



Summary of key points for legislation on physician-assisted dying

Physician-assisted dying should be treated like other medical decisions, governed by established norms of informed consent law

- No system of elaborate and difficult-to-surmount checks is needed, and indeed, such a system might well be considered to be unconstitutional if it stands in the way of access.
- Evidence tested and accepted by the courts in *Carter* confirmed that existing norms of medical consent law are sufficient:

“Based on the evidence regarding assessment processes in comparable end-of-life medical decision-making in Canada, the trial judge concluded that vulnerability can be assessed on an individual basis, using the procedures that physicians apply in their assessment of informed consent and decisional capacity in the context of medical decision-making more generally.” *Carter v. Canada*, [2015] 1 SCR 331, paragraph 115

Carter provides a constitutional floor but Parliament should go further.

- **Advance declaration:** The *Carter* ruling does not require that an individual be competent when the assistance is provided, as long as they clearly consent. Physicians should be able to act on advance patient declarations requesting assistance in dying made by patients when they were capable. We support the Provincial-Territorial Expert Advisory Group’s recommendation in this regard.
- **Age of patient:** The *Carter* decision applies to a “competent adult person.” The Supreme Court of Canada has cautioned against using arbitrary age limits that bear no relation to an individual’s competence to make a medical decision (*A.C. v. Manitoba*, 2009 SCC 30). We support the recommendation of the Provincial-Territorial Advisory Group that eligibility for physician-assisted dying should rest on competence, and not on age.

No need to define terms beyond what is already established in law

- “Grievous” is well-understood in the criminal law as serious and non-trivial.
- “Irremediable”, said the Supreme Court, means that the condition may not be relieved to an acceptable level, for the individual, by any treatment that is acceptable to that individual. (paragraph 127)
- Level of suffering: The Supreme Court stated that an individual must experience “enduring suffering that is intolerable to the individual in the circumstances of his or her condition.” (paragraph 127)

Treatment should be offered in the same way as other end-of-life medical treatment

- Physician-assisted dying can and should be treated like other medical decisions, and be governed by the established norms of informed consent law
- Assessing capacity: Doctors are experienced at assessing capacity. Where a physician questions a patient's competence, a physician may refer a patient for a specialized capacity assessment, in keeping with standard medical practice. A competence assessment should not be a requirement for all PAD requests, as this would be an unduly onerous barrier to access.
- No waiting period should be required: There does not need to be an arbitrary waiting period and a reiterated request, and certainly none was prescribed by the Supreme Court. Physicians should have the right to use their professional medical judgment, as they do in all cases in which a patient exercises informed consent in respect of an end-of-life decision.
- No requirement for second doctor opinion: It is needlessly bureaucratic and a departure from the normal standards of consent around end-of-life decision-making to **require** a second opinion. Normal medical standards include the **option** of physicians to seek consultation from other physicians as necessary to assist with patient care. This should not be imposed as a requirement because it would add an additional step that is not necessary, based on the evidence, in each case.

Conscientious refusal should result in a transfer of care:

- The BCCLA supports a transfer of care, rather than effective referral.
- While physicians are not required to offer assisted dying, they should be required to provide information to patients according to the established norms of informed consent law.
- The conscientious refuser should be under a duty to immediately notify the patient of their objection, and to immediately inform a third party (for example, a hospital, local health authority, or the provincial or territorial regulatory college) of their objection (with consent of the patient). The third party should be placed under a responsibility to contact the patient as soon as possible to provide a referral to a willing physician. This is consistent with the practice under Québec's law.

Sommaire des points principaux pour la législation concernant l'aide médicale à mourir

L'aide médicale à mourir devrait être traitée comme toute autre décision médicale régie par des normes établies de droit en matière de consentement éclairé

Aucun système de vérifications élaborées et difficiles à surmonter n'est nécessaire et, en fait, un tel système pourrait bien être considéré comme étant inconstitutionnel s'il entrave l'accès.

- Les preuves manifestes et acceptées par les cours dans la décision *Carter* ont confirmé que les normes existantes du droit sur le consentement médical suffisent :
 - « Se fondant sur la preuve relative aux procédures d'évaluation dans la prise de décisions médicales analogues concernant la fin de vie au Canada, la juge a conclu que la vulnérabilité peut être évaluée au cas par cas au moyen des procédures suivies par les médecins lorsqu'ils évaluent le consentement éclairé et la capacité décisionnelle dans le contexte de la prise de décisions d'ordre médical de façon plus générale. »
Carter c. Canada, [2015] 1 RCS 331, para 115

La décision *Carter* offre une base constitutionnelle mais le Parlement devrait aller plus loin.

