



Synthèse des données probantes de l'Association canadienne de santé publique

L'aide médicale à mourir

Avril 2016

But

Résumer l'information disponible concernant l'aide médicale à mourir^{†‡} au Canada dans une perspective de santé publique.

Introduction

En février 2015, la *Cour suprême du Canada* a annulé une décision rendue dans une cause antérieure qui prohibait le suicide assisté. Dans la nouvelle décision, la Cour a conclu que cette prohibition violait les droits des Canadiens¹. La Cour a décidé qu'il fallait préparer une nouvelle loi dans un délai d'un an, mais elle a exigé que la question soit étudiée plus avant et que les provinces soient consultées. La date limite a par la suite été prolongée de quatre mois jusqu'en juin 2016². Durant l'élaboration de la loi, le conseil d'administration de l'Association canadienne de santé publique (ACSP) a décidé de promulguer une perspective de santé publique à l'égard de l'aide médicale à mourir.

Contexte

Pour discuter de cette question, il est important de définir les termes pertinents :

- Les *soins palliatifs* sont l'expression générale employée pour la prestation de soins de fin de vie. Ce type de soins a pour but « d'assurer le confort et la dignité du malade, et de promouvoir la meilleure qualité de vie pour cette personne et sa famille³ ». Les soins palliatifs répondent aux besoins physiques, psychologiques, sociaux, culturels, émotionnels et spirituels de la personne et de sa famille tout en aidant la personne malade à vivre le temps qui lui reste dans le confort et la dignité³.
- L'*aide médicale à mourir* est définie comme étant la prestation, par un médecin, de médicaments ou de substances à une personne en fin de vie, à la demande de celle-ci, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès⁴.
- L'*euthanasie* est définie comme étant l'acte qui consiste à provoquer intentionnellement la mort d'autrui pour mettre fin à ses souffrances quand cet acte est la cause du décès⁴.

Cette distinction étant faite, on notera que la présente synthèse porte sur l'aide médicale à mourir et *non* sur l'euthanasie.

La situation internationale

L'aide à mourir est légale en Suisse, aux Pays-Bas, en Belgique, au Luxembourg⁵⁻⁷ et en Colombie⁸; aux États-Unis, l'aide à mourir est légale en Orégon⁹, au Washington¹⁰, au Montana¹¹, au Vermont¹² et en Californie¹³. Sauf en Suisse, tous ces pays et ces États américains exigent que la personne qui demande un tel service réside dans le pays/l'État, et ils prévoient des contraintes à l'accès à ce service. Ces contraintes sont résumées à l'annexe I. Notons que l'*euthanasie* est aussi légale aux Pays-Bas, en Belgique, au Luxembourg et en Colombie, mais qu'elle est illégale partout aux États-Unis.

L'American Public Health Association (APHA) a publié un énoncé de position à l'appui de l'aide à mourir, mais indique qu'il faut des garanties pour interdire son mésusage¹⁴. Ces garanties consistent à n'offrir un tel choix qu'aux patients mentalement capables et en phase

[†] « Aide médicale à mourir » est la terminologie que le Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir recommande d'utiliser dans la loi à venir.

[‡] Les autres expressions courantes sont : « aide à mourir », « aide médicale à la mort », « suicide médicalement assisté » et « suicide assisté ». Pour les besoins de la présente synthèse, nous utiliserons l'expression « aide médicale à mourir » sauf lorsque le document source en utilise une autre. Notons que dans sa décision de 1993, la Cour suprême avait choisi d'utiliser l'expression « suicide assisté », tandis que la décision de 2015 comporte plusieurs expressions, y compris « aide à mourir ».

terminale. Cette position est à souligner, compte tenu de l'information d'un article paru récemment aux Pays-Bas concernant le suicide assisté (l'expression utilisée dans l'article) pour les patients atteints de troubles psychiatriques. On a conclu que les demandes de ces patients sont très soumises au jugement des médecins; elles impliquent d'habitude plusieurs médecins qui ne s'entendent pas toujours¹⁵. L'appui de l'APHA est fondé sur la reconnaissance que les gens ont le droit à l'autodétermination en fin de vie et qu'il faut respecter leur décision. L'APHA croit que toute personne a le droit de mourir dans la dignité et d'être informée de toutes ses options de soins¹⁴.

