresii ale auto-determinării, și prin susținerea unei responsabilități a persoanei pentru rezultatele auto-determinării ei, dăm substanță conceptului de libertate.”)

degradare. Constituția pretinde ca oamenii să fie liberi să ia aceste decizii personale profunde pentru persoanele lor și să nu fie forțați să-și sfârșească viețile într-un mod înspăimântător, doar pentru că o majoritate îl consideră potrivit.

2. Deciziile acestei Curți în cazul constrângerilor din Casey și Cruzan

Recunoașterea unui drept la libertate

A. Casey sprijină dreptul la libertate afirmat aici

În *Casey*, reținând că un stat nu poate, în mod constituțional, să interzică avortul în toate situațiile, această Curte a reiterat faptul că Constituția protejează o sferă a autonomiei în care indivizilor trebuie să li se permită să ia anumite decizii privind propriile lor persoane. Curtea și-a început analiza subliniind că „[l]a baza libertății stă dreptul fiecăruia de a-și defini propria concepție despre existență, despre importanța unui lucru, despre univers și despre misterul vieții omenești” (505 U.S. la 851). Alegerile care decurg din aceste concepții cu privire la chestiuni care „implică alegerile cele mai intime și cele mai personale pe care le poate face o persoană într-o viață, alegeri fundamentale pentru demnitatea și autonomia personală, sunt esențiale pentru libertatea protejată de Amendamentul al Paisprezecelea” (*Ide*). „Convingerile despre aceste chestiuni”, continuă Curtea, „nu au putut defini atributele personalității atunci când s-au format sub constrângerea statală” (*Id.*) Într-un limbaj propriu dreptului la libertate afirmat aici, Curtea a explicat de ce deciziile cu privire la avort intră în această categorie a deciziilor „intime și personale”. Decizia de a avorta sau nu, „cu originea în zona conștiinței și a credinței”, implică un comportament în care „este în discuție libertatea unei femei într-un sens unic pentru condiția umană și la fel de unic pentru drept” (*Id.* la 852). Prin urmare, decizia implică în mod necesar chiar „destinul unei femei” și este inevitabil „marcată, într-o mare măsură, de modul în care își concepe imperatiile ei spirituale și locul pe care îl ocupă în societate” (*Id.*). Cu siguranță că din cauza acestor caracteristici ale deciziei, „statul nu este îndreptățit să interzică avortul în toate cazurile” (*Id.*). Mai degrabă, impunerea unei interdicții totale în cazul avortului i-ar permite statului să le impună tuturor indivizilor concepția sa despre semnificația și valoarea existenței umane. Iar Constituția interzice asta. Cu toate acestea, *Solicitor General* susține că dreptul la avort s-ar putea baza pe alte temeuri decât pe principiul autonomiei, temeuri care nu ar fi aplicabile aici. El susține, de exemplu, că dreptul la avort ar putea decurge din greutățile mari pentru viața mamei sale pe care le presupun nașterea unui copil nedorit (*Opinie pentru Statele Unite* la 14-15). Indiferent dacă dreptul la avort putea fi apărat sau nu în baza acestor temeuri, Curtea nu s-a sprijinit pe ele. Din contră, Curtea a explicat pe larg că dreptul decurge din protecția constituțională acordată tuturor indivizilor de a-și „defini propria lor concepție despre existență, despre sensul vieții, despre univers și despre misterul vieții omenești” (*Casey*, 505 U.S. la 851). Analiza din *Casey* impune concluzia că pacienții-reclamanți au în acest caz un drept la libertate, iar statul nu trebuie să le impună o interdicție generală. Precum decizia unei femei de a avorta sau nu, decizia de a muri implică chiar „destinul” acelei persoane și va fi inevitabil „marcată, în mare măsură, de propria ei concepție a imperatiilor spirituale și a locului pe care îl ocupă în societate” (*Id.* la 852). Așa cum o interdicție generală în cazul avortului ar presupune o impunere improprie a unei concepții despre semnificația și valoarea existenței umane asupra tuturor indivizilor, tot astfel ar sta lucrurile în cazul unei interdicții generale a sinuciderilor

asistate. Dreptul la libertate afirmat aici nu poate fi respins fără a submina raționamentul din *Casey*. Într-adevăr, opiniile instanței inferioare în cazul din Washington au recunoscut expres paralela dintre dreptul la libertate din *Casey* și dreptul afirmat aici. A se vedea *Compassion in Dying v. Washington*, 79 F.3d 790, 801 (9th Cir. 1996) (*en banc*) („Atunci când decidem în cazurile referitoare la dreptul la viață, ne conducem după abordarea Curții din cazurile referitoare la avort. În special *Casey* oferă un precedent puternic, pentru că în acel caz Curtea a avut oportunitatea să evalueze deciziile ei din trecut și să decidă dacă aderă la hotărârea ei originală”, *aff'g*, 850 F. Supp. 1454, 1459 (W.D. Wash. 1994) („[M]otivarea din *Casey* este foarte instructivă și aproape prescriptivă ...”). Această Curte ar trebui să procedeze la fel.

