Numéro du dossier : 35591

COUR SUPRÊME DU CANADA

(EN APPEL D'UN JUGEMENT DE LA COUR D'APPEL DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE)

ENTRE : **LEE CARTER, HOLLIS JOHNSON, WILLIAM SHOICHET, BRITISH COLUMBIA CIVIL LIBERTIES ASSOCIATION ET GLORIA TAYLOR**

APPELANTS

ET : **PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA, PROCUREUR GÉNÉRAL DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE**

INTIMÉS

ET : **PROCUREUR GÉNÉRAL DE L'ONTARIO, PROCUREURE GÉNÉRALE DU QUÉBEC, PROCUREUR GÉNÉRAL DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE, COUNCIL OF CANADIANS WITH DISABILITIES AND THE CANADIAN ASSOCIATION FOR COMMUNITY LIVING, CHRISTIAN LEGAL FELLOWSHIP, CANADIAN HIV/AIDS LEGAL NETWORK (THE « LEGAL NETWORK ») AND THE HIV & AIDS LEGAL CLINIC ONTARIO (« HALCO »), ASSOCIATION FOR REFORMED POLITICAL ACTION CANADA, COLLECTIF DES MÉDECINS CONTRE L'EUTHANASIE, EVANGELICAL FELLOWSHIP OF CANADA, CHRISTIAN MEDICAL AND DENTAL SOCIETY OF CANADA, CANADIAN FEDERATION OF CATHOLIC PHYSICIANS' SOCIETIES, DYING WITH DIGNITY, CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION, CATHOLIC HEALTH ALLIANCE OF CANADA, CRIMINAL LAWYERS' ASSOCIATION (ONTARIO), FAREWELL FOUNDATION FOR THE RIGHT TO DIE, ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LE DROIT DE MOURIR DANS LA DIGNITÉ, CANADIAN CIVIL LIBERTIES ASSOCIATION, CATHOLIC CIVIL RIGHTS LEAGUE, FAITH AND FREEDOM ALLIANCE AND PROTECTION OF CONSCIENCE PROJECT, ALLIANCE OF PEOPLE WITH DISABILITIES WHO ARE SUPPORTIVE OF LEGAL ASSISTED DYING SOCIETY, CANADIAN UNITARIAN COUNCIL, EUTHANASIA PREVENTION COALITION AND EUTHANASIA PREVENTION COALITION – BRITISH COLUMBIA**

INTERVENANTS

MÉMOIRE DE L'INTERVENANTE PROCUREURE GÉNÉRALE DU QUÉBEC

(Règles 37 et 42 des *Règles de la Cour suprême du Canada*)

THÉMIS MULTIFACTUM INC.
4, rue Notre-Dame Est, bur. 100, Montréal (Québec) H2Y 1B8
Téléphone : 514 866-3565 Télécopieur : 514 866-4861
info@multifactum.com

Sylvain Leboeuf
Ministère de la Justice du Québec
Direction du droit public
1200, route de l'Église, 2e étage
Québec (Québec) G1V 4M1
Téléphone : (418) 643-1477 poste 21010
Télécopieur : (418) 644-7030
Courriel : sylvain.leboeuf@justice.gouv.qc.ca

Procureur de l'INTERVENANTE,
Procureure générale du Québec

Pierre Landry
Noël & Associés
111, rue Champlain
Gatineau (Québec) J8X 3R1
Téléphone : (819) 771-7393
Télécopieur : (819) 771-5397
Courriel : p.landry@noelassocies.com

Correspondant de l'INTERVENANTE,
Procureure générale du Québec

LISTE DES PROCUREURS

Joseph J. Arvay, Q.C.
Alison Latimer
Sheila M. Tucker
Farris, Vaughan, Wills & Murphy LLP
700 West Georgia Street, 25th Floor
Vancouver (Colombie-Britannique) V7Y 1B3
Téléphone : (604) 684-9151
Télécopieur : (604) 661-9349
Courriel : jarvay@farris.com

Procureurs de l'APPELANT,
Lee Carter

Jeffrey W. Beedell
Gowling Lafleur Henderson LLP
160 Elgin Street, Suite 2600
Ottawa (Ontario) K1P 1C3
Téléphone : (613) 786-0171
Télécopieur : (613) 788-3587
Courriel : jeff.beedell@gowlings.com

Correspondant de l'APPELANT,
Lee Carter

Joseph J. Arvay, Q.C.
Alison Latimer
Sheila M. Tucker
Farris, Vaughan, Wills & Murphy LLP
700 West Georgia Street, 25th Floor
Vancouver (Colombie-Britannique) V7Y 1B3
Téléphone : (604) 684-9151
Télécopieur : (604) 661-9349
Courriel : jarvay@farris.com

Procureurs des APPELANTS,
Hollis Johnson, William Shoichet, British Columbia Civil Liberties Association et Gloria Taylor

Jeffrey W. Beedell
Gowling Lafleur Henderson LLP
160 Elgin Street, Suite 2600
Ottawa (Ontario) K1P 1C3
Téléphone : (613) 786-0171
Télécopieur : (613) 788-3587
Courriel : jeff.beedell@gowlings.com

Correspondant des APPELANTS,
Hollis Johnson, William Shoichet, British Columbia Civil Liberties Association et Gloria Taylor

Robert J. Frater
Donnaree Nygard
Attorney General of Canada
50 O'Connor Street, Suite 500
Ottawa (Ontario) K1P 6L2
Téléphone : (613) 670-6289
Télécopieur : (613) 954-1920
Courriel : robert.frater@justice.gc.ca

Procureurs de l'INTIMÉ,
Procureur général du Canada

William F. Pentney / pour Robert J. Frater
Attorney General of Canada
50 O'Connor Street, Suite 500
Ottawa (Ontario) K1P 6L2
Téléphone : (613) 670-6289
Télécopieur : (613) 954-1920
Courriel : robert.frater@justice.gc.ca

Correspondant de l'INTIMÉ,
Procureur général du Canada

Zachary Green
Attorney General of Ontario
720 Bay Street, 4th Floor
Toronto (Ontario) M5G 2K1
Téléphone : (416) 326-4460
Télécopieur : (416) 326-4015
Courriel : zachary.green@ontario.ca

Procureur de l'INTERVENANT,
Procureur général de l'Ontario

Robert E. Houston, Q.C.
Burke-Robertson
441 MacLaren Street, Suite 200
Ottawa (Ontario) K2P 2H3
Téléphone : (613) 236-9665
Télécopieur : (613) 235-4430
Courriel : rhouston@burkerobertson.com

Correspondant de l'INTERVENANT,
Procureur général de l'Ontario

Bryant Mackey
Christina Drake
Attorney General of British Columbia
6th Floor - 1001 Douglas Street
P.O. Box 9280, Stn. Prov. Gov.
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 9J7
Téléphone : (250) 356-8894
Télécopieur : (250) 356-9154

Procureurs de l'INTERVENANT,
Procureur général de la Colombie-Britannique

Robert E. Houston, Q.C.
Burke-Robertson
441 MacLaren Street, Suite 200
Ottawa (Ontario) K2P 2H3
Téléphone : (613) 236-9665
Télécopieur : (613) 235-4430
Courriel : rhouston@burkerobertson.com

Correspondant de l'INTERVENANT,
Procureur général de la Colombie-Britannique

David Baker
Sarah Mohamed
Bakerlaw
4711 Yonge Street, Suite 509
Toronto (Ontario) M2N 6K8
Téléphone : (416) 533-0040
Télécopieur : (416) 533-0050
Courriel : dbaker@bakerlaw.ca

Procureurs des INTERVENANTS,
Council of Canadians with Disabilities and the Canadian Association for Community Living

Marie-France Major
Supreme Advocacy LLP
397 Gladstone Avenue, Suite 100
Ottawa (Ontario) K2P 0Y9
Téléphone : (613) 695-8855 Ext : 102
Télécopieur : (613) 695-8580
Courriel : mfmajor@supremeadvocacy.ca

Correspondante des INTERVENANTS,
Council of Canadians with Disabilities and the Canadian Association for Community Living

Gerald D. Chipeur, Q.C.
Miller Thomson LLP
3000, 700 – 9th Avenue SW
Calgary (Alberta) T2P 3V4
Téléphone : (403) 298-2425
Télécopieur : (403) 262-0007

Procureur de l'INTERVENANT,
Christian Legal Fellowship

Eugene Meehan, Q.C.
Supreme Advocacy LLP
397 Gladstone Avenue, Suite 100
Ottawa (Ontario) K2P 0Y9
Téléphone : (613) 695-8855 Ext : 101
Télécopieur : (613) 695-8580
Courriel : emeehan@supremeadvocacy.ca

Correspondant de l'INTERVENANT,
Christian Legal Fellowship

Gordon Capern
Michael Fenrick
Paliare, Roland, Rosenberg, Rothstein, LLP
155 Wellington Street West, 35th Floor
Toronto (Ontario) M5V 3H1
Téléphone : (416) 646-4311
Télécopieur : (416) 646-4301
Courriel : gordon.capern@paliareroland.com

Procureurs des INTERVENANTS, Canadian HIV/AIDS Legal Network (the « Legal Network ») and the HIV & AIDS Legal Clinic Ontario (« HALCO »)

Marie-France Major
Supreme Advocacy LLP
397 Gladstone Avenue, Suite 100
Ottawa (Ontario) K2P 0Y9
Téléphone : (613) 695-8855 Ext : 102
Télécopieur : (613) 695-8580
Courriel : mfmajor@supremeadvocacy.ca

Correspondante des INTERVENANTS, Canadian HIV/AIDS Legal Network (the « Legal Network ») and the HIV & AIDS Legal Clinic Ontario (« HALCO »)

André Schutten
ARPA Canada
1 Rideau Street, Suite 700
Ottawa (Ontario) K1N 8S7
Téléphone : (613) 297-5172
Télécopieur : (613) 670-5701
Courriel : Andre@ARPACanada.ca

Procureur de l'INTERVENANT, Association for Reformed Political Action Canada

Pierre Bienvenu
Andres C. Garin
Vincent Rochette
Norton Rose Fulbright Canada LLP
1, Place Ville Marie, Bureau 2500
Montréal (Québec) H3B 1R1
Téléphone : (514) 847-4452
Télécopieur : (514) 286-5474
Courriel : pierre.bienvenu@nortonrose.com

Procureurs de l'INTERVENANT, Collectif des médecins contre l'euthanasie

Sally Gomery
Norton Rose Fulbright Canada LLP
1500-45 O'Connor Street
Ottawa (Ontario) K1P 1A4
Téléphone : (613) 780-8604
Télécopieur : (613) 230-5459
Courriel : sally.gomery@nortonrose.com

Correspondante de l'INTERVENANT, Collectif des médecins contre l'euthanasie

Geoffrey Trotter
Geoffrey Trotter Law Corporation
1185 West Georgia Street, suite 1700
Vancouver (Colombie-Britannique) V6E 4E6
Téléphone : (604) 678-9190
Télécopieur : (604) 259-2459
Courriel : gt@gtlawcorp.com

Procureur de l'INTERVENANT, Evangelical Fellowship of Canada

Albertos Polizogopoulos
Vincent Dagenais Gibson LLP
260 Dalhousie Street, Suite 400
Ottawa (Ontario) K1N 7E4
Téléphone : (613) 241-2701
Télécopieur : (613) 241-2599
Courriel : albertos@vdg.ca

Correspondant de l'INTERVENANT, Evangelical Fellowship of Canada

Albertos Polizogopoulos
Vincent Dagenais Gibson LLP
260 Dalhousie Street, Suite 400
Ottawa (Ontario) K1N 7E4
Téléphone : (613) 241-2701
Télécopieur : (613) 241-2599
Courriel : albertos@vdg.ca

Procureur de l'INTERVENANT,
Christian Medical and Dental Society of Canada

Geoffrey Trotter
Geoffrey Trotter Law Corporation
1185 West Georgia Street, suite 1700
Vancouver (Colombie-Britannique) V6E 4E6
Téléphone : (604) 678-9190
Télécopieur : (604) 259-2459
Courriel : gt@gtlawcorp.com

Procureur de l'INTERVENANT,
Canadian Federation of Catholic Physicians' Societies

Marie-France Major
Supreme Advocacy LLP
397 Gladstone Avenue, Suite 100
Ottawa (Ontario) K2P 0Y9
Téléphone : (613) 695-8855 Ext : 102
Télécopieur : (613) 695-8580
Courriel : mfmajor@supremeadvocacy.ca

Correspondante de l'INTERVENANT,
Canadian Federation of Catholic Physicians' Societies

Cynthia Petersen
Kelly Doctor
Sack Goldblatt Mitchell LLP
1100 - 20 Dundas St West, Box 180
Toronto (Ontario) M5G 2G8
Téléphone : (416) 977-6070
Télécopieur : (416) 591-7333
Courriel : cpetersen@sgmlaw.com

Procureures de l'INTERVENANT,
Dying with Dignity

Raija Pulkkinen
Sack Goldblatt Mitchell LLP
500 - 30 Metcalfe Street
Ottawa (Ontario) K1P 5L4
Téléphone : (613) 235-5327
Télécopieur : (613) 235-3041
Courriel : rpulkkinen@sgmlaw.com

Correspondante de l'INTERVENANT,
Dying with Dignity

Harry Underwood
Polley Faith LLP
80 Richmond Street West, Suite 1300
Toronto (Ontario) M5H 2A4
Téléphone : (416) 365-6446
Télécopieur: (416) 365-1601
Courriel : hunderwood@polleyfaith.com

Procureur de l'INTERVENANT,
Canadian Medical Association

D. Lynne Watt
Gowling Lafleur Henderson LLP
160 Elgin Street, Suite 2600
Ottawa (Ontario) K1P 1C3
Téléphone : (613) 786-8695
Télécopieur : (613) 788-3509
Courriel : lynne.watt@gowlings.com

Correspondante de l'INTERVENANT,
Canadian Medical Association

Russell G. Gibson
Albertos Polizogopoulos
Vincent Dagenais Gibson LLP
260 Dalhousie Street, Suite 400
Ottawa (Ontario) K1N 7E4
Téléphone : (613) 241-2701 Ext : 229
Télécopieur : (613) 241-2599
Courriel : russell.gibson@vdg.ca

Procureurs de l'INTERVENANT,
Catholic Health Alliance of Canada

Marlys A. Edwardh
Daniel Sheppard
Sack Goldblatt Mitchell LLP
1100 - 20 Dundas St. W.
Toronto (Ontario) M5G 2G8
Téléphone : (416) 979-4380
Télécopieur : (416) 979-4430
Courriel : medwardh@sgmlaw.com

Procureurs de l'INTERVENANT,
Criminal Lawyers' Assocation (Ontario)