La situation canadienne

Le débat sur cette question repose sur deux causes tranchées par la Cour suprême du Canada : *Rodriguez c Colombie-Britannique*, 1993¹⁶ et *Carter c Canada*, 2015¹. Les arguments utilisés dans ces deux causes sont résumés à l'annexe II. À la suite de la décision en 2015 d'annuler la prohibition de l'aide médicale à mourir en vertu de l'art. 7 de la *Charte*^{17,18,19}, les provinces et les organisations non gouvernementales ont commencé à élaborer des protocoles pour définir les limites de l'aide médicale à mourir. L'Association médicale canadienne et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada soulignent l'importance que cette option offre des soins en fin de vie, et le besoin de réglementer l'acte^{17,18,19}, tandis que l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario a approuvé des lignes directrices préliminaires aux médecins concernant la procédure et l'admissibilité des personnes qui demandent l'aide à mourir^{20,21}.

Le Québec est la seule province ayant un projet de loi sur l'aide médicale à mourir, promulgué le 5 juin 2014. La *Loi concernant les soins de fin de vie* permet aux personnes atteintes d'une maladie grave et incurable d'obtenir l'aide médicale à mourir²². La loi québécoise aborde le rôle des agences de la santé et des services sociaux, exige que ces agences consultent les établissements afin de déterminer les règles régissant l'aide à mourir, et précise qu'elles ont la responsabilité d'informer pleinement la population de toutes ses options en fin de vie²². Dans un éditorial publié après la promulgation, la *Revue canadienne de santé publique* a indiqué que « la santé publique canadienne doit se sentir interpellée par cette loi²³ ».

Le 25 février 2016, le Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir a déposé son rapport, qui présente une série de recommandations, appuie de façon générale l'aide médicale à mourir et donne des directives particulières concernant :

- La reconnaissance de la valeur des pratiques autochtones et leur utilisation dans le traitement des patients autochtones;
- La nécessité d'améliorer les soins palliatifs;
- L'offre d'un meilleur soutien aux personnes atteintes de troubles de santé mentale ou de démence;
- La nécessité de s'assurer que les gens ne demandent pas une aide médicale à mourir parce qu'ils n'ont pas de

services de soutien adéquats dans leur collectivité;

- Des garanties adéquatement conçues et appliquées contre les abus⁴.

Discussion

Les arguments de la Cour suprême du Canada

Les raisons pour lesquelles on fait de l'aide médicale à mourir une question de santé publique peuvent inclure l'évolution des normes sociétales sur cet enjeu et le principe fondamental de la justice sociale. Les deux causes indiquées plus haut ont orienté le débat; leur examen peut apporter des éclaircissements.

Dans *Rodriguez c Colombie-Britannique (1993)*¹⁶, la Cour a fondé sa décision sur les notions sociétales de la justice fondamentale, le juge de première instance ayant justifié la prohibition du suicide assisté (selon les termes de la Cour) en invoquant l'article 1[§] de la *Charte*, bien que la décision reconnaisse la validité des arguments des articles 7 et 15[§]. Selon la Cour à l'époque, les normes sociétales de préservation de la vie primaient en toutes circonstances sur les préoccupations des articles 7 et 15.

Dans la seconde cause, *Carter c Canada (2015)*¹, la Cour a conclu que la prohibition de l'aide à mourir n'était plus justifiée en vertu de l'article 1 de la *Charte* en raison de l'évolution des points de vue de la société sur la justice fondamentale. Selon la Cour, la société défend et estime à présent les droits individuels et le droit de mourir dans la dignité. La prohibition antérieure viole donc les droits individuels en vertu de l'article 7 pour trois raisons :

- *Le droit à la vie* : la prohibition pourrait forcer une personne à s'enlever la vie plus tôt qu'elle ne le ferait, sachant qu'elle pourrait ne pas pouvoir le faire seule plus tard;
- *Le droit à la liberté* : la prohibition porte atteinte à la liberté d'une personne en lui retirant le droit de faire des choix personnels fondamentaux sans intervention de l'État en ce qui a trait à ses décisions médicales;
- *Le droit à la sécurité personnelle* : la prohibition porte atteinte au sentiment de sécurité d'une personne en limitant la maîtrise qu'elle exerce sur son intégrité corporelle.

Une considération de santé publique

Les principes de justice sociale et d'équité en santé, ainsi que les considérations de prise en compte des déterminants de la santé, sont les fondements de la pratique en santé publique. Selon les critères susmentionnés, l'aide médicale à mourir peut être

‡ « La *Charte canadienne des droits et libertés* garantit les droits et libertés qui y sont énoncés. Ils ne peuvent être restreints que par une règle de droit, dans des limites qui soient raisonnables et dont la justification puisse se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique. » Article 1, *Charte canadienne des droits et libertés*, 1982¹⁶.