B. Cruzan sprijină dreptul la libertate afirmat aici

Suntem de acord cu *Solicitor General* că decizia Curții din „*Cruzan...* sprijină concluzia potrivit căreia în acest caz este în discuție un drept la libertate (*Opinie pentru Statele Unite* la 8). Cu toate acestea, petenții susțin că prezentele cazuri pot fi diferențiate, pentru că dreptul în discuție în *Cruzan* a fost limitat la un drept de a respinge intervenții nedorite asupra corpului unei persoane¹⁰. Însă Curtea a reținut în mod repetat că, în anumite circumstanțe, un stat le poate impune indivizilor acceptarea unor intervenții nedorite asupra corpurilor lor (*Vezi, e.g., Schmerber v. California*, 384 U.S. 757 - 1966) (în ciuda obiecției reclamantului, prelevarea de probe de sânge de la persoanele suspectate de conducere în stare de ebrietate nu încalcă privilegiul împotriva auto-condamnării sau alte drepturi constituționale); *Jacobson v. Massachusetts*, 197 U.S. 11 (1905) (confirmând faptul că vaccinarea obligatorie împotriva variolei constituie o reglementare rezonabilă pentru protecția sănătății publice). Dreptul la libertate discutat în *Cruzan* a fost unul mai profund. Dacă un pacient conștient are un drept constituțional de a refuza tratamentul care îl ține în viață, atunci Curtea a dedus că statul nu poate anula acest drept. Reglementările confirmate în *Cruzan* au fost menite doar să ateste cu certitudine că dorințele persoanei au fost corect constatate. Așadar, dacă *Cruzan* presupune un drept al pacienților conștienți de a refuza tratamentul care îi ține în viață, această implicație trebuie înțeleasă ca bazându-se nu doar pe un drept de a refuza intervențiile asupra corpului uman, ci pe un drept mai profund, de a refuza intervenția medicală atunci când este vorba despre o decizie personală de moment, așa cum este programarea și modul în care va muri o persoană. În opinia sa concurentă, judecătoarea O'Connor a recunoscut în mod expres că dreptul în discuție implica o „decizie profund personală” care este „inextricabil legată” de noțiunea de „auto-determinare” (497 U.S. la 287-89). *Cruzan* sprijină, de asemenea, ideea că un stat nu poate determina în cazul dreptului la libertate al unui pacient aflat în fază terminală timpul și modul în care moare, interzicându-le medicilor să întrerupă tratamentul care îl ține în viață. Urmărind să demonstreze caracterul diferit al speței *Cruzan*, petenții insistă asupra faptului că statele nu pot, cu toate acestea, îngreuna exercitarea acestui drept prin alte

¹⁰ În acest caz, părinții lui Nancy Cruzan, o femeie care se afla într-o stare vegetativă persistentă după un accident de automobil, le-au cerut instanțelor din Missouri să le permită medicilor să întrerupă tratamentul care o menținea în viață și, deci, să-i pună capăt vieții. Curtea Supremă a reținut că statul Missouri era îndreptățit să ceară probe explicite cu privire la decizia luată de către dna Cruzan de a nu mai fi menținută în viață în acele circumstanțe, și să respingă probele pe care le-a oferit familia ca nepertinente. Însă o majoritate a judecătorilor a susținut, de dragul argumentării, că un pacient conștient are dreptul de a respinge tratamentul de menținere în viață, și se presupune acum că, atunci când va fi cazul, Curtea va hotărî în consecință.