D. Lynne Watt
Gowling Lafleur Henderson LLP
160 Elgin Street, Suite 2600
Ottawa (Ontario) K1P 1C3
Téléphone : (613) 786-8695
Télécopieur : (613) 788-3509
Courriel : lynne.watt@gowlings.com

Correspondante de l'INTERVENANT,
Criminal Lawyers' Assocation (Ontario)

Joseph J. Arvay, Q.C.
Alison Latimer
Farris, Vaughan, Wills & Murphy LLP
700 West Georgia Street, 25th Floor
Vancouver (Colombie-Britannique) V7Y 1B3
Téléphone : (604) 684-9151
Télécopieur : (604) 661-9349
Courriel : jarvay@farris.com

Procureurs de l'INTERVENANT,
Farewell Foundation For The Right To Die

Jeffrey W. Beedell
Gowling Lafleur Henderson LLP
160 Elgin Street, Suite 2600
Ottawa (Ontario) K1P 1C3
Téléphone : (613) 786-0171
Télécopieur : (613) 788-3587
Courriel : jeff.beedell@gowlings.com

Correspondant de l'INTERVENANT,
Farewell Foundation For The Right To Die

Joseph J. Arvay, Q.C.
Alison Latimer
Farris, Vaughan, Wills & Murphy LLP
700 West Georgia Street, 25th Floor
Vancouver (Colombie-Britannique) V7Y 1B3
Téléphone : (604) 684-9151
Télécopieur : (604) 661-9349
Courriel : jarvay@farris.com

Procureurs de l'INTERVENANT, Association
Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité

Jeffrey W. Beedell
Gowling Lafleur Henderson LLP
160 Elgin Street, Suite 2600
Ottawa (Ontario) K1P 1C3
Téléphone : (613) 786-0171
Télécopieur : (613) 788-3587
Courriel : jeff.beedell@gowlings.com

Correspondant de l'INTERVENANT,
Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité

Christopher D. Bredt
Ewa Krajewska
Margot Finley
Borden Ladner Gervais LLP
Scotia Plaza, 40 King Street West
Toronto (Ontario) M5H 3Y4
Téléphone : (416) 367-6165
Télécopieur : (416) 361-7063
Courriel : cbredt@blg.com

Procureurs de l'INTERVENANT,
Canadian Civil Liberties Association

Nadia Effendi
Borden Ladner Gervais LLP
World Exchange Plaza
100 Queen Street, Suite 1100
Ottawa (Ontario) K1P 1J9
Téléphone : (613) 237-5160
Télécopieur : (613) 230-8842

Correspondante de l'INTERVENANT,
Canadian Civil Liberties Association

Ranjan K. Agarwal
Jack R. Maslen
Bennett Jones LLP
3400 One First Canadian Place
P.O. Box 130, Station 1st Canadian Place
Toronto (Ontario) M5X 1A4
Téléphone : (416) 863-1200
Télécopieur : (416) 863-1716
Courriel : agarwalr@bennettjones.com

Procureurs de l'INTERVENANT,
Catholic Civil Rights League

Sheridan Scott
Bennett Jones LLP
1900 - 45 O'Connor Street
World Exchange Plaza
Ottawa (Ontario) K1P 1A4
Téléphone : (613) 683-2302
Télécopieur : (613) 683-2323
Courriel : scotts@bennettjones.com

Correspondante de l'INTERVENANT,
Catholic Civil Rights League

Geoffrey Trotter
Ranjan K. Agarwal
Jack R. Maslen
Geoffrey Trotter Law Corporation
1185 West Georgia Street, suite 1700
Vancouver (Colombie-Britannique) V6E 4E6
Téléphone : (604) 678-9190
Télécopieur : (604) 259-2459
Courriel : gt@gtlawcorp.com

Procureurs de l'INTERVENANT,
Faith and Freedom Alliance and Protection of Conscience Project

Marie-France Major
Supreme Advocacy LLP
397 Gladstone Avenue, Suite 100
Ottawa (Ontario) K2P 0Y9
Téléphone : (613) 695-8855 Ext : 102
Télécopieur : (613) 695-8580
Courriel : mfmajor@supremeadvocacy.ca

Correspondante de l'INTERVENANT,
Faith and Freedom Alliance and Protection of Conscience Project

Angus M. Gunn, Q.C.
Borden Ladner Gervais LLP
1200 - 200 Burrard Street
Vancouver (Colombie-Britannique) V7X 1T2
Téléphone : (604) 687-5744
Télécopieur : (604) 687-1415

Procureur de l'INTERVENANT,
Alliance Of People With Disabilities Who Are Supportive of Legal Assisted Dying Society

Nadia Effendi
Borden Ladner Gervais LLP
World Exchange Plaza
100 Queen Street, Suite 1100
Ottawa (Ontario) K1P 1J9
Téléphone : (613) 237-5160
Télécopieur : (613) 230-8842

Correspondante de l'INTERVENANT,
Alliance Of People With Disabilities Who Are Supportive of Legal Assisted Dying Society

Tim A. Dickson
R.J.M. Androsoff
Farris, Vaughan, Wills & Murphy LLP
700 West Georgia Street, 25th Floor
Vancouver (Colombie-Britannique) V7Y 1B3
Téléphone : (604) 661-9341
Télécopieur : (604) 661-9349
Courriel : tdickson@farris.com

Procureurs de l'INTERVENANT,
Canadian Unitarian Council

Nadia Effendi
Borden Ladner Gervais LLP
World Exchange Plaza
100 Queen Street, Suite 1100
Ottawa (Ontario) K1P 1J9
Téléphone : (613) 237-5160
Télécopieur : (613) 230-8842

Correspondante de l'INTERVENANT,
Canadian Unitarian Council

Hugh R. Scher
Scher Law Professional Corporation
69 Bloor Street East, Suite 210
Toronto (Ontario) M4W 1A9
Téléphone : (416) 515-9686
Télécopieur : (416) 969-1815
Courriel : hugh@sdlaw.ca

Procureur de l'INTERVENANT,
Euthanasia Prevention Coalition and Euthanasia Prevention Coalition - British Columbia

Yael Wexler
Fasken Martineau DuMoulin LLP
55 Metcalfe Street, Suite 1300
Ottawa (Ontario) K1P 6L5
Téléphone : (613) 236-3882
Télécopieur : (613) 230-6423
Courriel : ywexler@fasken.com

Correspondant de l'INTERVENANT,
Euthanasia Prevention Coalition and Euthanasia Prevention Coalition - British Columbia

MÉMOIRE DE L'INTERVENANTE, PROCUREURE GÉNÉRALE DU QUÉBEC

Page

PARTIE I – EXPOSÉ DE LA POSITION ET DES FAITS 1

PARTIE II – EXPOSÉ DES QUESTIONS EN LITIGE 2

PARTIE III – EXPOSÉ DES ARGUMENTS 4

1. L'APPLICATION DE LA DOCTRINE DE L'EXCLUSIVITÉ DES COMPÉTENCES À L'APPUI DE L'EXCLUSIVITÉ PROVINCIALE 4

1.1 La portée unidimensionnelle actuelle de la doctrine de l'exclusivité des compétences 4

1.2 La protection de l'exclusivité provinciale favorise le fédéralisme et l'interprétation évolutive du partage des compétences 4

2. LE CONTENU VITAL ET ESSENTIEL DE LA COMPÉTENCE PROVINCIALE DE LÉGIFÉRER EN MATIÈRE DE SANTÉ 9

2.1 L'aide médicale à mourir constitue un soin de santé 9

2.2 La compétence des deux ordres de gouvernement de légiférer en matière de santé 11

2.2.1 La compétence provinciale générale en matière de santé 11

2.2.2 La compétence circonscrite du fédéral en matière de santé en vertu du paragraphe 91(27) de la *Loi constitutionnelle de 1867* 12

2.3 La compétence de légiférer quant à l'aide médicale à mourir : la compétence exclusive provinciale de déterminer la nature des soins de santé offerts et d'encadrer le processus de consentement aux soins 13

3. L'APPLICATION DE LA DOCTRINE DE L'EXCLUSIVITÉ DES COMPÉTENCES À L'APPUI DE L'EXCLUSIVITÉ PROVINCIALE 17

CONCLUSION 19

PARTIE IV – DÉPENS 20

PARTIE V – ORDONNANCES DEMANDÉES 20

PARTIE VI – TABLE DES SOURCES 21

PARTIE VII – TABLE DES LOIS / RÈGLEMENTS / RÈGLES 23

Page

Code civil du Québec 24

Code criminel, L.R.C. (1985), c. C-46 30

Consent to Treatment and Health Care Directives Act, R.S.P.E.I. 1988, c. C-17.2 37

Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act, R.S.B.C. 1996, c. 181 51

Health Care Directives and Substitute Health Care Decision Makers Act, S.S. 1997, c. H-0.001 71

Health Care Consent Act, S.O. 1996, c. 2, Sch. A 80

Health Professions Act, R.S.A. 2000, c. H-7 93

Health Services Act, R.S.P.E.I. 1988, c. H-1.6 97

Loi sur les professions de la santé réglementées, C.P.L.M. c. R117 99

Loi sur l'assurance-maladie, R.L.R.Q. c. A-29 105

Loi constitutionnelle de 1867, 30 & 31 Victoria, ch. 3 (R.-U.) 114

Loi médicale, R.L.R.Q. c. M-9 126

Loi sur les services de santé et les services sociaux, R.L.R.Q. c. S-4.2 133

Loi concernant les soins de fin de vie, L.Q. 2014, c. 2 139

Numéro du dossier : 35591

COUR SUPRÊME DU CANADA

(EN APPEL D'UN JUGEMENT DE LA COUR D'APPEL DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE)

ENTRE : **LEE CARTER, HOLLIS JOHNSON, WILLIAM SHOICHET, BRITISH COLUMBIA CIVIL LIBERTIES ASSOCIATION ET GLORIA TAYLOR**

APPELANTS

ET : **PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA, PROCUREUR GÉNÉRAL DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE**

INTIMÉS

ET : **PROCUREUR GÉNÉRAL DE L'ONTARIO, PROCUREURE GÉNÉRALE DU QUÉBEC, PROCUREUR GÉNÉRAL DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE, COUNCIL OF CANADIANS WITH DISABILITIES AND THE CANADIAN ASSOCIATION FOR COMMUNITY LIVING, CHRISTIAN LEGAL FELLOWSHIP, CANADIAN HIV/AIDS LEGAL NETWORK (THE « LEGAL NETWORK ») AND THE HIV & AIDS LEGAL CLINIC ONTARIO (« HALCO »), ASSOCIATION FOR REFORMED POLITICAL ACTION CANADA, COLLECTIF DES MÉDECINS CONTRE L'EUTHANASIE, EVANGELICAL FELLOWSHIP OF CANADA, CHRISTIAN MEDICAL AND DENTAL SOCIETY OF CANADA, CANADIAN FEDERATION OF CATHOLIC PHYSICIANS' SOCIETIES, DYING WITH DIGNITY, CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION, CATHOLIC HEALTH ALLIANCE OF CANADA, CRIMINAL LAWYERS' ASSOCIATION (ONTARIO), FAREWELL FOUNDATION FOR THE RIGHT TO DIE, ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LE DROIT DE MOURIR DANS LA DIGNITÉ, CANADIAN CIVIL LIBERTIES ASSOCIATION, CATHOLIC CIVIL RIGHTS LEAGUE, FAITH AND FREEDOM ALLIANCE AND PROTECTION OF CONSCIENCE PROJECT, ALLIANCE OF PEOPLE WITH DISABILITIES WHO ARE SUPPORTIVE OF LEGAL ASSISTED DYING SOCIETY, CANADIAN UNITARIAN COUNCIL, EUTHANASIA PREVENTION COALITION AND EUTHANASIA PREVENTION COALITION – BRITISH COLUMBIA**

INTERVENANTS

MÉMOIRE DE L'INTERVENANTE
PROCUREURE GÉNÉRALE DU QUÉBEC

PARTIE I

EXPOSÉ DE LA POSITION ET DES FAITS

1. La Procureure générale du Québec intervient dans le présent pourvoi à la suite d'un avis d'intervention donné à la Cour le 19 mars 2014 et s'en remet essentiellement à l'exposé des faits qui se retrouve au mémoire des Appelants.

2. La Procureure générale du Québec intervient au présent pourvoi en raison des sérieux impacts juridiques pouvant en découler, plus particulièrement quant à l'encadrement et à l'administration, par les autorités provinciales, de l'aide médicale à mourir – qui constitue selon lui un soin de santé – aux personnes atteintes de maladies graves et incurables en fin de vie. À cet égard, l'Assemblée nationale du Québec a adopté la *Loi concernant les soins de fin de vie* traitant notamment de l'encadrement de l'aide médicale à mourir[1].

3. La science médicale et la société progressent continuellement. Des traitements, nouveaux ou améliorés, sont prodigués aux malades dans le but de les guérir des maladies les affligeant. Malheureusement, la maladie l'emporte régulièrement. Devant l'impossibilité de guérir un patient, de nombreux soins lui sont offerts afin de soulager ses souffrances physiques et psychologiques, et l'aide médicale à mourir constitue un de ces soins :

> Ces progrès permettent aujourd'hui de contrôler relativement bien les souffrances en fin de vie, en particulier lorsqu'une personne mourante a accès à des soins palliatifs de qualité. Toutefois, la médecine moderne transforme parfois les mourants en grands malades chroniques. **Des personnes sont parfois maintenues en vie au-delà d'un point que la plupart jugeraient raisonnable. Nous avons pu constater que la médicalisation de la mort signifie, pour certains, une qualité de vie qui laisse à désirer. Parfois, l'agonie se prolonge de manière inhumaine dans des souffrances insupportables, les médecins ne réussissant pas à apaiser toutes les douleurs, et ce, même dans les meilleures unités de soins palliatifs**. Dans de telles circonstances, il arrive que des malades estiment avoir perdu leur dignité et qu'ils demandent à leur médecin de l'aide pour mourir.[2]

---

[1] *Loi concernant les soins de fin de vie*, L.Q. 2014, c. 2. Voir notamment le par. 3(6) et l'art. 26, **Mémoire de l'Intervenante, Procureure générale du Québec, ci-après « M.I. », p. 139**.

[2] COMMISSION SPÉCIALE SUR LA QUESTION DE MOURIR DANS LA DIGNITÉ, *Rapport*, mars 2012, p. 49-50 (les caractères gras sont ajoutés) (Dossier des Appelants, vol. LII, p. 14931-14932).