§ « La loi ne fait acception de personne et s'applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou les déficiences mentales ou physiques. » Article 15, *Charte canadienne des droits et libertés*, 1982¹⁶.

† Selon l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés*, « Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale¹⁶ ».

considérée comme une question de santé publique qui s'inscrit dans le principe fondamental de la justice sociale et dans l'application de l'éthique en santé publique.

On définit la *justice sociale* comme étant « l'idée d'une société qui considère ses membres et ses groupes également et dont les bienfaits sont distribués de manière équitable. Dans ce contexte, (elle) est fondée sur les droits de la personne et l'équité²⁴. » Prohiber l'aide médicale à mourir violerait les droits des Canadiens et, par extension, contreviendrait au principe de la justice sociale, car toute personne devrait avoir le droit de prendre de façon autonome les décisions médicales liées à son corps. En outre, il peut être difficile pour les personnes atteintes d'affections médicales dégénératives incurables de maintenir une bonne qualité de vie (déterminée par chaque personne). Des personnes peuvent sentir qu'avoir besoin de soutien pour accomplir leurs tâches quotidiennes est un affront à leurs droits, à leur confidentialité, à leur dignité et à leur estime de soi¹. Dans une perspective de santé publique, promouvoir une bonne qualité de vie devrait impliquer plusieurs options de soins de fin de vie et habiliter les personnes à faire des choix personnels éclairés en matière de soins de santé.

L'éthique en santé publique concilie les droits individuels et l'intérêt général de la société. Cette notion s'inscrit dans un cadre plus vaste qui vise à obtenir la santé pour tous et à réduire les iniquités en santé²⁵. Ce cadre tient compte des principes, des croyances et des valeurs de la société pour planifier des actes de santé publique²⁶. Valoriser la dignité humaine, avoir de la compassion pour tous, soulager la souffrance, habiliter la personne, promouvoir la santé et le mieux-être individuels et

collectifs et respecter la diversité sont des principes conformes aux principes éthiques des soins cliniques (autonomie, justice, bienfaisance et non-malfaisance) pour ce qui est d'appuyer le droit du patient à l'autodétermination en fin de vie, surtout en présence d'une souffrance insupportable et d'une perte de dignité. Ces principes s'étendent aussi à la communauté et reflètent donc les principes éthiques de la santé publique.

Les notions ci-dessus sous-tendent l'argument voulant que l'aide à mourir soit une question de santé publique, car les actes éthiques en santé publique garantissent en partie que la population ait accès aux options de soins de santé qui répondent à ses besoins. Étant donné les changements mentionnés dans les points de vue sociétaux, une perspective de santé publique englobe l'appui à un accès sûr et équitable à l'aide médicale à mourir.

Pour ce faire, les éléments suivants devraient être en place :

- Accès adéquat et équitable aux soins palliatifs de haut niveau et aux connaissances approfondies sur les mesures de contrôle de la douleur ayant des effets secondaires minimes sur les niveaux de conscience;
- Accès adéquat et équitable au soutien social;
- Évaluation indépendante et spécialisée de chaque cas par des personnes n'ayant aucun conflit d'intérêts;
- Respect des valeurs personnelles et absence de coercition;
- Surveillance et garantie des compétences du dispensateur;
- Surveillance et garantie de la prévention des abus;
- Supervision indépendante et reddition de comptes annuelle avec présentation de rapports destinés au public.

Citation suggérée

Association canadienne de santé publique. Énoncé de position de l'Association canadienne de santé publique : L'aide médicale à mourir. Ottawa (Ontario): ACSP, 2016.

About CPHA

Fondée en 1910, l'Association canadienne de santé publique (ACSP) est le porte-parole de la santé publique au Canada. Son indépendance, ses liens avec la communauté internationale et le fait qu'elle est la seule organisation non gouvernementale canadienne à se consacrer exclusivement à la santé publique font qu'elle est idéalement placée pour conseiller les décideurs à propos de la réforme du réseau de santé publique et pour orienter les initiatives visant à protéger la santé individuelle et collective au Canada et dans le monde. L'ACSP est une association bénévole nationale, indépendante et sans but lucratif. Les membres de l'ACSP croient fermement à l'accès universel et équitable aux conditions de base qui sont nécessaires pour parvenir à la santé pour tous.