mijloace, interzicându-le medicilor să asiste sinuciderea pacienților care nu sunt conectați la aparatele de menținere în viață. Aceștia susțin că medicii care întrerup menținerea în viață permit doar desfășurarea unui proces natural de sfârșit prin deces, pe când medicii care prescriu medicamentele letale participă la provocarea decesului. Așadar, potrivit acestui argument, statele au o justificare independentă pentru a interzice medicilor asistarea sinuciderilor și nu trebuie să o aibă pentru a interzice întreruperea sprijinului pentru menținerea vieții. În primul caz, iar nu cel de-al doilea, se spune că statul interzice actele deucidere care sunt mai problematice din punct de vedere moral, comparativ cu simpla lăsare a unui pacient să moară. Acest argument se bazează pe o înțelegere greșită a principiilor morale pertinente. Cu siguranță că este adevărat că atunci când un pacient nu vrea să moară, diferitele acțiuni care conduc în mod previzibil la moartea sa au un statut moral net diferit. Când mai mulți pacienți au nevoie de un transplant de organe, de exemplu, iar organele sunt insuficiente, este permis din punct de vedere moral ca un medic să-i refuze transplantul unui organ unui anumit pacient, chiar și atunci când există posibilitatea să moară, pentru a i-l acorda unui alt pacient. Diferența morală semnificativă dintre aceste două acte nu este, cu toate acestea, că uciderea este o acțiune pozitivă și că lipsa transplantului unui organ reprezintă mai degrabă o omisiune, sau că uciderea cuiva este un lucru mai rău decât încuviințarea unui proces „natural” care conduce la deces. Va fi la fel de nepermis pentru un medic să lase un pacient rănit să sângereze până la moarte sau să-i refuze unui pacient bolnav de pneumonie administrarea unor medicamente – în ambele cazuri medicul ar permite să survină decesul ca rezultat al unui proces „natural” – ca să folosească organele sale la un transplant pentru alte persoane. Medicii încalcă drepturile pacienților lor indiferent dacă acționează sau se abțin, împotriva dorințelor pacienților, într-un mod menit să le provoace moartea. Când un pacient conștient vrea să moară, situația morală este, bineînțeles, una diferită, pentru că nu are nici un sens să faci apel la dreptul pacientului de a nu fi omorât ca motiv pentru interzicerea unei acțiuni menite să-i provoace decesul. Din punctul de vedere al pacientului, nu există o diferență morală pertinentă între tratamentul terminal pe care-l asigură un medic și care menține pacientul în viață, dacă acesta este lucrul pe care și-l dorește, și ajutorul acordat de către un medic când vrea să-și pună capăt zilelor prin administrarea de pastile letale pe care le poate lua singur, când este pregătit, dacă asta își dorește – cu excepția că ultimul poate fi mai rapid și mai uman. Asta nu este o diferență pertinentă nici din punctul de vedere al medicului. Nu contează ce metode din cele două le aleg el și pacientul lui, dacă și când îi este permis să acționeze în vederea provocării decesului. Dacă unui medic i se permite să întrerupă în mod deliberat un tratament medical pentru a cauza decesul ca rezultat al unui proces natural, atunci este la fel de permisibil pentru acesta să-și ajute pacientul ca să-și grăbească moartea într-un mod mai activ, dacă aceasta este dorința expresă a pacientului. Este adevărat că unii medici cărora li se cere să întrerupă sprijinul pentru menținerea în viață ezită, și fac asta respectând dreptul pacientului de a-i obliga să înlăture intervențiile nedorite asupra corpului lui. Însă alți medici, care consideră că principala lor obligație profesională este să acționeze în interesul pacientului și că, în anumite circumstanțe, este în interesul pacientului lor să moară, participă și consimt la aceste decizii: ei întrerup menținerea în viață provocând decesul, pentru că știu că asta este ceea ce-și doresc pacienții lor. *Cruzan* a implicat ideea că statele nu pot să le interzică medicilor în mod absolut provocarea deliberată a deceselor, la cererea pacienților, în acest mod și pentru acest motiv. Dacă este așa, atunci statele pot să le permită medicilor să utilizeze în mod deliberat mijloace mai directe și, adesea, mai umane pentru același sfârșit, când asta

este ceea ce preferă un pacient. Faptul că omisiunea de a asigura tratamentul de menținere în viață poate fi considerată că „a lăsa natura să-și urmeze cursul” nu este mai important din punct de vedere moral în acest context, atunci când pacientul vrea să moară, decât în celălalt caz, când acesta vrea să trăiască. Când un medic deconectează un aparat de pompare a aerului în conformitate cu cererea pacientului, sau când prescrie pastile pe care să le ia un pacient atunci când este gata să se sinucidă, medicul acționează cu aceeași intenție: de a-l ajuta pe pacient să moară. Cele două situații diferă sub un aspect important. De vreme ce pacienții au un drept de a nu li se conecta la corpurile lor aparate medicale de menținere în viață, ei au, în principiu, un drept de a impune îndepărtarea lor. Însă acest lucru nu este valabil în cazul sinuciderii asistate: în anumite circumstanțe, pacienții au dreptul ca statul să nu le interzică medicilor să-i ajute în acest sens. Prin urmare, dreptul în discuție este doar un drept la ajutorul unui medic care acceptă acest lucru.