PARTIE II

EXPOSÉ DES QUESTIONS EN LITIGE

4. Dans une ordonnance rendue le 18 février 2014, la très honorable juge en chef McLachlin a formulé comme suit les questions constitutionnelles du présent pourvoi :

> 1. Les articles 14, 21, 22, 222 et 241 du *Code criminel*, L.R.C. 1985, ch. C-46, sont-ils constitutionnellement inapplicables à l'aide médicale à mourir en raison de la doctrine de l'exclusivité des compétences?
> 2. Les articles 14, 21, 22, 222 et 241 du *Code criminel*, L.R.C. 1985, ch. C-46, violent-ils l'art. 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés*?
> 3. Dans l'affirmative, s'agit-il d'une violation constituant une limite raisonnable, établie par une règle de droit et dont la justification peut se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique conformément à l'article premier de la *Charte canadienne des droits et libertés*?
> 4. Les articles 14, 21, 22, 222 et 241 du *Code criminel*, L.R.C. 1985, ch. C-46, violent-ils l'art. 15 de la *Charte canadienne des droits et libertés*?
> 5. Dans l'affirmative, s'agit-il d'une violation constituant une limite raisonnable, établie par une règle de droit et dont la justification peut se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique conformément à l'article premier de la *Charte canadienne des droits et libertés*?

5. En premier lieu, la Procureure générale du Québec note que l'expression « aide médicale à mourir »[3], en raison des dispositions contestées dans le présent pourvoi, fait généralement référence aux pratiques, dans un contexte médical, du suicide assisté et de l'euthanasie volontaire.

6. En second lieu, la Procureure générale du Québec limite son intervention à la première question constitutionnelle et soutient que les provinces ont compétence exclusive afin de légiférer à l'égard de l'aide médicale à mourir. En effet, l'encadrement légal de ce soin s'inscrit en droite ligne avec **la détermination de la nature des soins de santé offerts et l'encadrement du processus de consentement aux soins**, soit le contenu minimal élémentaire et irréductible (ci-après : « contenu vital et essentiel ») de la compétence

[3] Aux fins des questions constitutionnelles, « aide médicale à mourir » est la traduction de « physician-assisted death ».

provinciale en matière de santé conférée aux provinces par les paragraphes 92(7), (13) et (16) de la *Loi constitutionnelle de 1867*[4].

7. À cet égard, la Procureure générale du Québec soutient que :

- La doctrine de l'exclusivité des compétences protège également le contenu vital et essentiel d'une compétence législative provinciale. Limiter son application à la seule réalité législative fédérale contribue à créer un déséquilibre dans l'aménagement des compétences respectives de chaque ordre de gouvernement.
- La question de l'aide médicale à mourir s'inscrit dans un continuum de soins offerts en fin de vie afin de soulager les souffrances de patients atteints de maladies graves et incurables. Elle doit être abordée en tenant compte du contexte médical dans lequel elle s'inscrit, et non de façon désincarnée en centrant l'analyse uniquement sur sa conséquence ultime, le décès du patient.
- Les provinces ont la compétence générale en matière de santé et cela comprend notamment le pouvoir de légiférer afin de déterminer la nature des soins qu'elles offrent et d'encadrer leur administration aux patients.
- La détermination de la nature des soins et l'encadrement du processus de consentement aux soins constituent la pierre angulaire, et font partie du contenu vital et essentiel de la compétence provinciale générale en matière de santé.
- D'une part, afin de prodiguer des soins adéquats, il est absolument nécessaire pour les provinces de déterminer la nature des soins qu'elles offrent. D'autre part, le processus de consentement aux soins est incontournable dans le cadre de leur administration. Sauf circonstances exceptionnelles, il est impératif d'obtenir préalablement le consentement du patient.
- Par conséquent, les provinces ont compétence exclusive afin de légiférer à l'égard de l'aide médicale à mourir puisque son encadrement s'inscrit en droite ligne avec le contenu vital et essentiel de la compétence provinciale en matière de santé.
- En présence d'une législation provinciale encadrant l'aide médicale à mourir, la portée juridique des dispositions contestées du *Code criminel*[5] devra faire l'objet d'une interprétation atténuée (« reading down ») puisque ces dispositions entraveront le contenu vital et essentiel de la compétence provinciale. Il n'y aura donc pas de risque lié à un vide juridique. Les dispositions contestées du *Code criminel* seront pleinement applicables en l'absence d'encadrement de l'aide médicale à mourir.

---

[4] 30 & 31 Victoria, ch. 3 (R.-U.), **M.I., p. 114**.
[5] *Code criminel*, L.R.C. (1985), c. C-46, art. 14, 21, 22, 222 et 241, **M.I., p. 30**.

PARTIE III

EXPOSÉ DES ARGUMENTS

1. L'APPLICATION DE LA DOCTRINE DE L'EXCLUSIVITÉ DES COMPÉTENCES À L'APPUI DE L'EXCLUSIVITÉ PROVINCIALE

1.1 LA PORTÉE UNIDIMENSIONNELLE ACTUELLE DE LA DOCTRINE DE L'EXCLUSIVITÉ DES COMPÉTENCES

8. La doctrine de l'exclusivité des compétences permet, en théorie, de protéger le contenu vital et essentiel des compétences fédérales et provinciales[6]. Pourtant, il est reconnu que la doctrine a été appliquée uniquement en faveur des compétences fédérales[7] et que cela a pu engendrer des résultats asymétriques[8]. Or, elle ne doit pas être interprétée et appliquée d'une façon unidimensionnelle, c'est-à-dire uniquement à l'appui de l'exclusivité des compétences fédérales.

9. L'application de la doctrine de l'exclusivité des compétences à l'appui de l'exclusivité provinciale est un élément qui contribue au maintien de l'équilibre entre chaque ordre de gouvernement au regard de leurs compétences respectives[9].

1.2 LA PROTECTION DE L'EXCLUSIVITÉ PROVINCIALE FAVORISE LE FÉDÉRALISME ET L'INTERPRÉTATION ÉVOLUTIVE DU PARTAGE DES COMPÉTENCES

10. Dans le présent pourvoi, la Procureure générale du Québec invite la Cour à établir une distinction relativement à l'approche restreinte de la doctrine de l'exclusivité des compétences, afin de reconnaître formellement la protection du contenu vital et essentiel de compétences provinciales. Aucun principe juridique n'empêche l'application de la doctrine à l'appui de l'exclusivité provinciale.

---

[6] *Nation Tsilhqot'in* c. *Colombie-Britannique*, 2014 CSC 44, par. 131 et 141; *Canada (Procureur général)* c. *PHS Community Services Society*, [2011] 3 R.C.S. 134, par. 65; *Banque canadienne de l'Ouest* c. *Alberta*, [2007] 2 R.C.S. 3, par. 35, **Recueil de sources de l'Intervenante, Procureure générale du Québec, ci-après « R.S. », onglet 2**. Voir également Peter W. HOGG, *Constitutional Law of Canada*, Toronto, Carswell, feuilles mobiles, p. 15-38.4 et 15-38.5, **R.S., onglet 31**.

[7] *Banque canadienne de l'Ouest* c. *Alberta*, précité, note 6, par. 35, **R.S., onglet 2**. La Cour d'appel de la Colombie-Britannique avait appliqué la doctrine de l'exclusivité d'une compétence provinciale de la santé dans l'arrêt *PHS Community Services Society* c. *Canada (Attorney General)*, [2010] B.C.J. no 57, par. 152-176, **R.S., onglet 16** (infirmée par la Cour suprême : (*Canada (Procureur général)* c. *PHS Community Services Society*, précité, note 6. Dans la décision *Canadian Blood Services* c. *Manitoba (Human Rights Commission) and Zoldy*, [2011] M.J. no 414, par. 49 (B.R. Man.), **R.S., onglet 4**, la doctrine n'a pas été appliquée à l'appui d'une exclusivité provinciale.

[8] *Banque canadienne de l'Ouest* c. *Alberta*, précité, note 6, par. 35 et 45, **R.S., onglet 2**. Voir également Peter W. HOGG, précité, note 6, p. p. 15-38.4 et 15-38.5, **R.S., onglet 31**.

[9] Voir *Banque canadienne de l'Ouest* c. *Alberta*, précité, note 6, par. 24, **R.S., onglet 2**.

11. Il a été jugé que la doctrine de l'exclusivité des compétences est d'application restreinte puisqu'elle **devrait** être généralement limitée aux seuls cas déjà tranchés dans la jurisprudence :

> Nous tenons à rappeler que la doctrine de l'exclusivité des compétences reste d'une application restreinte, et qu'elle devrait, en général, être limitée aux situations déjà traitées dans la jurisprudence. Concrètement, cela signifie qu'elle ne sera principalement destinée qu'aux chefs de compétence qui concernent les choses, personnes ou entreprises fédérales, ou encore qu'aux cas où son application a déjà été jugée absolument nécessaire pour permettre au Parlement ou à une législature provinciale de réaliser l'objectif pour lequel la compétence législative exclusive a été attribuée, selon ce qui ressort du partage constitutionnel des compétences dans son ensemble, ou qu'à ce qui est absolument nécessaire pour permettre à une entreprise d'accomplir son mandat dans ce qui constitue justement sa spécificité fédérale (ou provinciale).[10]

12. Deux principes, selon la Cour, justifient essentiellement l'application restreinte de la doctrine de l'exclusivité des compétences : le fédéralisme, principe directeur fondamental de l'ordre constitutionnel canadien[11], et le principe d'interprétation évolutive du partage des compétences[12].

13. D'une part, le recours à la doctrine de l'exclusivité des compétences minerait le fédéralisme coopératif en favorisant une interprétation centralisatrice du partage des compétences[13] et en négligeant l'approche privilégiant l'application des législations adoptée par chaque ordre de gouvernement[14]. D'autre part, l'application de la doctrine se concilierait difficilement avec l'interprétation évolutive du partage des compétences puisque la tentative de définir dans l'abstrait le contenu vital et essentiel d'une compétence serait effectuée en ne prenant pas en compte « [...] l'évolution des

---

[10] *Banque canadienne de l'Ouest* c. *Alberta*, précité, note 6, par. 77, (les juges Binnie et LeBel pour la majorité de la Cour), **R.S., onglet 2**. Voir également *Nation Tsilhqot'in* c. *Colombie-Britannique*, précité, note 6, par. 149; *Marine Services International Ltd.* c. *Ryan (Succession)*, [2013] 3 R.C.S. 53, par. 50, **R.S., onglet 14**; *Canada (Procureur général)* c. *PHS Community Services Society*, précité, note 6, par. 61.

[11] *Banque canadienne de l'Ouest* c. *Alberta*, précité, note 6, par. 21, **R.S., onglet 2**. Voir également les propos de la juge Deschamps, en dissidence, dans l'arrêt *Québec (Procureur général)* c. *Lacombe*, [2010] 2 R.C.S. 453, par. 110, **R.S., onglet 18**.

[12] *Banque canadienne de l'Ouest* c. *Alberta*, précité, note 6, par. 23, **R.S., onglet 2**.

[13] *Banque canadienne de l'Ouest* c. *Alberta*, précité, note 6, par. 45, **R.S., onglet 2**.

[14] *Banque canadienne de l'Ouest* c. *Alberta*, précité, note 6, par. 37, **R.S., onglet 2**. Voir également *Nation Tsilhqot'in* c. *Colombie-Britannique*, précité, note 6, par. 149; *Chatterjee* c. *Ontario (Procureur général)*, [2009] 1 R.C.S. 624, par. 2, **R.S., onglet 6**.

problèmes auxquels le partage des compétences législatives doit maintenant apporter des solutions »[15].

14. Pour la Cour, afin d'éviter d'accroître l'asymétrie engendrée par l'application de la doctrine de l'exclusivité des compétences[16], cette dernière ne pourrait, de façon prospective, protéger le contenu vital et essentiel des compétences provinciales.

15. Pourtant, si l'application de la doctrine de l'exclusivité des compétences a eu pour résultat de favoriser une interprétation centralisatrice, c'est en raison du fait qu'elle a été appliquée uniquement, et indéniablement, à l'appui de l'exclusivité des compétences fédérales.

16. Un paradoxe ressort de l'application restreinte de la doctrine de l'exclusivité des compétences lorsqu'il est question de l'exclusivité provinciale : celle-ci est restreinte même à l'égard de l'exclusivité des compétences provinciales alors qu'elle a été appliquée uniquement en faveur des compétences fédérales[17]. Le caractère unidimensionnel de la doctrine compromet effectivement l'équilibre dans l'aménagement des compétences respectives de chaque ordre de gouvernement.

17. Le fédéralisme ne peut justifier l'approche restreinte quant à l'application de la doctrine de l'exclusivité des compétences à l'appui de l'exclusivité provinciale. En effet, c'est son application uniquement à l'appui de l'exclusivité fédérale – et non provinciale – qui a pour conséquence de miner le fédéralisme coopératif et de favoriser une interprétation centralisatrice.

18. Ainsi, une distinction devrait être établie quant à l'applicabilité restreinte de la doctrine de l'exclusivité des compétences. La restriction ne devrait pas viser, en l'espèce, l'exclusivité des compétences provinciales[18].

---

[15] *Banque canadienne de l'Ouest* c. *Alberta*, précité, note 6, par. 43 (les juges Binnie et LeBel pour la majorité de la Cour), **R.S., onglet 2**.
[16] *Banque canadienne de l'Ouest* c. *Alberta*, précité, note 6, par. 35, **R.S., onglet 2**.
[17] *Banque canadienne de l'Ouest* c. *Alberta*, précité, note 6, par. 35, **R.S., onglet 2**. Dans l'arrêt *Québec (Procureur général)* c. *Canadian Owners and Pilots Association*, [2010] 2 R.C.S. 536, par. 58, **R.S., onglet 17**, la juge McLachlin écrit pour la majorité de la Cour : « [d]e cette façon, elle établit un équilibre entre la nécessité d'une certaine souplesse intergouvernementale et le besoin de solutions prévisibles dans les domaines relevant du cœur de la compétence fédérale ».
[18] Voir les propos de la juge Deschamps, en dissidence, dans l'arrêt *Québec (Procureur général)* c. *Lacombe*, précité, note 11, par. 111, **R.S., onglet 18**.

19. La reconnaissance de l'application de la doctrine de l'exclusivité des compétences à l'appui de l'exclusivité provinciale, dans des situations bien circonscrites, permettrait justement de contribuer à la réalisation de l'objet du principe du fédéralisme et constituerait, du même coup, une interprétation évolutive du partage des compétences.