Notre vision

Un monde de santé et de justice

www.cpha.ca

Notre mission

L'ACSP a pour mission de rehausser la santé des gens au Canada et de contribuer à un monde plus sain et plus équitable.

NOTES BIBLIOGRAPHIQUES

1. « Carter c. Canada (Procureur général) », 1 RCS 331, 2015. Sur Internet : <https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/fr/item/14637/index.do> (consulté le 13 janvier 2016).
2. Fine, Sean. « Supreme Court seeks compromise to allow doctor-assisted death », *The Globe and Mail*, 11 janvier 2016. Sur Internet : <http://www.theglobeandmail.com/news/national/supreme-court-to-hold-hearing-on-assisted-death/article28104831/> (consulté le 13 janvier 2016).
3. Association canadienne de soins palliatifs. *Questions fréquentes sur les soins palliatifs*, 2016. Sur Internet : <http://acsp.net/adiants-naturels/questions-fr%C3%A9quentes.aspx> (consulté le 8 février 2016).
4. Parlement du Canada. *L'aide médicale à mourir : une approche centrée sur le patient*, rapport du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir, 2016. Sur Internet : <http://www.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?DocId=8120006&Mode=1&Parl=42&Ses=1&Language=F> (consulté le 17 mars 2016).
5. Dignitas. « Countries with End-of-life help laws and/or regulations », 2016. Sur Internet : http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=54&lang=en (consulté le 18 janvier 2016).
6. « The Belgian Act on Euthanasia of May, 28th 2002 », *Ethical Perspectives*, vol. 9 (2002) 2-3:193. Sur Internet : <http://www.ethical-perspectives.be/viewpic.php?LAN=E&TABLE=EP&ID=59> (consulté le 18 janvier 2016).
7. Nicol, J., M. Tiedemann et D. Valiquet. *Euthanasie et suicide assisté : l'expérience internationale* (Étude générale), Bibliothèque du Parlement, 2011. Sur Internet : <http://www.loppar.gc.ca/content/lop/researchpublications/2011-67-f.htm> (consulté le 18 janvier 2016).
8. Patients Rights Council. « Law in Colombia », 2016. Sur Internet : <http://www.patientsrightscouncil.org/site/colombia/> (consulté le 18 janvier 2016).
9. Oregon Health Authority. *Death with Dignity Act – Oregon Revised Statute*, 2016. Sur Internet : <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Pages/ors.aspx> (consulté le 18 janvier 2016).
10. Washington State Department of Health. *Death with Dignity Act*, 2016. Sur Internet : <http://www.doh.wa.gov/YouandYourFamily/IllnessandDisease/DeathwithDignityAct> (consulté le 18 janvier 2016).
11. « Baxter v. Montana », 2009 WL 5155363 (Mont. 2009). Sur Internet : http://euthanasia.procon.org/files/baxtr_v_mont_sum.pdf (consulté le 18 janvier 2016).
12. Vermont General Assembly. « Title 18: Health - Chapter 113: Patient choice at end of life », 2016. Sur Internet : <http://legislature.vermont.gov/statutes/chapter/18/113> (consulté le 18 janvier 2016).
13. California Legislative Information. *Assembly Bill 15: End of Life*, 2016. Sur Internet : https://leginfo.ca.gov/faces/billNavClient.xhtml?bill_id=201520162AB15 (consulté le 18 janvier 2016).
14. American Public Health Association. *Patients' Rights to Self-Determination at the End of Life*, 2008. Sur Internet : <https://www.apha.org/policies-and-advocacy/public-health-policy-statements/policy-database/2014/07/29/13/28/patients-rights-to-self-determination-at-the-end-of-life> (consulté le 27 janvier 2016).
15. Kim, Scott Y.H., Raymond G. DeVries et R. Peteet John. Euthanasia and Assisted Dying of Patients with Psychiatric Disorders in the Netherlands 2011-2014. *JAMA Psychiatry* (2015), p. 2887. Publié en ligne le 10 février 2016.
16. « Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général) », 3 RCS 519, 1993. Sur Internet : <https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/fr/item/1054/index.do> (consulté le 13 janvier 2016).
17. *Charte canadienne des droits et libertés*, partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982*, soit l'annexe B de la *Loi sur le Canada* (R.-U.), 1982, ch 11. Sur Internet : <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/const/page-15.html> (consulté le 18 janvier 2016).
18. Association médicale canadienne. « Élaborer une approche pour encadrer l'aide à mourir au Canada », 2015. Sur Internet : <https://www.cma.ca/fr/Pages/end-of-life.aspx> (consulté le 27 janvier 2016).
19. Association des infirmières et infirmiers du Canada. « L'Association des infirmières et infirmiers du Canada se réjouit de la décision de la Cour suprême du Canada sur l'aide médicale à mourir », 2015. Sur Internet : <https://www.cna-aiic.ca/fr/salle-des-nouvelles/communiqués-de-presse/2015/lassociation-des-infirmieres-et-infirmiers-du-canada-se-rejouit-de-la-decision-de-la-cour-supreme-du-canada-sur-laide-medecale-a-mourir> (consulté le 27 janvier 2016).
20. Loriggio, P. « Ontario doctors receive interim guidelines for assisted dying », *Globe and Mail*, 26 janvier 2016. Sur Internet : <http://www.theglobeandmail.com/news/national/ontario-doctors-receive-interim-guidelines-for-assisted-dying/article28403859/> (consulté le 27 janvier 2016).
21. Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. « Physician-assisted death: College consults on interim guidance », 2015. Sur Internet : <http://www.cpso.on.ca/Whatsnew/News-Releases/2015/Physician-Assisted-Death-College-Consults-on-Inter> (consulté le 27 janvier 2016).
22. Québec. Assemblée nationale. *Projet de loi n°52 : Loi concernant les soins de fin de vie*, 2015. Sur Internet : <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-52-41-1.html> (consulté le 18 janvier 2016).
23. Potvin, Louise, 2014. « Les soins de fin de vie : une question de santé publique », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 105, n° 3 (2014), p. 156-157.
24. Agence de la santé publique du Canada. « Glossaire », 2016. Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/php-ppsp/ccph-cesp/glos-fra.php> (consulté le 27 janvier 2016).
25. Faden, R., et S. Shebaya. « Public health ethics », *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (édition du printemps 2015), Edward N. Zalta (éd.), 19 février 2015. Sur Internet : <http://plato.stanford.edu/entries/publichealth-ethics/> (consulté le 8 février 2016).
26. Centers for Disease Control and Prevention. « Scientific integrity: Public health ethics », 10 avril 2015. Sur Internet : <http://www.cdc.gov/od/science/integrity/phethics/> (consulté le 4 février 2016).