3. Interesele statale nu justifică o interdicție categorică în toate cazurile

Sinuciderea asistată

Solicitor General recunoaște faptul că „un adult bolnav în fază terminală și conștient beneficiază de un drept la libertate deductibil constituțional de a evita genul de suferință prin care au trecut reclamanții din prezenta cauză” (*Opinie pentru Statele Unite*, la 8). El admite că acest drept se extinde nu doar asupra evitării durerii, ci și asupra evitării unei existențe despre care pacientul crede că este una de o intolerabilă lipsă de demnitate sau de o incapacitate deopotrivă intolerabilă (*Id.* la 12). Cu toate acestea, *Solicitor General* susține că statele au totuși un drept de a „limita” acest drept la libertate în totalitate, pentru că ar putea trage în mod rezonabil concluzia că permisiunea acordată medicilor în asistarea sinuciderilor, chiar și sub cele mai stricte reglementări și proceduri care ar putea fi concepute, vor periclita nejustificat viețile unui număr de pacienți care ar putea cere să moară în circumstanțe în care cu siguranță nu este în interesul lor sau dacă consimțământul lor a fost obținut într-un mod necorespunzător. Totuși, acest argument nu este convingător, din cel puțin trei motive. *Primul*, pentru că în *Cruzan* această Curte a notat că mai multe decizii de-ale sale sprijineau recunoașterea unui drept general la libertate de a refuza tratamentul medical, chiar dacă din acest refuz ar putea rezulta decesul pacientului (497 U.S. la 278-79). Diferitele riscuri descrise de către *Solicitor General* ar fi existat și în aceste situații. De exemplu, un pacient ținut în viață doar cu ajutorul unui sistem elaborat pentru cei inapți ar putea deveni deprimat la fel de bine, iar medicii ar putea fi la fel de nesiguri dacă această depresie poate fi tratată: un asemenea pacient poate opta pentru moarte doar pentru că a fost sfătuit că va muri oricum în scurt timp, sau că nu va putea trăi niciodată fără aparatele împovărătoare, sau pentru că se poate întâmpla ca diagnosticul să fie unul greșit. Rudele sau medicii pot influența în mod subtil sau direct această decizie, iar permisiunea statului pentru astfel de decizii poate fi considerată ca încurajând-o (în aceeași măsură în acest caz, ca și în ipoteza în care ar fi permis sinuciderea asistată). Încă nu s-a afirmat că statele nu pot preveni asemenea pericole prin reglementări. De fapt, chiar opusul acestui lucru este adevărat. În *McKay v. Bergstedt*, 106 Nev. 808, 801 P.2d 617 (1990), de exemplu, Curtea Supremă din Nevada a reținut că „pacienții adulți conștienți care refuză sau doresc întreruperea tratamentului medical” trebuie examinați de către doi medici care nu fac parte dintre cei care nu îi supraveghează, care să

determine dacă aceștia sunt în depline facultăți mentale, dacă înțeleg prognosticul care li s-au dat și opțiunile de tratament, dacă par liberi de coerciție sau de presiuni în luarea deciziilor lor (*Id.* at 827-28, 801 P.2d at 630). A se vedea, de asemenea: *id.* (în cazul pacienților aflați în fază terminală cu speranța de viață mai mică de șase luni, dreptul unui pacient la auto-determinare va fi considerat ca prevalând față de interesele statului, pe când decizia unui pacient aflat într-o fază non-terminală de a renunța la sistemele de menținere în viață trebuie pusă mai întâi în balanță, de către judecătorul procesului, cu interesele relevante ale statului); [și] *In re Farrell*, 108 N.J. 335, 354, 529 A.2d 404, 413 (1987) ([care a reținut că] în cazul unui pacient aflat în fază terminală și care solicită încetarea menținerii sale în viață trebuie să se determine dacă acesta este conștient și bine-informat cu privire la prognosticul care i s-a dat, cu privire la opțiunile de tratament disponibile și riscurile existente, precum și dacă a luat decizia în mod voluntar și în absența vreunei coerciții). Aceste protocoale apărau tocmai împotriva pericolelor pe care le invocă *Solicitor General*. Jurisprudența nu sugerează faptul că aceste protocoale sunt inevitabil insuficiente pentru prevenirea deceselor care ar fi trebuit prevenite. Într-adevăr, riscurile erorilor sunt per ansamblu mai mari în cazul încetării menținerii în viață. *Cruzan* a implicat că statul trebuie să le permită indivizilor să ia asemenea decizii prin intermediul unei indicații prealabile care stipulează fie că sprijinul vieții trebuie întrerupt (sau neinițiat) în circumstanțele stabilite atunci când individul nu mai era conștient încât să ia singur decizia, fie să-i fie permis unui reprezentant desemnat să ia această decizie. Toate riscurile care tocmai au fost descrise sunt prezente în cazul în care decizia este luată prin intermediul sau în conformitate cu o asemenea indicație prealabilă, adăugându-li-se un risc subsecvent grav: acela că indicația, cu toate că este încă în vigoare, nu mai reprezintă dorințele pacientului. Pacientul și-ar fi putut schimba alegerea înainte de a deveni inconștient, cu toate că nu și-a schimbat și indicația, sau că reprezentatul său ar putea lua o decizie care nu ar fi luată de către pacient, dacă ar mai fi fost conștient. Această Curte a reținut în *Cruzan* că statele pot limita aceste riscuri prin reglementări rezonabile. Ea nu a reținut – sau chiar sugerat – că statele le pot evita printr-o interdicție totală care neagă, în totalitate, prin efectele ei, dreptul la libertate. În *al doilea rând*, nimic din împrejurări nu sprijină concluzia lui *Solicitor General* potrivit căreia nici un sistem de reguli și reglementări nu ar putea diminua în mod adecvat riscul erorii. Așa cum s-a menționat mai sus, experiența statelor în judecarea unor cereri de încetare a tratamentelor de menținere în viață indică contrariul¹¹. *Solicitor*