20. Le principe du fédéralisme traduit notamment la préoccupation des constituants à reconnaître, d'une part, la diversité au sein d'une même nation sur les plans politique et culturel et, d'autre part, l'autonomie nécessaire pour les provinces, à l'intérieur de leurs compétences, afin d'assurer pleinement le développement de la société :

> Le principe du fédéralisme est une reconnaissance de la diversité des composantes de la Confédération et de l'autonomie dont les gouvernements provinciaux disposent pour assurer le développement de leur société dans leurs propres sphères de compétence. La structure fédérale de notre pays facilite aussi la participation à la démocratie en conférant des pouvoirs au gouvernement que l'on croit le mieux placé pour atteindre un objectif sociétal donné dans le contexte de cette diversité.[19]

21. À cet égard, il importe de rappeler que le principe du fédéralisme est évolutif considérant que la société elle-même, dans l'ensemble de ses composantes, évolue au gré du temps :

> Le fédéralisme avait, et a toujours, pour objectifs fondamentaux de concilier l'unité et la diversité, de promouvoir la participation démocratique en réservant des pouvoirs réels aux instances locales ou régionales, ainsi que de favoriser la coopération des différents gouvernements et législatures dans la recherche du bien commun.[20]

22. Dans ce contexte, le principe du fédéralisme est étroitement lié à la théorie de l' « arbre vivant » selon laquelle « […] l'interprétation de ces compétences et de leur articulation doit être évolutive et adaptée aux réalités politiques et culturelles changeantes de la société canadienne »[21].

23. Ainsi, force est de constater que l'application restreinte de la doctrine de l'exclusivité des compétences à l'égard des provinces, alors qu'elle a été appliquée unilatéralement à

---

[19] *Renvoi relatif à la sécession du Québec*, [1998] 2 R.C.S. 217, par. 58 (la Cour), **R.S., onglet 24**. Voir également *Banque canadienne de l'Ouest* c. *Alberta*, précité, note 6, par. 22, **R.S., onglet 2**.

[20] *Banque canadienne de l'Ouest* c. *Alberta*, précité, note 6, par. 22 (les juges Binnie et LeBel pour la majorité de la Cour), **R.S., onglet 2.**

[21] *Banque canadienne de l'Ouest* c. *Alberta*, précité, note 6, par. 23 (les juges Binnie et LeBel pour la majorité de la Cour), **R.S., onglet 2**. Voir également *Renvoi relatif à l'assurance-emploi (Can.), art. 22 et 23*, [2005] 2 R.C.S. 669, par. 9, **R.S., onglet 21**; *Renvoi relatif au mariage entre personnes du même sexe*, [2004] 3 R.C.S. 698, par. 23, **R.S., onglet 23**.

l'appui de l'exclusivité fédérale, constitue davantage une interprétation statique plutôt qu'évolutive du partage des compétences.

24. Reconnaître que les provinces, à l'égard de certaines matières, peuvent exercer de façon exclusive une compétence constitue également une forme de fédéralisme coopératif. En effet, en raison des compétences qui leurs sont attribuées, les provinces sont les mieux placées afin de pouvoir légiférer à l'égard de diverses situations, qu'elles soient déjà connues ou qu'il s'agisse de nouvelles réalités dans le but d'atteindre les objectifs sociétaux liés à leurs réalités.

25. L'application de la doctrine de l'exclusivité des compétences permettrait donc d'assurer, dans des cas précis, la pleine réalisation des compétences provinciales.

26. Sans prétendre que le principe de la subsidiarité – qui est une composante du fédéralisme[22] – prévaut sur le partage des compétences[23], la Procureure générale du Québec soutient que l'application de la doctrine de l'exclusivité des compétences à l'appui de l'exclusivité provinciale constitue une manifestation de ce principe qui :

> […] veut que le niveau de gouvernement le mieux placé pour adopter et mettre en œuvre des législations soit celui qui est le plus apte à le faire, non seulement sur le plan de l'efficacité mais également parce qu'il est le plus proche des citoyens touchés et, par conséquent, le plus sensible à leurs besoins, aux particularités locales et à la diversité de la population.[24]

27. Par ailleurs, la Procureure générale du Québec souligne que l'arrêt *Canada (Procureur général)* c. *PHS Community Services Society* ne constitue aucunement une fin de non-recevoir quant à la reconnaissance de l'application de la doctrine de l'exclusivité des compétences en matière de santé.

28. En effet, la portée juridique de cet arrêt concerne, quant à l'application de la doctrine de l'exclusivité des compétences, la non-reconnaissance d'une compétence exclusive provinciale **à l'égard de la prestation de soins de santé en général, telle qu'invoquée**

---

[22] Voir les propos de la juge Deschamps, en dissidence, dans l'arrêt *Québec (Procureur général)* c. *Lacombe*, précité, note 11, par. 109, **R.S., onglet 18**.
[23] Voir *Renvoi relatif à la Loi sur la procréation assistée*, [2010] 3 R.C.S. 457, par. 72, **R.S., onglet 22**; *114957 Canada Ltée (Spraytech, Société d'arrosage)* c. *Hudson (Ville)*, [2001] 2 R.C.S. 241, par. 4, **R.S., onglet 1**.
[24] *114957 Canada Ltée (Spraytech, Société d'arrosage)* c. *Hudson (Ville)*, précité, note 23, par. 3 (la juge L'Heureux-Dubé pour la majorité de la Cour), **R.S., onglet 1**.

alors. Étant donné que l'élaboration de la définition du contenu vital et essentiel d'une compétence doit être faite de façon progressive en abordant un cas d'espèce à la fois[25], le contenu vital et essentiel proposé était trop vaste :

> Deuxièmement, et surtout, les demandeurs en l'espèce n'ont pas réussi à tracer les limites précises du « contenu essentiel » d'une compétence exclusivement provinciale. La vaste compétence provinciale en matière de santé englobe des milliers d'activités et une multitude d'installations différentes. Un contenu essentiel d'une telle ampleur serait en discordance avec l'application restreinte de la doctrine que préconise la jurisprudence.[26]

29. Reconnaître seulement à l'égard de l'exclusivité fédérale l'application de la doctrine de l'exclusivité des compétences, alors qu'en principe elle vaut également pour les provinces, équivaut dans les faits à créer un déséquilibre impropre au fédéralisme.

30. Par conséquent, malgré l'approche restreinte énoncée dans l'arrêt *Banque canadienne de l'Ouest* c. *Alberta*, la Procureure générale du Québec soutient que la doctrine de l'exclusivité des compétences peut s'appliquer formellement à l'appui de l'exclusivité provinciale, tel que rappelé dans l'arrêt *Nation Tsilhqot'in* c. *Colombie-Britannique*. Les provinces, dans le respect de leur diversité, pourraient alors s'acquitter de leurs obligations et remplir leurs responsabilités associées à leur rôle d'acteurs et de partenaires constitutionnels.

2. LE CONTENU VITAL ET ESSENTIEL DE LA COMPÉTENCE PROVINCIALE DE LÉGIFÉRER EN MATIÈRE DE SANTÉ

31. La Procureure générale du Québec soutient que **la détermination de la nature des soins de santé offerts et l'encadrement du processus de consentement aux soins** font partie du contenu vital et essentiel de la compétence provinciale en santé.

2.1 L'AIDE MÉDICALE À MOURIR CONSTITUE UN SOIN DE SANTÉ

32. De prime abord, la Procureure générale du Québec est d'avis que l'aide médicale à mourir constitue un soin de santé, ce qui n'a pas été contesté devant les instances inférieures. Il s'agit d'un soin permettant de soulager, en fin de vie, des patients atteints de maladies graves et incurables de leurs souffrances physiques et psychologiques

---

[25] Voir *Banque canadienne de l'Ouest* c. *Alberta*, précité, note 6, par. 43, **R.S., onglet 2**.
[26] *Canada (Procureur général)* c. *PHS Community Services Society*, précité, note 6, par. 68 (la juge McLachlin pour la Cour). Voir également Peter W. HOGG, précité, note 6, p. 15-38.6, **R.S., onglet 31**.

devenues intolérables. À cet égard, la *Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité* écrit :

> Le Collège des médecins a conclu qu'il « existe des situations exceptionnelles, **des douleurs incoercibles ou une souffrance interminable, par exemple, où l'euthanasie pourrait être considérée comme l'étape ultime, nécessaire pour assurer jusqu'à la fin des soins de qualité** ». Cette approche innovatrice, fruit d'un travail de réflexion de plus de trois ans, délaisse le terrain habituel du débat sur la légalisation de l'euthanasie pour le replacer dans le contexte des soins appropriés de fin de vie. […]
>
> […]
>
> Nous comprenons cette opinion, mais nous estimons que l'euthanasie est pratiquée dans un souci de compassion et comme moyen ultime pour **soulager, à sa demande, un patient de ses souffrances insupportables et constantes**, lorsque tous les autres moyens qu'il juge acceptables se sont avérés insuffisants. Ainsi, l'euthanasie pourrait bel et bien faire partie du continuum de soins de fin de vie. De plus, rappelons que certaines pratiques qui peuvent avoir pour effet d'abréger la vie, comme l'utilisation de certains médicaments, le refus ou l'arrêt de traitement et la sédation palliative continue font déjà partie du continuum de soins de fin de vie.[27]

33. Considérant que l'aide médicale à mourir vise, et permet, le soulagement des patients en fin de vie atteints de maladies graves et incurables, la Procureure générale du Québec estime que ce soin de santé doit être abordé en tenant compte du contexte médical dans lequel il s'inscrit, et non de façon désincarnée en centrant l'analyse uniquement sur sa conséquence ultime, le décès du patient.

34. Ainsi, l'étude de l'aide médicale à mourir doit impérativement tenir compte de deux éléments. D'une part, son administration a pour objet de soulager les souffrances de patients en fin de vie atteints de maladies graves et incurables. D'autre part, elle doit être régie, comme tout autre soin de santé, par diverses règles de droit, et plus particulièrement à l'égard de l'encadrement du processus de consentement requis pour son administration[28].

---

[27] COMMISSION SPÉCIALE SUR LA QUESTION DE MOURIR DANS LA DIGNITÉ, précité, note 2, p. 60-61 (les caractères gras sont ajoutés) (Dossier des Appelants, vol. LII, p. 14942-14943). Voir également Édouard DELRUELLE, « Ce n'est pas un meurtre… Les enjeux normatifs et symboliques du débat sur l'euthanasie », dans Jacqueline HERREMANS et Jacques LEMAIRE (dir.), *Mourir dans la dignité*, Bruxelles, Éditions de l'Université de Bruxelles, 2000, p. 142, **R.S., onglet 29**.

[28] Voir, par exemple, *Carter* c. *Canada (Attorney General)*, [2012] B.C.J. no 1196, par. 854-883 (C.S. C.-B.) (Dossier des Appelants, vol. II, p. A.R. 39-A.R. 51).

2.2 LA COMPÉTENCE DES DEUX ORDRES DE GOUVERNEMENT DE LÉGIFÉRER EN MATIÈRE DE SANTÉ

2.2.1 La compétence provinciale générale en matière de santé

35. La compétence provinciale générale en matière de santé est relativement vaste puisqu'elle couvre une multitude d'activités[29]. Ainsi, les provinces ont une compétence générale en matière de santé leur permettant, notamment, de légiférer à l'égard des hôpitaux, de la nature du système de santé, de la pratique de la médecine et des professions médicales :

> Le paragraphe 92(7) de la *Loi constitutionnelle de 1867* accorde aux provinces la compétence législative générale sur les hôpitaux et les par. 92(13) et (16) leur attribuent la compétence sur la profession médicale et sur la pratique de la médecine. Le paragraphe 92(16) leur accorde aussi la compétence générale en matière de santé sur leur territoire : *Schneider c. La Reine*, [1982] 2 R.C.S. 112, à la p. 137. [...].
>
> En outre, tous sont d'accord pour dire que les chefs de compétence de l'art. 92 invoqués par l'appelante attribuent aux provinces la compétence sur les soins de santé dans la province en général, y compris les questions de coûts et d'efficacité, la nature du système de santé et la privatisation des services médicaux.[30]

36. La compétence provinciale en matière de santé dépasse largement la simple organisation administrative des services de santé[31]. Ainsi, la Procureure générale du Québec soutient que les provinces peuvent légiférer quant à la nature des soins de santé pouvant être offerts et à l'encadrement requis afin qu'ils puissent être administrés aux patients.

37. L'arrêt *Schneider* c. *La Reine* constitue une illustration de la compétence provinciale de déterminer la nature des soins de santé à prodiguer dans des circonstances précises. Dans cet arrêt, il a été décidé que la province de la Colombie-Britannique avait agi à l'intérieur de sa compétence en matière de santé en adoptant des mesures législatives afin de traiter la dépendance à l'héroïne :

> Le traitement médical de la toxicomanie est véritablement une préoccupation de la législature provinciale en vertu de la compétence provinciale qu'elle possède en matière de santé publique. [...].

---

[29] *Canada (Procureur général)* c. *PHS Community Services Society*, précité, note 6, par. 68.
[30] *R.* c. *Morgentaler*, [1993] 3 R.C.S. 463, 490-491 (le juge Sopinka pour la Cour), **R.S., onglet 20**. Voir également *Chaoulli* c. *Québec (Procureur général)*, [2005] 1 R.C.S. 791, par. 18, **R.S., onglet 5**; *Eldridge* c. *Colombie-Britannique (Procureur général)*, [1997] 3 R.C.S. 624, par. 24, **R.S., onglet 10**; *Bell Canada* c. *Québec (Procureur général)*, [1988] 1 R.C.S. 749, 761, **R.S., onglet 3**; *Schneider* c. *La Reine*, [1982] 2 R.C.S. 112, 137, **R.S., onglet 25**; Francis DEMERS, « Santé et sécurité sociale », dans JurisClasseur Québec, coll. « Droit public », *Droit constitutionnel*, fasc. 21, Montréal, LexisNexis Canada, feuilles mobiles, par. 2, **R.S., onglet 30**.
[31] Voir Francis DEMERS, précité, note 30, par. 2, **R.S., onglet 30**.

> La toxicomanie est perçue comme un fléau social et la loi fédérale a fait de la possession et du trafic de stupéfiants des actes criminels. **Toutefois, la toxicomanie elle-même est un état physiologique dont le traitement semblerait une question médicale dont la législature provinciale doit s'occuper**.[32]

38. Au surplus, dans l'arrêt *Mazzei* c. *Colombie-Britannique (Directeur des Adult Forensic Psychiatric Services)*, la Cour reconnaît que l'encadrement législatif de l'administration des soins de santé relève également de la compétence provinciale en matière de santé :

> Les commissions d'examen ne peuvent outrepasser ce pouvoir en *imposant* un traitement particulier ou en *exigeant* des autorités de l'hôpital qu'elles administrent ce traitement. Agir ainsi reviendrait à empiéter sur le pouvoir et la responsabilité des autorités de l'hôpital d'offrir des services médicaux aux personnes dont elles ont la garde selon ce qu'*elles* estiment approprié et efficace. **La compétence législative nécessaire pour adopter des lois régissant l'administration des services et traitements médicaux** à l'ensemble des personnes hospitalisées (y compris les accusés non responsables criminellement) appartient aux provinces en vertu du par. 92(7) de la *Loi constitutionnelle de 1867*, non au législateur fédéral.[33]

39. Par conséquent, il ressort de la jurisprudence que la compétence provinciale en matière de santé comprend, notamment, la possibilité d'exercer le pouvoir législatif afin de déterminer la nature des soins de santé offerts et de prévoir l'encadrement requis afin qu'ils puissent être administrés aux patients.