ANNEXE I : Pays où l'aide médicale à mourir est légale

Pays ou État	Année d'entrée en vigueur	Conditions
À L'INTERNATIONAL		
Suisse ⁵	1942	Résidence : Non Conditions : Capacité de demander l'aide médicale à mourir, tant que les motifs ne sont pas « égoïstes » * Pas de règlement ni de protocoles clairs.
Pays-Bas ⁵	2002	Résidence : Oui Âge minimum : 16 ans (avec le consentement parental) Nb de mois jusqu'au décès : S/O – toute personne dont la souffrance est « insupportable » Demandes au médecin : Consultation de deux médecins * L'euthanasie est légale.
Belgique ⁶	2002	Résidence : Oui Âge minimum : Aucun Nb de mois jusqu'au décès : Aucun – affection grave et incurable Demandes au médecin : Consultation de deux médecins * Le règlement concerne uniquement l'euthanasie et NON l'aide médicale à mourir. * Aucune limite d'âge pour les mineurs, MAIS la personne doit être consciente de sa décision, en phase terminale et près de la mort; et elle doit obtenir l'assentiment de ses parents.
Luxembourg ⁷	2009	Résidence : Oui Âge minimum : 18 ans Nb de mois jusqu'au décès : Aucun – affection grave et incurable Demandes au médecin : Consultation de deux médecins * L'euthanasie est légale.
Colombie ⁸	1997	On a adopté des lois pour légaliser l'aide médicale à mourir, mais il n'y a pas de protocoles Des protocoles d'euthanasie ont été adoptés en 2015 pour permettre de réglementer la pratique * L'euthanasie est légale.
AUX ÉTATS-UNIS		
Orégon ⁹	1997	Résidence : Oui Âge minimum : 18 ans Nb de mois jusqu'au décès : 6 mois Demandes au médecin : 1) première demande verbale, 2) seconde demande verbale – après 15 jours, 3) demande écrite
Washington ¹⁰	2008	Résidence : Oui Âge minimum : 18 ans Nb de mois jusqu'au décès : 6 mois Demandes au médecin : 1) première demande verbale, 2) seconde demande verbale – après 15 jours, 3) demande écrite
Montana ¹¹	2009	Résidence : Oui * Pas de condition ni de protocole – besoin de l'autorisation du tribunal.
Vermont ¹²	2013	Résidence : Oui Âge minimum : 18 ans Nb de mois jusqu'au décès : 6 mois Demandes au médecin : 1) première demande verbale, 2) seconde demande verbale – après 15 jours, 3) demande écrite
Californie ¹³	2015	Résidence : Oui Âge minimum : 18 ans Nb de mois jusqu'au décès : 6 mois Demandes au médecin : 1) première demande verbale, 2) seconde demande verbale – après 15 jours, 3) demande écrite