¹¹ Când sunt respectate protocoalele statale, pacienților li se permite uneori să moară, iar altele nu. A se vedea *e.g.*, *In re Tavel*, 661 A.2d 1061 (Del. 1995) (afirmând că fiica petentului a dovedit prin probe clare și convingătoare că pacientul inconștient ar fi dorit întreruperea sistemelor de menținere în viață); *In re Martin*, 450 Mich. 204, 538 N.W.2d 399 (1995) (reținând că mărturia și declarația pe proprie răspundere ale soției nu constituie probe clare și convingătoare ale deciziei de dinainte a pacientului inconștient de a refuza tratamentul de menținere în viață în circumstanțele prezente ale stării pacientului); *DiGrella v. Elston*, 858 S.W.2d 698, 710 (Ky. 1993) („Dacă medicul curant, spitalul sau comisia de etică a asistentelor medicale de la domiciliul în care își are reședința pacientul și tutorele legal sau cea mai apropiată dintre rude sunt de acord și documentează dorințele și condiția pacientului, și dacă nimeni nu contestă decizia lor, nu este nevoie ca vreo instanță să dispună punerea în aplicare a dorințelor unui pacient [inconștient]”); *Mack v. Mack*, 329 Md. 188, 618 A.2d 744 (1993) (reținând că soția a omis să prezinte probe clare și convingătoare potrivit cărora soțul inconștient ar fi dorit încetarea ținerii în viață); *In re Doe*, 411 Mass. 512, 583 N.E.2d 1263 (aplicând doctrina hotărârii de substituție și reținând că probele sprijineau constatarea că, dacă pacientul inconștient ar fi fost apt să facă o alegere, ar fi renunțat la menținerea în viață).

General nu a oferit nici un motiv convingător care să demonstreze de ce nu ar putea fi efectiv aplicat același tip de proceduri în cazul cererii unui individ conștient de a se sinucide asistat de un medic. Iar alegătorilor unor state le-au fost prezentate mai multe propuneri detaliate pentru reglementarea sinuciderii asistate de către medic¹², iar unul dintre ele a fost adoptat¹³. În plus, grupurile interesate, inclusiv un grup format din distinși profesori de drept și alți profesioniști, au redactat și susținut asemenea propuneri. A se vedea, e.g., *Charles H. Baron, et. al.*, A Model State Act to Authorize and Regulate Physician-Assisted Suicide, 33 Harv. J. Legis. 1 (1996). Asemenea proiecte de lege propun o varietate de măsuri de protecție și de proceduri de control menite să combată erorile, și nici statul Washington, nici statul New York nu au încercat să demonstreze că asemenea propuneri ar fi rigide sau lipsite de efectivitate. Nici opinia lui *Solicitor General* nu face acest lucru: ea se sprijină în schimb, în mod special, pe platitudini și pe afirmații neprobate. Ea face trimitere la Raportul unui grup de lucru din New York, scris înainte ca propunerile sus-menționate să fie redactate, ale cărui constatări au fost larg dezbătute și respinse în mod implicit în opinia de mai jos a instanței din cel de-al Doilea Circuit. A se vedea, în general, *Quill v. Vacco*, 80 F.3d 716 (a II-a Cir. 1996). Netemeinicia argumentului lui *Solicitor General* este scoasă în evidență de faptul că se bazează pe experiența olandeză care permite, în schimb, sinuciderea asistată în conformitate cu recomandările publicate (*Opinie pentru Statele Unite* la 23-24). Cu toate acestea, recomandările olandeze sunt mai permissive decât legile americane propuse și exemplificate. *Solicitor General* consideră, de exemplu, demnă de atenție practica olandeză a încetării vieții unor persoane cum sunt nou-născuții, care nu-și pot da consimțământul, însă această practică ar putea fi declarată ușor și în mod efectiv ilegală de stat prin orice proiect de reglementare, fără încălcarea Constituției. Argumentul lui *Solicitor General* ar avea, probabil, o putere mai mare de convingere, dacă problema ridicată în fața Curții ar fi fost pur și simplu posibilitatea unui stat de a avea o bază rațională pentru o interdicție absolută; dacă asta ar fi fost problema, atunci ar fi fost suficient să se atragă atenția la riscurile cu care s-ar fi putut confrunta un stat. Însă, așa cum recunoaște *Solicitor General*, problema este una foarte diferită aici: aceea dacă statul are interese suficient de convingătoare încât să-i permită să ia măsura extraordinară a refuzului total în cazul exercitării unei libertăți de nivel constituțional. În aceste circumstanțe,