40. Comme il le sera démontré, ces composantes – la détermination des soins de santé offerts et l'encadrement requis pour leur administration – permettent de cerner des activités faisant partie du contenu vital et essentiel de la compétence provinciale en matière de santé.

2.2.2 La compétence circonscrite du fédéral en matière de santé en vertu du paragraphe 91(27) de la *Loi constitutionnelle de 1867*

41. La santé constitue un domaine sur lequel la compétence relève principalement des provinces, mais à l'égard duquel le fédéral peut également légiférer[34]. Alors que les

---

[32] *Schneider* c. *La Reine*, précité, note 30, 137 (le juge Dickson pour la majorité de la Cour) (les caractères gras sont ajoutés), **R.S., onglet 25**.

[33] *Mazzei* c. *Colombie-Britannique (Directeur des Adult Forensic Psychiatric Services)*, [2006] 1 R.C.S. 326, par. 34 (le juge Bastarache pour la Cour) (les italiques sont dans l'original) (les caractères gras sont ajoutés). Voir également *R.* c. *Conway*, [2010] 1 R.C.S. 765, par. 100, **R.S., onglet 19**.

[34] Voir *Canada (Procureur général)* c. *PHS Community Services Society*, précité, note 6, par. 68; *Renvoi relatif à la Loi sur la procréation assistée*, précité, note 23, par. 52, **R.S., onglet 22**; *Schneider* c. *La Reine*, précité, note 30, 137, **R.S., onglet 25**.

provinces ont la compétence générale en matière de santé, l'activité législative du fédéral dans ce domaine est toutefois circonscrite à sa compétence de droit criminel en vertu du paragraphe 91(27) de la *Loi constitutionnelle de 1867*[35].

42. La compétence fédérale quant aux questions de santé doit concerner des activités pouvant avoir des effets nuisibles ou indésirables à l'égard de la santé publique[36], même si les comportements visés ne font qu'accroître le risque de préjudice (crainte raisonnable de préjudice)[37]. Dans ce contexte, le fédéral, par exemple, peut légiférer afin d'interdire des actes qui peuvent constituer des traitements médicaux dangereux ou une conduite socialement répréhensible[38]. L'arrêt *Canada (Procureur général)* c. *PHS Community Services Society* est un cas où de telles préoccupations pouvaient être en cause.

43. Aux fins du présent pourvoi, la Procureure générale du Québec souligne que la compétence fédérale de légiférer quant à des questions de santé ne peut être abordée sans tenir compte du contenu vital et essentiel de la compétence provinciale.

44. Sans remettre en cause la compétence fédérale de légiférer en droit criminel, le présent pourvoi soulève une question d'applicabilité des dispositions contestées du *Code criminel* à l'égard de l'aide médicale à mourir. La résolution de cette question dépend donc de l'application de la doctrine de l'exclusivité des compétences à l'appui de l'exclusivité provinciale.

2.3 LA COMPÉTENCE DE LÉGIFÉRER QUANT À L'AIDE MÉDICALE À MOURIR : LA COMPÉTENCE EXCLUSIVE PROVINCIALE DE DÉTERMINER LA NATURE DES SOINS DE SANTÉ OFFERTS ET D'ENCADRER LE PROCESSUS DE CONSENTEMENT AUX SOINS

45. La Procureure générale du Québec soutient que **la détermination de la nature des soins de santé offerts et l'encadrement du processus de consentement aux soins** font partie du contenu vital et essentiel de la compétence provinciale générale en matière de santé. Étant donné que l'aide médicale à mourir constitue un soin de santé[39], les provinces ont la compétence exclusive de légiférer à son égard. Cette compétence provinciale exclusive

---

[35] *Renvoi relatif à la Loi sur la procréation assistée*, précité, note 23, par. 52, **R.S., onglet 22**. Voir également *Bell Canada* c. *Québec (Procureur général)*, précité, note 30, 761, **R.S., onglet 3**; *Schneider* c. *La Reine*, précité, note 30, 137, **R.S., onglet 25**.
[36] *Renvoi relatif à la Loi sur la procréation assistée*, précité, note 23, par. 52, 54 et 291, **R.S., onglet 22**.
[37] *Renvoi relatif à la Loi sur la procréation assistée*, précité, note 23, par. 55, **R.S., onglet 22**.
[38] *Canada (Procureur général)* c. *PHS Community Services Society*, précité, note 6, par. 68.
[39] Voir section 2.1.

ne peut être usurpée, ou contrecarrée, par le législateur fédéral. En effet, ce dernier ne pourrait criminaliser, en lui-même, le traitement offert par la province.

46. De prime abord, nul ne peut mettre en doute l'importance vitale, aux fins de la pleine réalisation de l'objectif poursuivi par la compétence provinciale générale en matière de santé, de la détermination de la nature des soins de santé offerts et de l'encadrement du processus de consentement aux soins.

47. En effet, il serait réducteur de restreindre le rôle des autorités provinciales à la constitution et à la gestion administrative du réseau de la santé. Comment peut-il être question d'une compétence provinciale générale en matière de santé sans reconnaître la compétence exclusive de déterminer la nature des soins de santé qui y sont offerts? Ensuite, il est bien établi que le consentement du patient est fondamental à l'administration des soins de santé : aucun soin ne peut être fourni sans avoir obtenu un consentement au préalable, sauf dans le cas de certaines situations d'exception.

48. La Procureure générale du Québec souligne que **la fonction première du système de santé est de prodiguer des soins adéquats à la population**. À titre d'illustration, le premier alinéa de l'article 1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* énonce :

> Le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi a pour but **le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale** des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie.[40]

49. Actuellement, les provinces, par le biais de divers modèles législatifs (notamment quant à l'encadrement de la pratique médicale)[41], définissent globalement ce qui constitue un soin

---

[40] *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, R.L.R.Q. c. S-4.2, art.1 (les caractères gras sont ajoutés), **M.I., p. 133**.

[41] Par exemple, au Québec, bien qu'il n'y ait pas une définition précise de ce qui constitue un soin de santé, l'interaction de diverses mesures législatives permet de circonscrire ce qui constitue un soin de santé : voir *Loi médicale*, R.L.R.Q. c. M-9, art. 31, **M.I., p. 126**; *Code civil du Québec*, art. 11, **M.I., p. 24**; *Loi sur l'assurance-maladie*, R.L.R.Q. c. A-29, art. 3, **M.I., p. 105**.

de santé[42]. Au surplus, selon les circonstances, elles peuvent également légiférer à l'égard de soins en particulier[43].

50. Il est donc absolument nécessaire pour les autorités provinciales d'avoir la compétence de déterminer la nature des soins de santé offerts[44]. Ne pas reconnaître ce caractère « absolument nécessaire » pourrait compromettre la pleine réalisation de l'objectif poursuivi par la compétence provinciale générale en matière de santé : prodiguer des soins adéquats à la population.

51. Ainsi, la Procureure générale du Québec soutient que la détermination de la nature des soins de santé fait partie du contenu minimum requis afin que les provinces puissent exercer leur compétence dans le domaine de la santé.

52. Néanmoins, la détermination de la nature des soins de santé offerts ne peut être abordée de façon isolée. Dans ce contexte, la Procureure générale du Québec soutient qu'un second élément lié à la détermination de la nature des soins s'inscrit au cœur de la compétence provinciale : l'encadrement du processus de consentement aux soins.

53. Le processus de consentement aux soins est incontournable lorsqu'il est question de leur administration. En effet, sauf dans le cas de certaines exceptions, la prestation de tout soin de santé doit tenir compte impérativement du consentement préalable du patient :

> **Le consentement est la pierre angulaire de tout le système; c'est lui qui vient concrétiser le droit à l'autonomie et qui rend licite l'atteinte portée au corps humain**. Analysée traditionnellement comme une condition nécessaire à la formation du contrat qui fonde la relation patient-médecin, l'exigence du consentement nous renvoie aujourd'hui à la théorie des droits fondamentaux. **Sauf exception prévue par la loi, les intervenants du domaine de la santé sont tenus d'obtenir le consentement du patient**. Du point de vue du droit

---

[42] Voir, pour les autres provinces, *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*, R.S.B.C. 1996, c. 181, art. 1, **M.I., p. 51**; *Health Care Directives and Substitute Health Care Decision Makers Act*, S.S. 1997, c. H-0.001, al. 2(1)h), **M.I., p. 71**; *Health Professions Act*, R.S.A. 2000, c. H-7, al. 1(1)p), **M.I., p. 93**; *Health Care Consent Act*, S.O. 1996, c. 2, Sch. A, par. 2(1), **M.I., p. 80**; *Loi sur les professions de la santé réglementées*, C.P.L.M. c. R117, par. 1(1), **M.I., p. 99**; *Health Services Act*, R.S.P.E.I. 1988, c. H-1.6, al. 1(e), **M.I., p. 97**; *Consent to Treatment and Health Care Directives Act*, R.S.P.E.I. 1988, c. C-17.2, al. 1p), **M.I., p. 37**.

[43] Voir, par exemple, *Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée*, R.L.R.Q. c. A-5.01, **R.S., onglet 34**; *Loi concernant les soins de fin de vie*, précité, note 1, **R.S., onglet 35**.

[44] Quant à l'énonciation du critère permettant de cerner le contenu vital et essentiel, voir *Québec (Procureur général)* c. *Canadian Owners and Pilots Association*, précité, note 17, par. 35, **R.S., onglet 17**.

> civil, comme au plan de la déontologie, il s'agit pour eux d'un devoir, auquel sont également rattachées des sanctions pénales.[45]

54. Au Québec, les règles relatives au respect du consentement sont prévues dans le *Code civil du Québec* et sont au cœur du respect de l'intégrité de la personne[46]. Il s'agit d'un régime couvrant la prestation des soins de santé (par exemple, dans les cas de consentement pour autrui, d'inaptitude, d'urgence, de soins à un mineur, etc.)[47].

55. Par définition, le respect du consentement aux soins fait également référence au droit du patient d'en refuser l'administration[48]. Au surplus, il peut demander en tout temps la cessation du soin déjà entrepris, même si cela peut l'entraîner irrémédiablement vers la mort[49]. Un survol de la jurisprudence démontre ainsi l'importance du respect du consentement du patient à l'égard de l'administration d'un soin de santé :

- Une patiente, qui est témoin de Jéhovah, peut refuser une transfusion sanguine en raison d'une directive anticipée valide, même si elle est inconsciente et que le refus de faire l'objet d'une transfusion peut entraîner son décès[50].
- Deux patients d'un hôpital psychiatrique souffrant de schizophrénie peuvent refuser, dans leurs moments de lucidité, de recevoir des médicaments neuroleptiques, malgré leurs effets bénéfiques[51].
- Une personne a le droit de demander la cessation d'un traitement nécessaire à la vie, comme être débranchée d'un appareil maintenant artificiellement ses fonctions respiratoires, même si cela entraîne son décès[52].

---

[45] Édith DELEURY et Dominique GOUBAU, *Le droit des personnes physiques*, 4e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2008, par. 105 (les caractères gras sont ajoutés), **R.S., onglet 28**. Voir également, Robert P. KOURI et Suzanne PHILIPS-NOOTENS, *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins*, 3e édition, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2012, par. 216 et 373, **R.S., onglet 32**. En common law, voir *Cuthbertson* c. *Rasouli*, [2013] 3 R.C.S. 341, par. 18-19, **R.S., onglet 9**; *Starson* c. *Swayze*, [2003] 1 R.C.S. 722, par. 75, **R.S., onglet 26**.

[46] *Code civil du Québec*, art. 10, **M.I., p. 24**; Voir également, pour les autres provinces, *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*, précité, note 42, art. 4-19.91, **M.I., p. 51**; *Health Care Directives and Substitute Health Care Decision Makers Act*, précité, note 42, art. 3-21, **M.I., p. 71**; *Health Care Consent Act*, précité, note 42, art. 10-28, **M.I., p. 80**; *Consent to Treatment and Health Care Directives Act*, précité, note 42, art. 2-17 et 20-34, **M.I., p. 37**.

[47] *Code civil du Québec*, art. 11-25, **M.I., p. 24**. Voir également *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, précité, note 40, art. 9, **M.I., p. 133**.

[48] Édith DELEURY et Dominique GOUBAU, précité, note 45, par. 105 et 117-118, **R.S., onglet 28**. Voir également Suzanne PHILIPS-NOOTENS, « La personne en fin de vie : le regard du droit civil du Québec », (2009-10) 40 *R.D.U.S.* 327, 342, **R.S., onglet 33**.

[49] Édith DELEURY et Dominique GOUBAU, précité, note 45, par. 105 et 117-118, **R.S., onglet 28**.

[50] *Malette* c. *Shulman* (1990), 67 D.L.R. (4th) 321 (C.A. Ont.), **R.S., onglet 12**.

[51] *Fleming* c. *Reid* (1991), 82 D.L.R. (4th) 298 (C.A. Ont.), **R.S., onglet 11**.

[52] *Nancy B.* c. *Hôtel-Dieu de Québec*, [1992] R.J.Q. 361 (C.S. Qué.), **R.S., onglet 15**.

- Un patient peut refuser de s'alimenter et l'établissement de santé doit respecter sa décision même si cela entraîne son décès[53].

56. Par conséquent, la Procureure générale du Québec soutient que les provinces ont compétence exclusive afin de légiférer à l'égard de l'aide médicale à mourir. L'encadrement légal de ce soin s'inscrit en droite ligne avec le contenu vital et essentiel de la compétence provinciale en matière de santé.

57. Dans l'arrêt *Colombie-Britannique (Procureur général)* c. *Lafarge Canada Inc.*, la Cour mentionne que « [r]ien ne serait plus inutile qu'un navire auquel on refuserait l'espace nécessaire pour accoster ou prendre possession de son fret et qui serait ainsi condamné, comme le *Flying Dutchman*, à naviguer éternellement »[54]. Au même titre, **rien ne serait plus inutile qu'un système de santé sans soins et, si des soins sont disponibles, sans possibilité de les administrer aux patients en raison de l'impossibilité d'y consentir**.