ANNEXE II : Les causes de suicide assisté au Canada

Il y a deux causes canadiennes importantes où l'aide médicale à mourir a été portée devant la Cour suprême. La première était en 1993 (« Rodriguez c. Colombie-Britannique »), quand le juge a décidé en faveur de la prohibition du suicide assisté¹⁹. La seconde cause était au début de 2015 (« Carter c. Canada ») avec deux parties : 1) Gloria Taylor, atteinte de la maladie de Lou-Gehrig, et 2) M^{me} Carter et M. Johnson, un couple marié, qui ont accompagné la mère de M^{me} Carter, Kathleen (« Kay ») Carter, en Suisse pour qu'elle puisse paisiblement mettre fin à ses jours. Après la seconde cause, la juge a annulé la décision de 1993 et permis que le suicide assisté soit légal au Canada¹.

Cause judiciaire Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général)¹⁶ 1993, 3 RCS 519

Argumentation Trois arguments de base liés aux art. 7, 12 et 15 ont été présentés en l'espèce.

1. La prohibition du suicide assisté viole l'art. 7 de la *Charte*
 Décision : Le juge a convenu que M^{me} Rodriguez était privée de son droit à la sécurité de faire un choix concernant son corps, et de son autonomie. Cependant, il faut tenir compte des principes de justice fondamentale pour voir s'ils sont conformes à la notion de justice de la société. Le juge a conclu que l'autorisation du suicide assisté *n'est pas conforme* à la notion de justice de la société, que le fait de le permettre éroderait la croyance que la vie humaine est sacrée, et qu'il existe des préoccupations quant à la protection des personnes vulnérables.
2. La prohibition du suicide assisté impose à M^{me} Rodriguez un traitement cruel et inusité, ce qui contrevient à l'art. 12 de la *Charte*
 Décision : Le juge a conclu que cet argument *ne tient pas*, car il ne s'agit pas d'un « traitement », l'appelante n'étant pas soumise à un contrôle de l'État.
3. La prohibition du suicide assisté est discriminatoire envers les personnes handicapées et viole l'art. 15 de la *Charte*
 Décision : Le juge a conclu que cela viole en effet les droits des personnes handicapées aux termes de l'art. 15, *mais* que cela peut se justifier aux termes de l'art. 1 de la *Charte*. Le juge a déterminé que la prohibition était justifiée aux termes de l'art. 1, car la restriction est raisonnable et que l'introduction d'une exception pour certains groupes créerait une inégalité.

Globalement : Le juge de première instance a conclu que le suicide assisté ne viole pas les art. 7 et 15 de la *Charte*, mais qu'il n'est pas justifiable en vertu de l'art. 1.

Résultat Le suicide assisté est prohibé

Cause judiciaire Carter c. Canada (Procureur général)¹ 2015, 1 RCS 331

Argumentation Globalement : La juge de première instance a conclu que la prohibition de l'aide médicale à la mort viole les droits aux termes de l'art. 7 des adultes capables voués à d'intolérables souffrances causées par des problèmes de santé graves et irrémédiables et a aussi conclu que cette violation n'est pas justifiée au regard de l'art. 1 de la *Charte*.

Les raisons d'infirmer la décision de 1993 sont liées à de nouvelles notions sociétales :

1. Le caractère sacré de la vie n'est plus considéré comme l'exigence de préserver la vie humaine à *tout* prix.
2. La prohibition n'est pas conforme aux principes actuels de justice fondamentale, car la décision s'applique à tous les Canadiens.
3. Les lois seront quand même en mesure de protéger les populations vulnérables, tout en permettant aux adultes capables affectés de problèmes de santé graves leur causant des souffrances d'avoir accès au suicide médicalement assisté.

Résultat La décision antérieure est infirmée – le suicide assisté est décriminalisé