¹² De exemplu, 46 de procente din alegătorii californieni au sprijinit Propunerea 161, care ar fi legalizat sinuciderea asistată de către un medic, în noiembrie 1992. Măsura a reprezentat un amendament propus la art. 402 din Codul penal din California (1992) care incriminează acum asistarea sinuciderilor. Cei care nu au votat pentru această măsură au făcut trimitere în principal la motive de ordin religios sau la îngrijorările potrivit cărora legea propusă era una greșită, pentru că îi lipseau garanțiile împotriva abuzurilor și necesita mai multe restricții care puteau fi adăugate ușor, cum ar fi perioadele de așteptare și examinările psihologice. *Alison C. Hall*, To Die With Dignity: Comparing Physician-Assisted Suicide in the United States, Japan, and the Netherlands, 74 Wash. U.L.Q. 803, 817 n. 84 (1996).

¹³ În noiembrie 1994, alegătorii statului Oregon au aprobat Legea Morții cu Demnitate la inițiativa alegătorilor, legalizând sinuciderile asistate de către medici în anumite circumstanțe. Oregon Death With Dignity Act, Or. Rev. Stat. 127.800-827 (1995). În conformitate cu Legea din Oregon, adulții conștienți rezidenți ai statului, cărora li s-a spus de către medicul curant și medicii care i-au consultat că suferă de o boală terminală, și care și-au exprimat în mod voluntar dorința de a muri, pot solicita în scris medicamente pentru a-și pune capăt vieții de o manieră umană și demnă, în conformitate cu prevederile Legii. Or. Rev. Stat. 127.805 (1995). Legea prevede definiții speciale pentru termeni esențiali ca „inconștient” și „boală terminală”. Legea prevede, de asemenea, numeroase alte reglementări menite să garanteze integritatea procesului.

sarcina de a demonstra că riscul erorilor este foarte mare îi aparține doar statului și că nicio alternativă la interdicția totală nu va reduce aceste riscuri în mod adecvat și efectiv. Nici un petent nu a demonstrat așa ceva. Nici nu ar fi putut. Sarcina probei ar fi una foarte grea pentru un stat care ar încerca să demonstreze asta. Trebuie avut în vedere, de exemplu, că sarcina care i-ar reveni unui stat va fi aceea de a demonstra că a fost îndreptățit în totalitate să interzică discursurile publice în favoarea unor cauze nepopulare, pentru că nu ar fi putut garanta, fie prin reglementări precum o interdicție totală, fie prin protecția sporită a poliției, că asemenea discursuri nu vor provoca dezordini care vor avea ca efecte vătămări grave sau decese ale unor terți inocenți. Sau că a fost îndreptățit să le interzică celor acuzați de comiterea unei infracțiuni drepturile procedurale pe care le garantează Constituția, cum ar fi dreptul la un proces cu jurați, pentru că ar fi prea mare riscul de securitate pe care l-ar presupune pentru comunitate acele drepturi. S-ar putea prezenta circumstanțe extreme în care unele argumente de acest tip ar avea succes. A se vedea, e.g., *Korematsu v. United States*, 323 U.S. 214 (1944) (care le-a permis Statelor Unite să dețină persoane de origine japoneză pe timp de război). Însă aceste circumstanțe sunt, într-adevăr, extreme, iar hotărârea *Korematsu* a fost criticată mult și pe larg. În *al treilea rând*, este îndoielnic dacă riscurile pe care le invocă *Solicitor General* pot servi ca justificare pentru o interdicție absolută a exercitării unui important drept la libertate. Riscurile se împart în două grupuri. Primul grup constă în riscurile erorilor medicale, incluzând aici diagnosticul greșit cu privire la conștiință sau la existența fazei terminale a bolii. Să fim siguri de asta, nici un fel de reglementări, indiferent de rigurozitatea lor, nu pot garanta în totalitate faptul că nu vor fi comise erori medicale. Însă Constituția nu le permite statelor să le interzică pacienților o mare varietate de alegeri importante, pentru care este considerat necesar consimțământul bine-informat, doar pentru că informația cu privire la care este dat consimțământul poate fi eronată, în ciuda celor mai mari eforturi de a evita greșelile. Din nou, aceste riscuri identice sunt prezente în deciziile de încetare a menținerii în viață; cu toate acestea, ele nu justifică o interdicție absolută a exercitării dreptului. Cel de-al doilea grup constă din riscurile că pacienții vor fi influențați în mod nejustificat de considerațiile statului că nu este în interesul lor să fie influențați, de exemplu, de sentimentele și opiniile membrilor de familie apropiați (*Opinie pentru Statele Unite* la 20). Însă ceea ce un pacient consideră drept motive potrivite pentru o asemenea decizie reflectă în mod firesc și exact judecățile de ordin etic personal – motivele pentru care viața sa este importantă și ideile despre ceea ce afectează valoarea ei – și faptul că pacienții au un drept la libertate crucial de a decide în ceea ce-i privește. Și persoanele care se găsesc pe patul morții au un drept de a asculta și, dacă doresc, de a acționa în conformitate cu ceea ce alții ar dori să le spună sau să le sugereze sau chiar să le dea ideea să facă, și ar fi periculos să se presupună că un stat poate preveni acest lucru pe motiv că știe mai bine decât cetățenii lui când ar putea fi aceștia influențați sau când ar putea aceștia să cedeze unui sfat sau unei sugestii anume, în exercitarea dreptului lor de a lua decizii personale capitale pentru ei înșiși. Nu este un răspuns corect acela care afirmă că unele persoane pot să nu decidă așa cum o doresc cu adevărat – cum ar face, de exemplu, dacă ar fi liberi de „presiunea” celorlalți. Această posibilitate ar putea justifica cu greu cea mai mare presiune din toate – normele de drept penal care le spun că nu pot să decidă să moară dacă au nevoie de ajutorul unui medic pentru acest lucru, indiferent de cât de mult doresc asta. Există o deficiență majoră în argumentul lui *Solicitor General*. Acesta susține că statele pot decide în mod rezonabil că riscul „erorii” în cazul unor persoane justifică o interdicție care nu doar periclitează, ci asigură și