3. L'APPLICATION DE LA DOCTRINE DE L'EXCLUSIVITÉ DES COMPÉTENCES À L'APPUI DE L'EXCLUSIVITÉ PROVINCIALE

58. Dans l'arrêt *Banque canadienne de l'Ouest* c. *Alberta*, afin de privilégier « […] l'application régulière de lois édictées par les deux ordres de gouvernement »[55], la Cour souligne qu'il faut généralement privilégier l'application de la prépondérance fédérale, plus particulièrement lorsqu'il n'a pas été reconnu que la doctrine de l'exclusivité des compétences trouve déjà application dans un cas précis[56].

59. À cet égard, la Procureure générale du Québec soutient que l'application de la doctrine de l'exclusivité des compétences doit être adaptée lorsqu'il est question de l'appliquer à l'appui de l'exclusivité provinciale.

60. Étant donné que la doctrine a été appliquée uniquement à l'appui de l'exclusivité des compétences fédérales, il n'a pas encore été reconnu par les tribunaux une exclusivité provinciale en matière de santé. Par conséquent, **le recours à la prépondérance fédérale**

---

[53] *Manoir de la Pointe Bleue Inc.* c. *Corbeil*, [1992] R.J.Q. 712 (C.S. Qué.), **R.S., onglet 13**.
[54] *Colombie-Britannique (Procureur général)* c. *Lafarge Canada Inc.*, [2007] 2 R.C.S. 86, par. 64, **R.S., onglet 8** (les juges Binnie et LeBel pour la majorité de la Cour).
[55] *Banque canadienne de l'Ouest* c. *Alberta*, précité, note 6, par. 37 (les juges Binnie et Lebel pour la majorité), **R.S., onglet 2**.
[56] *Banque canadienne de l'Ouest* c. *Alberta*, précité, note 6, par. 78, **R.S., onglet 2**.

en présence de deux législations valides adoptées par les deux ordres de gouvernement aurait pour effet de nier l'exclusivité provinciale, en cas de conflit.

61. La Procureure générale du Québec soutient que les provinces ont compétence exclusive afin de légiférer à l'égard de l'aide médicale à mourir. L'encadrement légal de ce soin s'inscrit en droite ligne avec le contenu vital et essentiel de la compétence provinciale en matière de santé. Ainsi, une province pourrait validement légiférer à l'égard de ce soin de santé et la loi relèverait donc de la compétence provinciale en matière de santé.

62. Cependant, le Procureur général du Canada, Intimé, fait valoir que les dispositions du *Code criminel* ayant pour effet de criminaliser l'aide médicale à mourir ont été validement adoptées en vertu de la compétence fédérale en matière de droit criminel[57]. Dans cette circonstance, en présence d'une loi provinciale valide à l'égard de l'aide médicale à mourir, il y aurait alors un conflit et la loi fédérale serait prépondérante[58]. Au surplus, il estime que la doctrine de l'exclusivité des compétences compromettrait l'uniformité d'application du droit criminel[59].

63. Le recours à la prépondérance fédérale dans une telle situation aurait pour conséquence de nier l'essence même de l'application de la doctrine de l'exclusivité des compétences à l'appui de l'exclusivité provinciale en matière de santé et produirait, du même coup, un déséquilibre impropre au fédéralisme.

64. Qui plus est, un souci d'uniformité d'application du droit criminel ne peut, en soi, constituer un obstacle à l'encontre de l'application de la doctrine de l'exclusivité des compétences à l'égard d'une exclusivité provinciale reconnue en matière de santé[60].

65. Par conséquent, en présence d'une législation provinciale encadrant l'aide médicale à mourir, la portée juridique des dispositions contestées du *Code criminel* devra faire l'objet d'une interprétation atténuée (« reading down »)[61] puisque ces dispositions entraveront le contenu vital et essentiel de la compétence provinciale. À défaut

---

[57] Mémoire de l'Intimé, Procureur général du Canada, par. 64-68.
[58] Mémoire de l'Intimé, Procureur général du Canada, par. 69-70.
[59] Mémoire de l'Intimé, Procureur général du Canada, par. 67.
[60] Voir *Renvoi relatif à la Loi sur la procréation assistée*, précité, note 23, par. 287, **R.S., onglet 22**.
[61] Voir, par exemple, *Clark* c. *Compagnie des chemins de fer nationaux du Canada*, [1988] 2 R.C.S. 680, 710, **R.S., onglet 7**. Voir également *Whitbread* c. *Walley*, [1990] 3 R.C.S. 1273, 1285, **R.S., onglet 27**.

d'encadrement de ce soin, les dispositions contestées lui seront alors pleinement applicables constitutionnellement. Une telle approche permet, d'une part, de concilier la compétence générale provinciale en matière de santé et la compétence circonscrite du fédéral dans ce domaine et, d'autre part, d'éviter un vide juridique quant au traitement juridique de l'aide médicale à mourir.

66. Ainsi, le fait pour un individu de mettre fin à la vie d'une autre personne, en dehors de l'encadrement légal de l'aide médicale à mourir, serait toujours sujet à l'application régulière du droit criminel. Toutefois, le geste posé par un médecin, avec la collaboration d'autres professionnels de la santé, de soulager les souffrances d'un patient en fin de vie atteint d'une maladie grave et incurable ne doit pas être considéré comme un acte criminel, mais plutôt comme un soin exceptionnel, l'aide médicale à mourir, empreint de compassion et respectant la valeur fondamentale qu'est l'autonomie individuelle.

CONCLUSION

67. L'exercice de la compétence provinciale en matière de santé ne peut être subordonné, quant à ses éléments vitaux et essentiels, à la compétence fédérale en vertu du droit criminel qui lui permettrait d'interdire des soins de santé, notamment, en soutenant qu'ils sont contraires à la morale. À titre d'illustration, le législateur fédéral pourrait interdire des interventions chirurgicales modifiant le sexe d'une personne (intervention pouvant être requise pour des raisons de santé psychologique) en faisant valoir qu'il s'agit d'un acte contraire à la morale. Dans notre cadre constitutionnel, l'exercice par une province de sa compétence législative exclusive ne peut être soumis ainsi au bon vouloir du législateur fédéral.

68. L'aide médicale à mourir s'inscrit dans un continuum de soins offerts en fin de vie afin de soulager les souffrances de patients atteints de maladies graves et incurables. À cet égard, en raison de l'exclusivité provinciale en matière de santé de légiférer au regard de la détermination de la nature des soins offerts et de l'encadrement du processus de consentement aux soins, les provinces ont compétence exclusive afin de légiférer quant à l'encadrement et l'administration de l'aide médicale à mourir puisqu'ils font partie du contenu vital et essentiel de cette compétence.

PARTIE IV

DÉPENS

69. La Procureure générale du Québec ne réclame pas de dépens.

PARTIE V

ORDONNANCES DEMANDÉES

70. Pour les motifs exposés au présent mémoire, la Procureure générale du Québec prie la Cour de donner une réponse positive à la première question constitutionnelle.

LE TOUT ÉTANT RESPECTUEUSEMENT SOUTENU.
Québec, le 1er août 2014.

(S) SYLVAIN LEBOEUF

Sylvain Leboeuf, avocat

Procureur de l'Intervenante,
Procureure générale du Québec

PARTIE VI

TABLE DES SOURCES

JURISPRUDENCE	**Paragraphe(s)**
114957 Canada Ltée (Spraytech, Société d'arrosage) c. *Hudson (Ville)*, [2001] 2 R.C.S. 241	26
Banque canadienne de l'Ouest c. *Alberta*, [2007] 2 R.C.S. 3	8, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 21, 22, 28, 58
Bell Canada c. *Québec (Procureur général)*, [1988] 1 R.C.S. 749	35, 41
Canada (Procureur général) c. *PHS Community Services Society*, [2011] 3 R.C.S. 134	8, 11, 28, 35, 41, 42
Canadian Blood Services c. *Manitoba (Human Rights Commission) and Zoldy*, [2011] M.J. no 414 (B.R. Man.)	8
Carter c. *Canada (Attorney General)*, [2012] B.C.J. no 1196 (C.S. C.-B.)	34
Chaoulli c. *Québec (Procureur général)*, [2005] 1 R.C.S. 791	35
Chatterjee c. *Ontario (Procureur général)*, [2009] 1 R.C.S. 624	13
Clark c. *Compagnie des chemins de fer nationaux du Canada*, [1988] 2 R.C.S. 680	65
Colombie-Britannique (Procureur général) c. *Lafarge Canada Inc.*, [2007] 2 R.C.S. 86	57
Cuthbertson c. *Rasouli*, [2013] 3 R.C.S. 341	53
Eldridge c. *Colombie-Britannique (Procureur général)*, [1997] 3 R.C.S. 624	35
Fleming c. *Reid* (1991), 82 D.L.R. (4th) 298 (C.A. Ont.)	55
Malette c. *Shulman* (1990), 67 D.L.R. (4th) 321 (C.A. Ont.)	55
Manoir de la Pointe Bleue Inc. c. *Corbeil*, [1992] R.J.Q. 712 (C.S. Qué.)	55
Marine Services International Ltd. c. *Ryan (Succession)*, [2013] 3 R.C.S. 53	11
Mazzei c. *Colombie-Britannique (Directeur des Adult Forensic Psychiatric Services)*, [2006] 1 R.C.S. 326	38
Nancy B. c. *Hôtel-Dieu de Québec*, [1992] R.J.Q. 361 (C.S. Qué.)	55
Nation Tsilhqot'in c. *Colombie-Britannique*, 2014 CSC 44	8, 11, 13
PHS Community Services Society c. *Canada (Attorney General)*, [2010] B.C.J. no 57 (C.A. C.-B.)	8

Paragraphe(s)

Québec (Procureur général) c. *Canadian Owners and Pilots Association*, [2010] 2 R.C.S. 536 ..... 16, 50

Québec (Procureur général) c. *Lacombe*, [2010] 2 R.C.S. 453 ..... 12, 18, 26

R. c. *Conway*, [2010] 1 R.C.S. 765 38

R. c. *Morgentaler*, [1993] 3 R.C.S. 463 35

Renvoi relatif à l'assurance-emploi (Can.), art. 22 et 23, [2005] 2 R.C.S. 669 22

Renvoi relatif à la Loi sur la procréation assistée, [2010] 3 R.C.S. 457 ..... 26, 41, 42, 64

Renvoi relatif au mariage entre personnes du même sexe, [2004] 3 R.C.S. 698 22

Renvoi relatif à la sécession du Québec, [1998] 2 R.C.S. 217 20

Schneider c. *La Reine*, [1982] 2 R.C.S. 112 ..... 35, 37, 41

Starson c. *Swayze*, [2003] 1 R.C.S. 722 53

Whitbread c. *Walley*, [1990] 3 R.C.S. 1273 65

DOCTRINE

COMMISSION SPÉCIALE SUR LA QUESTION DE MOURIR DANS LA DIGNITÉ, *Rapport*, mars 2012 ..... 3, 32

Édith DELEURY et Dominique GOUBAU, *Le droit des personnes physiques*, 4e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2008 ..... 53, 55

Édouard DELRUELLE, « Ce n'est pas un meurtre… Les enjeux normatifs et symboliques du débat sur l'euthanasie », dans Jacqueline HERREMANS et Jacques LEMAIRE (dir.), *Mourir dans la dignité*, Bruxelles, Éditions de l'Université de Bruxelles, 2000 32

Francis DEMERS, « Santé et sécurité sociale », dans JurisClasseur Québec, coll. « Droit public », *Droit constitutionnel*, fasc. 21, Montréal, LexisNexis Canada, feuilles mobiles 35, 36

Peter W. HOGG, *Constitutional Law of Canada*, Toronto, Carswell, feuilles mobiles 8, 28

Robert P. KOURI et Suzanne PHILIPS-NOOTENS, *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins*, 3e édition, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2012 53

Suzanne PHILIPS-NOOTENS, « La personne en fin de vie : le regard du droit civil du Québec », (2009-10) 40 *R.D.U.S.* 327 55

PARTIE VII

TABLE DES LOIS / RÈGLEMENTS / RÈGLES

	Paragraphe(s)
Code civil du Québec	49, 54
Code criminel, L.R.C. (1985), c. C-46	4, 7
Consent to Treatment and Health Care Directives Act, R.S.P.E.I. 1988, c. C-17.2	49, 54
Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act, R.S.B.C. 1996, c. 181	49, 54
Health Care Directives and Substitute Health Care Decision Makers Act, S.S. 1997, c. H-0.001	49, 54
Health Care Consent Act, S.O. 1996, c. 2, Sch. A	49, 54
Health Professions Act, R.S.A. 2000, c. H-7	49
Health Services Act, R.S.P.E.I. 1988, c. H-1.6	49
Loi sur les professions de la santé réglementées, C.P.L.M. c. R117	49
Loi sur l'assurance-maladie, R.L.R.Q. c. A-29	49
Loi constitutionnelle de 1867, 30 & 31 Victoria, ch. 3 (R.-U.)	6
Loi médicale, R.L.R.Q. c. M-9	49
Loi sur les services de santé et les services sociaux, R.L.R.Q. c. S-4.2	48, 54
Loi concernant les soins de fin de vie, L.Q. 2014, c. 2	2, 49

CODE CIVIL DU QUÉBEC

QUEBEC CIVIL CODE

TITRE DEUXIÈME
DE CERTAINS DROITS DE LA PERSONNALITÉ

TITLE TWO
CERTAIN PERSONALITY RIGHTS

CHAPITRE PREMIER
DE L'INTÉGRITÉ DE LA PERSONNE

CHAPTER I
INTEGRITY OF THE PERSON

Art. 10. Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité.

Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé.

Art. 10. Every person is inviolable and is entitled to the integrity of his person.

Except in cases provided for by law, no one may interfere with his person without his free and enlightened consent.

1991, c. 64, a. 10 (1994-01-01).

C.C.B.C. 19; **L.R.Q.**, c. C-12, a. 1 (**C.C.Q.** 3, 11, 13-15, 26, 1457; **C.P.C.** 399, 399.1, 400, 774 ss.)

SECTION I
DES SOINS

SECTION I
CARE

Art. 11. Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention.

Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins, une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude peut le remplacer.

Art. 11. No person may be made to undergo care of any nature, whether for examination, specimen taking, removal of tissue, treatment or any other act, except with his consent.

If the person concerned is incapable of giving or refusing his consent to care, a person authorized by law or by mandate given in anticipation of his incapacity may do so in his place.

1991, c. 64, a. 11 (1994-01-01).

C.C.B.C. 19.1 (**C.C.Q.** 10, 12, 15, 16, 26, 31, 269, 270, 273, 276, 2130-2185; **C.P.C.** 399 ss., 776 ss.)

Art. 12. Celui qui consent à des soins pour autrui ou qui les refuse est tenu d'agir dans le seul intérêt de cette personne en tenant compte, dans la mesure du possible, des volontés que cette dernière a pu manifester.