- **Déclaration préalable** : La décision *Carter* n'exige pas qu'une personne soit compétente lorsque l'aide est fournie, tant qu'il existe clairement un consentement. Les médecins devraient pouvoir donner suite aux directives préalables des patients qui souhaitaient obtenir une aide médicale à mourir lorsqu'ils étaient capables de prendre cette décision. Nous appuyons la recommandation du Groupe consultatif provincial-territorial d'experts à ce sujet.
- **Âge du patient** : La décision *Carter* applique aux « personnes adultes capables ». La Cour suprême du Canada a mis en garde contre l'utilisation de limites d'âge arbitraires qui n'ont aucun lien avec la capacité d'une personne de prendre une décision médicale (*A.C.c. Manitoba*, 2009 CSC 30). Nous appuyons la recommandation du Groupe consultatif provincial-territorial d'experts mentionnant que l'admissibilité à l'aide médicale à mourir devrait reposer sur la compétence et non pas sur l'âge.

Il n'est pas nécessaire de définir les termes, outre ce qui est déjà établi dans la loi

- « Grave » est un terme qui est bien compris dans le droit criminel comme s'agissant de problèmes de santé graves et non triviaux.
- « Irrémédiable », a déclaré la Cour suprême, signifie que l'état pathologique ne peut pas être atténué pour le patient à un niveau acceptable grâce à un traitement qui est acceptable par cette personne. (Alinéa 127)
- Degré de souffrance : La Cour suprême a déclaré qu'une personne doit connaître des « souffrances persistantes qui lui sont intolérables au regard de sa condition ». (Alinéa 127)

Les traitements devraient être offerts de la même manière que tout autre traitement médical en fin de vie

- L'aide médicale à mourir peut et devrait être traitée comme toute autre décision médicale et peut être régie par des normes établies de droit en matière de consentement éclairé.
- Évaluation de la capacité : Les médecins ont une expérience en matière d'évaluation de la capacité. Lorsqu'un médecin n'est pas certain qu'un patient soit capable, le médecin pourrait avoir recours à une évaluation spécialisée de la capacité, conforme à la pratique médicale courante. Une évaluation spécialisée de la capacité ne devrait pas être une exigence s'appliquant à toutes les demandes d'aide médicale à mourir, car cela constituerait un obstacle à l'accès trop astreignant.
- Aucune période d'attente ne devrait être imposée : On ne devrait pas imposer de période d'attente arbitraire et de réitération de la demande, ce qui n'a certainement pas été prescrit par la Cour suprême. Les médecins devraient avoir le droit de faire preuve de discernement, comme ils le font dans tous les cas où un patient exerce son droit d'obtenir un consentement éclairé à propos d'une décision en fin de vie.
- Il n'est pas nécessaire d'obtenir un second avis médical : **Exiger** un second avis médical est une mesure inutilement bureaucratique et représente une déviation des normes de consentement normales à propos de la prise de décision concernant la fin de vie. Les normes médicales normales incluent l'**option** pour les médecins de consulter d'autres médecins, le cas échéant, pour aider à assurer les soins au patient. Ceci ne devrait pas être imposé comme une exigence, car il s'agirait en fait de l'ajout d'une étape supplémentaire qui est inutile, compte tenu des données probantes, dans chaque cas.

Objection de conscience

L'Association des libertés civiles de la Colombie-Britannique est en faveur d'un transfert des soins plutôt que d'une recommandation efficace.

- Bien que les médecins ne soient pas tenus d'offrir une aide médicale à mourir, ils devraient être tenus de fournir des renseignements aux patients, conformément aux normes établies en matière de droit sur le consentement éclairé.
- L'objecteur de conscience devrait être tenu d'aviser immédiatement le patient de son objection et d'informer immédiatement une tierce partie (par exemple un hôpital, un service de santé local ou l'ordre de réglementation provincial ou territorial) de son objection (avec le consentement du patient). La tierce partie devrait être tenue de contacter le patient dès que possible pour le recommander à un médecin prêt à lui offrir une aide médicale à mourir. Il s'agit de la pratique courante en vertu de la législation québécoise.