chiar urmărește, indubitabil, comiterea unui număr mare de „erori” de tip opus – împiedicând multe mii de persoane conștiente, care consideră că traiul lor de mai departe, în singura modalitate existentă, le va desfigura viețile, să evite – potrivit lor – această vătămare teribilă. Un stat prejudiciază grav și ireversibil asemenea persoane când le interzice această scăpare. Argumentul lui *Solicitor General* le poate părea plauzibil celor care nu sunt de acord că indivizii sunt vătămați când sunt forțați să trăiască în durere și în ceea ce ei consideră că le încalcă demnitatea. Însă multe alte persoane cred pur și simplu că asemenea indivizi sunt prejudiciați, și că un stat nu poate avea o singură poziție în această controversă etică sau religioasă esențială cum este cea care justifică interzicerea unei libertăți cruciale. Firește, statele au interese importante care justifică reglementarea sinuciderii asistate de către medici. Ar putea fi legitim ca un stat să limiteze opțiunea pentru sinuciderea asistată atunci când acționează în mod rezonabil în interesul cel mai favorabil al posibilului sinucigaș și când hotărârea sa în această privință nu se sprijină pe hotărâri contestate despre „chestiuni care implică cele mai intime și personale alegeri pe care le poate face un individ în timpul vieții, alegeri fundamentale pentru demnitatea și autonomia personală” (*Casey*, 505 U.S. la 851). Un stat poate susține, de exemplu, că persoanele care nu se află într-o fază terminală a bolii, dar care au stabilit deja că vor să moară, sunt, ca grup, predispuse să fie mai târziu recunoscătoare pentru că au fost împiedicate să-și ia viața. S-ar putea atunci susține că este legitim, fără vreo îngrijorare pentru asemenea oameni, să-i interzici fiecăruia dintre ei asistența unui medic [pentru sinucidere]. Această Curte nu trebuie să decidă acum măsura în care asemenea interese paternaliste pot anula dreptul la libertate al unui individ. Cu toate acestea, nimeni nu poate susține în mod plauzibil – și este demn de atenție faptul că nici petenții, nici *Solicitor General* nu o fac – că orice interdicție de acest fel ar putea servi interesele unui număr semnificativ de pacienți bolnavi aflați în fază terminală. Din contra, orice justificare paternalistă pentru o interdicție absolută a asistenței pentru asemenea pacienți va face apel, în mod necesar, la o convingere religioasă sau etică larg contestată, pe care mulți dintre ei, inclusiv pacienții-reclamanți, o resping. Să permiți prevalența *acestei* justificări ar însemna să viciezi dreptul la libertate. Chiar și în cazul pacienților aflați în faza terminală a bolii, statele au dreptul de a lua toate măsurile rezonabile ca să se asigure că un pacient care solicită o asemenea asistență a luat o decizie informată, conștient și fără vreo constrângere. Pentru un stat, este legitim, fără îndoială, să stabilească procedurile prin care se iau hotărârile profesionale și administrative în privința acestor chestiuni, și să le interzică medicilor să asiste sinuciderile atunci când procedurile rezonabile nu au fost respectate. Statelor le este permisă o marjă de apreciere considerabilă în stabilirea unor asemenea proceduri. Li se poate permite să aleagă, motivat, ceea ce ele consideră un mijloc de prevenire. Însă statele nu pot face uz de simpla posibilitate a erorii ca justificare a refuzului de stabilire a procedurilor în general, sprijinindu-se în schimb pe o interdicție totală.