S'il exprime un consentement, il doit s'assurer que les soins seront bénéfiques, malgré la gravité et la permanence de certains de leurs effets, qu'ils sont opportuns dans les circonstances et que les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait qu'on en espère.

Art. 12. A person who gives his consent to or refuses care for another person is bound to act in the sole interest of that person, taking into account, as far as possible, any wishes the latter may have expressed.

If he gives his consent, he shall ensure that the care is beneficial notwithstanding the gravity and permanence of certain of its effects, that it is advisable in the circumstances and that the risks incurred are not disproportionate to the anticipated benefit.

1991, c. 64, a. 12 (1994-01-01).

C.C.B.C. 19.3 (**C.C.Q.** 16-21, 33, 2166-2174)

Art. 13. En cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile.

Art. 13. Consent to medical care is not required in case of emergency if the life of the person is in danger or his integrity is threatened and his consent cannot be obtained in due time.

Il est toutefois nécessaire lorsque les soins sont inusités ou devenus inutiles ou que leurs conséquences pourraient être intolérables pour la personne.

1991, c. 64, a. 13 (1994-01-01).

L.R.Q., c. C-12, a. 2; **L.R.Q.**, c. P-35, a. 43 (**C.C.Q.** 10)

It is required, however, where the care is unusual or has become useless or where its consequences could be intolerable for the person.

Art. 14. Le consentement aux soins requis par l'état de santé du mineur est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur.

Le mineur de quatorze ans et plus peut, néanmoins, consentir seul à ces soins. Si son état exige qu'il demeure dans un établissement de santé ou de services sociaux pendant plus de douze heures, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur doit être informé de ce fait.

1991, c. 64, a. 14 (1994-01-01).

L.R.Q., c. P-35, a. 42 (**C.C.Q.** 17, 177)

Art. 14. Consent to care required by the state of health of a minor is given by the person having parental authority or by his tutor.

A minor fourteen years of age or over, however, may give his consent alone to such care. If his state requires that he remain in a health or social services establishment for over twelve hours, the person having parental authority or tutor shall be informed of that fact.

Art. 15. Lorsque l'inaptitude d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait, ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier.

1991, c. 64, a. 15 (1994-01-01); 2002, c. 6, a. 1 (2002-06-24).

C.C.B.C. 19.2 (**C.C.Q.** 256, 259)

Art. 15. Where it is ascertained that a person of full age is incapable of giving consent to care required by his or her state of health, consent is given by his or her mandatary, tutor or curator. If the person of full age is not so represented, consent is given by his or her married, civil union or *de facto* spouse or, if the person has no spouse or his or her spouse is prevented from giving consent, it is given by a close relative or a person who shows a special interest in the person of full age.

Art. 16. L'autorisation du tribunal est nécessaire en cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à donner son consentement; elle l'est également si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir les soins, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence.

Elle est, enfin, nécessaire pour soumettre un mineur âgé de quatorze ans et plus à des soins qu'il refuse, à moins qu'il n'y ait urgence et que sa vie ne soit en danger ou son intégrité menacée, auquel cas le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur suffit.

1991, c. 64, a. 16 (1994-01-01).

C.C.B.C. 19.4; **L.R.Q.**, c. P-35, a. 42 (**C.C.Q.** 11, 177 ss., 597 ss.; **C.P.C.** 4 al. 2, 774, 776 ss.)

Art. 16. The authorization of the court is necessary where the person who may give consent to care required by the state of health of a minor or a person of full age who is incapable of giving his consent is prevented from doing so or, without justification, refuses to do so; it is also required where a person of full age who is incapable of giving his consent categorically refuses to receive care, except in the case of hygienic care or emergency.

The authorization of the court is necessary, furthermore, to cause a minor fourteen years of age or over to undergo care he refuses, except in the case of emergency if his life is in danger or his integrity threatened, in which case the consent of the person having parental authority or the tutor is sufficient.

Art. 17. Le mineur de quatorze ans et plus peut consentir seul aux soins non requis par l'état de santé; le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur est cependant nécessaire si les soins présentent un risque sérieux pour la santé du mineur et peuvent lui causer des effets graves et permanents.

1991, c. 64, a. 17 (1994-01-01).

Art. 17. A minor fourteen years of age or over may give his consent alone to care not required by the state of his health; however, the consent of the person having parental authority or of the tutor is required if the care entails a serious risk for the health of the minor and may cause him grave and permanent effects.

(**C.C.Q.** 14, 177 ss., 597 ss.)

Art. 18. Lorsque la personne est âgée de moins de quatorze ans ou qu'elle est inapte à consentir, le consentement aux soins qui ne sont pas requis par son état de santé est donné par le titulaire de l'autorité parentale, le mandataire, le tuteur ou le curateur; l'autorisation du tribunal est en outre nécessaire si les soins présentent un risque sérieux pour la santé ou s'ils peuvent causer des effets graves et permanents.

1991, c. 64, a. 18 (1994-01-01).

Art. 18. Where the person is under fourteen years of age or is incapable of giving his consent, consent to care not required by his state of health is given by the person having parental authority or the mandatary, tutor or curator; the authorization of the court is also necessary if the care entails a serious risk for health or if it might cause grave and permanent effects.

(**C.C.Q.** 177 ss., 256 ss., 597 ss.; **C.P.C.** 4 al. 2, 774 ss.)

Art. 19. Une personne majeure, apte à consentir, peut aliéner entre vifs une partie de son corps pourvu que le risque couru ne soit pas hors de proportion avec le bienfait qu'on peut raisonnablement en espérer.

Un mineur ou un majeur inapte ne peut aliéner une partie de son corps que si celle-ci est susceptible de régénération et qu'il n'en résulte pas un risque sérieux pour sa santé, avec le consentement du titulaire de l'autorité parentale, du mandataire, tuteur ou curateur, et l'autorisation du tribunal.

1991, c. 64, a. 19 (1994-01-01).

Art. 19. A person of full age who is capable of giving his consent may alienate a part of his body inter vivos, provided the risk incurred is not disproportionate to the benefit that may reasonably be anticipated.

A minor or a person of full age who is incapable of giving his consent may, with the consent of the person having parental authority, mandatary, tutor or curator and with the authorization of the court, alienate a part of his body only if that part is capable of regeneration and provided that no serious risk to his health results.

C.C.B.C. 20 (**C.C.Q.** 177 ss., 256 ss., 597 ss.; **C.P.C.** 4 al. 2, 774 ss.)

Art. 20. Une personne majeure, apte à consentir, peut se soumettre à une expérimentation pourvu que le risque couru ne soit pas hors de proportion avec le bienfait qu'on peut raisonnablement en espérer.

1991, c. 64, a. 20 (1994-01-01).

Art. 20. A person of full age who is capable of giving his consent may submit to an experiment provided that the risk incurred is not disproportionate to the benefit that can reasonably be anticipated.

C.C.B.C. 20

Art. 21. Un mineur ou un majeur inapte ne peut être soumis à une expérimentation qui comporte un risque sérieux pour sa santé ou à laquelle il s'oppose alors qu'il en comprend la nature et les conséquences.

Il ne peut, en outre, être soumis à une expérimentation qu'à la condition que celle-ci laisse espérer, si elle ne vise que lui, un bienfait pour sa santé ou, si elle vise un groupe, des résultats qui

Art. 21. A minor or a person of full age who is incapable of giving consent may not be submitted to an experiment if the experiment involves serious risk to his health or, where he understands the nature and consequences of the experiment, if he objects.

Moreover, a minor or a person of full age who is incapable of giving consent may be submitted to an experiment only if, where the person is the only subject of the experiment, it has the poten-

seraient bénéfiques aux personnes possédant les mêmes caractéristiques d'âge, de maladie ou de handicap que les membres du groupe. Une telle expérimentation doit s'inscrire dans un projet de recherche approuvé et suivi par un comité d'éthique. Les comités d'éthique compétents sont institués par le ministre de la Santé et des Services sociaux ou désignés par lui parmi les comités d'éthique de la recherche existants; le ministre en définit la composition et les conditions de fonctionnement qui sont publiées à la *Gazette officielle du Québec*.

tial to produce benefit to the person's health or only if, in the case of an experiment on a group, it has the potential to produce results capable of conferring benefit to other persons in the same age category or having the same disease or handicap. Such an experiment must be part of a research project approved and monitored by an ethics committee. The competent ethics committees are formed by the Minister of Health and Social Services or designated by that Minister among existing research ethics committees; the composition and operating conditions of the committees are determined by the Minister and published in the *Gazette officielle du Québec*.

Le consentement à l'expérimentation est donné, pour le mineur, par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur, et, pour le majeur inapte, par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Lorsque l'inaptitude du majeur est subite et que l'expérimentation, dans la mesure où elle doit être effectuée rapidement après l'apparition de l'état qui y donne lieu, ne permet pas d'attribuer au majeur un représentant légal en temps utile, le consentement est donné par la personne habilitée à consentir aux soins requis par le majeur; il appartient au comité d'éthique compétent de déterminer, lors de l'examen d'un projet de recherche, si l'expérimentation remplit une telle condition.

Consent to experimentation may be given, in the case of a minor, by the person having parental authority or the tutor and, in the case of a person of full age incapable of giving consent, by the andatary, tutor or curator. Where a person of full age suddenly becomes incapable of consent and the experiment, insofar as it must be undertaken promptly after the appearance of the condition giving rise to it, does not permit, for lack of time, the designation of a legal representative, consent may be given by the person authorized to consent to any care the person requires; it is incumbent upon the competent ethics committee to determine, when examining the research project, whether the experiment meets that condition.

Ne constituent pas des expérimentations les soins qui, selon le comité d'éthique, sont des soins innovateurs requis par l'état de santé de la personne qui y est soumise.

Care considered by the ethics committee to be innovative care required by the state of health of the person concerned does not constitute an experiment.

1991, c. 64, a. 21 (1994-01-01); 1992, c. 57, a. 716 (1994-01-01); 1998, c. 32, a. 1 (1998-06-17).

C.C.B.C. 20 (**C.C.Q.** 177 ss., 256 ss., 597 ss.; **C.P.C.** 4 al. 2, 774, 776 ss.)

Art. 22. Une partie du corps, qu'il s'agisse d'organes, de tissus ou d'autres substances, prélevée sur une personne dans le cadre de soins qui lui sont prodigués, peut être utilisée aux fins de recherche, avec le consentement de la personne concernée ou de celle habilitée à consentir pour elle.

Art. 22. A part of the body, whether an organ, tissue or other substance, removed from a person as part of the care he receives may, with his consent or that of the person qualified to give consent for him, be used for purposes of research.

1991, c. 64, a. 22 (1994-01-01).

(**C.C.Q.** 177 ss., 256 ss., 597 ss.)

Art. 23. Le tribunal appelé à statuer sur une demande d'autorisation relative à des soins ou à l'aliénation d'une partie du corps, prend l'avis d'experts, du titulaire de l'autorité parentale, du mandataire, du tuteur ou du curateur et du conseil de tutelle; il peut aussi prendre l'avis de toute personne qui manifeste un intérêt particulier pour la personne concernée par la demande.

Art. 23. When the court is called upon to rule on an application for authorization with respect to care or the alienation of a body part, it obtains the opinions of experts, of the person having parental authority, of the mandatary, of the tutor or the curator and of the tutorship council; it may also obtain the opinion of any person who shows a special interest in the person concerned by the application.

Il est aussi tenu, sauf impossibilité, de recueillir l'avis de cette personne et, à moins qu'il ne s'agisse de soins requis par son état de santé, de respecter son refus.

The court is also bound to obtain the opinion of the person concerned unless that is impossible, and to respect his refusal unless the care is required by his state of health.

1991, c. 64, a. 23 (1994-01-01); 1998, c. 32, a. 2 (1998-06-17).

(**C.C.Q.** 177 ss., 256 ss., 597 ss.; **C.P.C.** 4 al. 2, 776 ss.)

Art. 24. Le consentement aux soins qui ne sont pas requis par l'état de santé, à l'aliénation d'une partie du corps ou à une expérimentation doit être donné par écrit.

Il peut toujours être révoqué, même verbalement.

1991, c. 64, a. 24 (1994-01-01).

C.C.B.C. 20

Art. 24. Consent to care not required by a person's state of health, to the alienation of a part of a person's body, or to an experiment shall be given in writing.

It may be withdrawn at any time, even verbally.

Art. 25. L'aliénation que fait une personne d'une partie ou de produits de son corps doit être gratuite; elle ne peut être répétée si elle présente un risque pour la santé.

L'expérimentation ne peut donner lieu à aucune contrepartie financière hormis le versement d'une indemnité en compensation des pertes et des contraintes subies.

1991, c. 64, a. 25 (1994-01-01).

C.C.B.C. 20

Art. 25. The alienation by a person of a part or product of his body shall be gratuitous; it may not be repeated if it involves a risk to his health.

An experiment may not give rise to any financial reward other than the payment of an indemnity as compensation for the loss and inconvenience suffered.

SECTION II

DE LA GARDE EN ÉTABLISSEMENT ET DE L'ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE

Art. 26. Nul ne peut être gardé dans un établissement de santé ou de services sociaux, en vue d'une évaluation psychiatrique ou à la suite d'une évaluation psychiatrique concluant à la nécessité d'une garde, sans son consentement ou sans que la loi ou le tribunal l'autorise.

Le consentement peut être donné par le titulaire de l'autorité parentale ou, lorsque la personne est majeure et qu'elle ne peut manifester sa volonté, par son mandataire, son tuteur ou son curateur. Ce consentement ne peut être donné par le représentant qu'en l'absence d'opposition de la personne.

1991, c. 64, a. 26 (1994-01-01); 1997, c. 75, a. 29 (1998-06-01).

SECTION II

CONFINEMENT IN AN INSTITUTION AND PSYCHIATRIC ASSESSMENT

Art. 26. No person may be confined in a health or social services institution for a psychiatric assessment or following a psychiatric assessment concluding that confinement is necessary without his consent or without authorization by law or the court.

Consent may be given by the person having parental authority or, in the case of a person of full age unable to express his wishes, by his mandatary, tutor or curator. Such consent may be given by the representative only if the person concerned does not object.

L.R.Q., c. P-41, a. 13, 16, 21 (**D.T.** 423); **C.C.Q.** 10, 15, 177 ss., 256 ss., 597 ss.; **C.P.C.** 4 al. 2, 362, 399 ss., 778 ss.; **L.R.Q.**, c. P-38.001, a. 6 ss.)