III. Concluzie

Fiecare individ are un drept de a face „cele mai intime și mai personale alegeri fundamentale pentru demnitatea și autonomia personală”. Acest drept include dreptul de a exercita un anumit control în privința timpului și modului în care mori. Pacienții-reclamanți din aceste cazuri au fost cu toții persoane conștiente aflate la sfârșitul fazei terminale a unei boli și au murit în decurs de câteva luni din momentul formulării cererilor lor. Jane Doe a descris modul

în care cancerul ei avansat făcea ca îndeplinirea funcțiilor de bază ale organismului ei – înghițitul, tusea și căscatul – să fie extrem de dureroasă și că „nu a fost posibil să i se reducă durerea până la un nivel acceptabil de confort și să se mențină o stare de alertă”. Confruntată cu asemenea circumstanțe, aceasta a căutat să „discute liber cu medicii ei curanți despre intenția ei de accelerare a morții sale prin consumarea unor medicamente prescrise în acest scop”. *Quill v. Vacco*, 80 F.2d 716, 720 (2d Cir. 1996) (citând declarația lui Jane Doe). George A. Kingsley, aflat în stadii avansate ale virusului HIV care presupunea, printre alte suferințe, conectarea unui tub la o arteră în pieptul său și care făcea apăsătoare până și funcțiile de rutină, dar și evoluția unor leziuni la nivelul creierului său, a solicitat medicii să-i prescrie medicamente care i-ar fi accelerat moartea iminentă (*Id.*). Jane Roe, suferind de cancer din 1988, a fost ținută la pat aproape în totalitate din 1993 și a trecut printr-o durere constantă care nu a putut fi alinată cu ajutorul medicamentelor. După ce s-a consultat cu familia sa, a decis să-și grăbească moartea prin administrarea unor medicamente prescrise. *Compassion in Dying v. Washington*, 850 F. Supp. 1454, 1456 (1994). John Doe, care a trecut din 1991 prin numeroase dureri legate de virusul său HIV, a „cunoscut în mod special suferința impusă de o boală a cărei fază terminală durează, pentru că și-a îngrijit un vechi prieten care a murit din cauza HIV” și a solicitat prescrierea unor medicamente, de către medicul său, care să-i grăbească moartea după ce intră în faza terminală a virusului HIV (*Id.* la 1456-57). James Poe a suferit de un emfizem care îi cauza „o continuă senzație de sufocare”, precum și o stare cardiacă care i-a provocat o durere severă de picior. Conectat tot timpul la un recipient cu oxigen, dar inapt să-și calmeze reacția dureroasă asociată cu starea de sufocare chiar și cu administrarea regulată a unor doze de morfină, dl Poe a cerut asistarea sinuciderii sale (*Id.* la 1457). Statele nu pot interzice libertatea revendicată de către pacienții-reclamanți în aceste cazuri fără să le ofere posibilitatea să demonstreze, în orice mod ar considera ele că este înțelept și necesar, că decizia pe care și-au exprimat-o pentru o moarte timpurie este în deplină cunoștință de cauză, rațională, informată, fermă și neimpusă de cineva. Confirmarea deciziilor Curților de Apel nu ar stabili altceva decât existența protecției de principiu a unui asemenea drept constituțional. Ea ar stabili că unor persoane ale căror decizii de sinucidere nu pot fi respinse în mod evident ca iraționale, sau prostești, sau premature, trebuie să li se acorde posibilitatea rezonabilă de a demonstra că decizia lor de a muri este informată și liberă. Nu este necesar să se decidă în mod precis care pacienți sunt îndreptățiți să beneficieze de această posibilitate. Dacă, pe de altă parte, această Curte anulează deciziile de mai sus, decizia sa ar putea fi justificată doar de ideea de moment – o idee aflată în conflict categoric cu spiritul și litera deciziilor din trecut ale Curții – că un cetățean american nu are, în definitiv, un drept, chiar în principiu, de a trăi și de a muri în conformitate cu convingerile sale religioase și etice, convingerile sale despre valoarea vieții sale și despre unde este plasată această valoare, în ierarhia valorilor.