Art. 27. S'il a des motifs sérieux de croire qu'une personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental, le tribunal peut, à la demande d'un médecin ou d'un intéressé, ordonner qu'elle soit, malgré l'absence de consentement, gardée provisoirement dans un établissement de santé ou de servi-

Art. 27. Where the court has serious reasons to believe that a person is a danger to himself or to others owing to his mental state, it may, on the application of a physician or an interested person and notwithstanding the absence of consent, order that he be confined temporarily in a health or social services institution for a psychiatric as-

***CODE CRIMINEL*,**
L.R.C. (1985), c. C-46

***CRIMINAL CODE*,**
R.S.C., 1985, c. C-46

CANADA

CONSOLIDATION

CODIFICATION

Criminal Code

Code criminel

R.S.C., 1985, c. C-46

L.R.C. (1985), ch. C-46

Current to June 12, 2014

À jour au 12 juin 2014

Last amended on June 1, 2014

Dernière modification le 1 juin 2014

Published by the Minister of Justice at the following address:
http://laws-lois.justice.gc.ca

Publié par le ministre de la Justice à l'adresse suivante :
http://lois-laws.justice.gc.ca

mary conviction, a person who does the act or makes the omission is, unless a contrary intention appears, subject to proceedings under any of those Acts, but is not liable to be punished more than once for the same offence.

R.S., c. C-34, s. 11.

tion ou déclaration de culpabilité par procédure sommaire, une personne qui accomplit l'acte ou fait l'omission devient, à moins que l'intention contraire ne soit manifeste, assujettie aux procédures que prévoit l'une ou l'autre de ces lois, mais elle n'est pas susceptible d'être punie plus d'une fois pour la même infraction.

S.R., ch. C-34, art. 11.

Child under twelve

13. No person shall be convicted of an offence in respect of an act or omission on his part while that person was under the age of twelve years.

R.S., c. C-34, s. 12; 1980-81-82-83, c. 110, s. 72.

Enfant de moins de douze ans

13. Nul ne peut être déclaré coupable d'une infraction à l'égard d'un acte ou d'une omission de sa part lorsqu'il était âgé de moins de douze ans.

S.R., ch. C-34, art. 12; 1980-81-82-83, ch. 110, art. 72.

Consent to death

14. No person is entitled to consent to have death inflicted on him, and such consent does not affect the criminal responsibility of any person by whom death may be inflicted on the person by whom consent is given.

R.S., c. C-34, s. 14.

Consentement à la mort

14. Nul n'a le droit de consentir à ce que la mort lui soit infligée, et un tel consentement n'atteint pas la responsabilité pénale d'une personne par qui la mort peut être infligée à celui qui a donné ce consentement.

S.R., ch. C-34, art. 14.

Obedience to *de facto* law

15. No person shall be convicted of an offence in respect of an act or omission in obedience to the laws for the time being made and enforced by persons in *de facto* possession of the sovereign power in and over the place where the act or omission occurs.

R.S., c. C-34, s. 15.

Obéissance aux lois *de facto*

15. Nul ne peut être déclaré coupable d'une infraction à l'égard d'un acte ou d'une omission en exécution des lois alors édictées et appliquées par les personnes possédant *de facto* le pouvoir souverain dans et sur le lieu où se produit l'acte ou l'omission.

S.R., ch. C-34, art. 15.

Defence of mental disorder

16. (1) No person is criminally responsible for an act committed or an omission made while suffering from a mental disorder that rendered the person incapable of appreciating the nature and quality of the act or omission or of knowing that it was wrong.

Troubles mentaux

16. (1) La responsabilité criminelle d'une personne n'est pas engagée à l'égard d'un acte ou d'une omission de sa part survenu alors qu'elle était atteinte de troubles mentaux qui la rendaient incapable de juger de la nature et de la qualité de l'acte ou de l'omission, ou de savoir que l'acte ou l'omission était mauvais.

Presumption

(2) Every person is presumed not to suffer from a mental disorder so as to be exempt from criminal responsibility by virtue of subsection (1), until the contrary is proved on the balance of probabilities.

Présomption

(2) Chacun est présumé ne pas avoir été atteint de troubles mentaux de nature à ne pas engager sa responsabilité criminelle sous le régime du paragraphe (1); cette présomption peut toutefois être renversée, la preuve des troubles mentaux se faisant par prépondérance des probabilités.

Burden of proof

(3) The burden of proof that an accused was suffering from a mental disorder so as to be exempt from criminal responsibility is on the party that raises the issue.

R.S., 1985, c. C-46, s. 16; R.S., 1985, c. 27 (1st Supp.), s. 185(F); 1991, c. 43, s. 2.

Charge de la preuve

(3) La partie qui entend démontrer que l'accusé était affecté de troubles mentaux de nature à ne pas engager sa responsabilité criminelle a la charge de le prouver.

L.R. (1985), ch. C-46, art. 16; L.R. (1985), ch. 27 (1er suppl.), art. 185(F); 1991, ch. 43, art. 2.

Compulsion by threats

17. A person who commits an offence under compulsion by threats of immediate death or bodily harm from a person who is present when

Contrainte par menaces

17. Une personne qui commet une infraction, sous l'effet de la contrainte exercée par des menaces de mort immédiate ou de lésions

the offence is committed is excused for committing the offence if the person believes that the threats will be carried out and if the person is not a party to a conspiracy or association whereby the person is subject to compulsion, but this section does not apply where the offence that is committed is high treason or treason, murder, piracy, attempted murder, sexual assault, sexual assault with a weapon, threats to a third party or causing bodily harm, aggravated sexual assault, forcible abduction, hostage taking, robbery, assault with a weapon or causing bodily harm, aggravated assault, unlawfully causing bodily harm, arson or an offence under sections 280 to 283 (abduction and detention of young persons).

R.S., 1985, c. C-46, s. 17; R.S., 1985, c. 27 (1st Supp.), s. 40.

corporelles de la part d'une personne présente lorsque l'infraction est commise, est excusée d'avoir commis l'infraction si elle croit que les menaces seront mises à exécution et si elle ne participe à aucun complot ou aucune association par laquelle elle est soumise à la contrainte. Toutefois, le présent article ne s'applique pas si l'infraction commise est la haute trahison ou la trahison, le meurtre, la piraterie, la tentative de meurtre, l'agression sexuelle, l'agression sexuelle armée, menaces à une tierce personne ou infliction de lésions corporelles, l'agression sexuelle grave, le rapt, la prise d'otage, le vol qualifié, l'agression armée ou infliction de lésions corporelles, les voies de fait graves, l'infliction illégale de lésions corporelles, le crime d'incendie ou l'une des infractions visées aux articles 280 à 283 (enlèvement et séquestration d'une jeune personne).

L.R. (1985), ch. C-46, art. 17; L.R. (1985), ch. 27 (1er suppl.), art. 40.

Compulsion of spouse

18. No presumption arises that a married person who commits an offence does so under compulsion by reason only that the offence is committed in the presence of the spouse of that married person.

R.S., c. C-34, s. 18; 1980-81-82-83, c. 125, s. 4.

Contrainte d'un conjoint

18. Il n'y a aucune présomption qu'une personne mariée commettant une infraction agit ainsi par contrainte du seul fait qu'elle la commet en présence de son conjoint.

S.R., ch. C-34, art. 18; 1980-81-82-83, ch. 125, art. 4.

Ignorance of the law

19. Ignorance of the law by a person who commits an offence is not an excuse for committing that offence.

R.S., c. C-34, s. 19.

Ignorance de la loi

19. L'ignorance de la loi chez une personne qui commet une infraction n'excuse pas la perpétration de l'infraction.

S.R., ch. C-34, art. 19.

Certain acts on holidays valid

20. A warrant or summons that is authorized by this Act or an appearance notice, promise to appear, undertaking or recognizance issued, given or entered into in accordance with Part XVI, XXI or XXVII may be issued, executed, given or entered into, as the case may be, on a holiday.

R.S., c. C-34, s. 20; R.S., c. 2(2nd Supp.), s. 2.

Certains actes peuvent être validement faits les jours fériés

20. Un mandat ou une sommation autorisés par la présente loi ou une citation à comparaître, une promesse de comparaître, une promesse ou un engagement délivrés, remis ou contractés en conformité avec les parties XVI, XXI ou XXVII peuvent être décernés, délivrés, exécutés, remis ou contractés, selon le cas, un jour férié.

S.R., ch. C-34, art. 20; S.R., ch. 2(2e suppl.), art. 2.

Parties to Offences

Participants aux infractions

Parties to offence

21. (1) Every one is a party to an offence who

(*a*) actually commits it;

(*b*) does or omits to do anything for the purpose of aiding any person to commit it; or

(*c*) abets any person in committing it.

Participants à une infraction

21. (1) Participent à une infraction :

a) quiconque la commet réellement;

b) quiconque accomplit ou omet d'accomplir quelque chose en vue d'aider quelqu'un à la commettre;

c) quiconque encourage quelqu'un à la commettre.

Common intention

(2) Where two or more persons form an intention in common to carry out an unlawful purpose and to assist each other therein and any one of them, in carrying out the common purpose, commits an offence, each of them who knew or ought to have known that the commission of the offence would be a probable consequence of carrying out the common purpose is a party to that offence.

R.S., c. C-34, s. 21.

Person counselling offence

22. (1) Where a person counsels another person to be a party to an offence and that other person is afterwards a party to that offence, the person who counselled is a party to that offence, notwithstanding that the offence was committed in a way different from that which was counselled.

Idem

(2) Every one who counsels another person to be a party to an offence is a party to every offence that the other commits in consequence of the counselling that the person who counselled knew or ought to have known was likely to be committed in consequence of the counselling.

Definition of "counsel"

(3) For the purposes of this Act, "counsel" includes procure, solicit or incite.

R.S., 1985, c. C-46, s. 22; R.S., 1985, c. 27 (1st Supp.), s. 7.

Offences of negligence — organizations

22.1 In respect of an offence that requires the prosecution to prove negligence, an organization is a party to the offence if

(*a*) acting within the scope of their authority

(i) one of its representatives is a party to the offence, or

(ii) two or more of its representatives engage in conduct, whether by act or omission, such that, if it had been the conduct of only one representative, that representative would have been a party to the offence; and

(*b*) the senior officer who is responsible for the aspect of the organization's activities that is relevant to the offence departs — or the senior officers, collectively, depart — markedly from the standard of care that, in the circumstances, could reasonably be ex-

(2) Quand deux ou plusieurs personnes forment ensemble le projet de poursuivre une fin illégale et de s'y entraider et que l'une d'entre elles commet une infraction en réalisant cette fin commune, chacune d'elles qui savait ou devait savoir que la réalisation de l'intention commune aurait pour conséquence probable la perpétration de l'infraction, participe à cette infraction.

S.R., ch. C-34, art. 21.

22. (1) Lorsqu'une personne conseille à une autre personne de participer à une infraction et que cette dernière y participe subséquemment, la personne qui a conseillé participe à cette infraction, même si l'infraction a été commise d'une manière différente de celle qui avait été conseillée.

(2) Quiconque conseille à une autre personne de participer à une infraction participe à chaque infraction que l'autre commet en conséquence du conseil et qui, d'après ce que savait ou aurait dû savoir celui qui a conseillé, était susceptible d'être commise en conséquence du conseil.

(3) Pour l'application de la présente loi, « conseiller » s'entend d'amener et d'inciter, et « conseil » s'entend de l'encouragement visant à amener ou à inciter.

L.R. (1985), ch. C-46, art. 22; L.R. (1985), ch. 27 (1er suppl.), art. 7.

22.1 S'agissant d'une infraction dont la poursuite exige la preuve de l'élément moral de négligence, toute organisation est considérée comme y ayant participé lorsque :

a) d'une part, l'un de ses agents a, dans le cadre de ses attributions, eu une conduite — par action ou omission — qui, prise individuellement ou collectivement avec celle d'autres de ses agents agissant également dans le cadre de leurs attributions, vaut participation à sa perpétration;

b) d'autre part, le cadre supérieur dont relève le domaine d'activités de l'organisation qui a donné lieu à l'infraction, ou les cadres supérieurs, collectivement, se sont écartés de façon marquée de la norme de diligence qu'il aurait été raisonnable d'adopter, dans les circonstances, pour empêcher la participation à l'infraction.

2003, ch. 21, art. 2.

Intention commune

Personne qui conseille à une autre de commettre une infraction

Idem

Définitions de « conseiller » et de « conseil »

Organisations : infractions de négligence

Causing death by criminal negligence

220. Every person who by criminal negligence causes death to another person is guilty of an indictable offence and liable

(*a*) where a firearm is used in the commission of the offence, to imprisonment for life and to a minimum punishment of imprisonment for a term of four years; and

(*b*) in any other case, to imprisonment for life.

R.S., 1985, c. C-46, s. 220; 1995, c. 39, s. 141.

Le fait de causer la mort par négligence criminelle

220. Quiconque, par négligence criminelle, cause la mort d'une autre personne est coupable d'un acte criminel passible :

a) s'il y a usage d'une arme à feu lors de la perpétration de l'infraction, de l'emprisonnement à perpétuité, la peine minimale étant de quatre ans;

b) dans les autres cas, de l'emprisonnement à perpétuité.

L.R. (1985), ch. C-46, art. 220; 1995, ch. 39, art. 141.

Causing bodily harm by criminal negligence

221. Every one who by criminal negligence causes bodily harm to another person is guilty of an indictable offence and liable to imprisonment for a term not exceeding ten years.

R.S., c. C-34, s. 204.

Causer des lésions corporelles par négligence criminelle

221. Est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement maximal de dix ans quiconque, par négligence criminelle, cause des lésions corporelles à autrui.

S.R., ch. C-34, art. 204.

HOMICIDE

HOMICIDE

Homicide

222. (1) A person commits homicide when, directly or indirectly, by any means, he causes the death of a human being.

Homicide

222. (1) Commet un homicide quiconque, directement ou indirectement, par quelque moyen, cause la mort d'un être humain.

Kinds of homicide

(2) Homicide is culpable or not culpable.

Sortes d'homicides

(2) L'homicide est coupable ou non coupable.

Non culpable homicide

(3) Homicide that is not culpable is not an offence.

Homicide non coupable

(3) L'homicide non coupable ne constitue pas une infraction.

Culpable homicide

(4) Culpable homicide is murder or manslaughter or infanticide.

Homicide coupable

(4) L'homicide coupable est le meurtre, l'homicide involontaire coupable ou l'infanticide.

Idem

(5) A person commits culpable homicide when he causes the death of a human being,

(*a*) by means of an unlawful act;

(*b*) by criminal negligence;

(*c*) by causing that human being, by threats or fear of violence or by deception, to do anything that causes his death; or

(*d*) by wilfully frightening that human being, in the case of a child or sick person.

Idem

(5) Une personne commet un homicide coupable lorsqu'elle cause la mort d'un être humain :

a) soit au moyen d'un acte illégal;

b) soit par négligence criminelle;

c) soit en portant cet être humain, par des menaces ou la crainte de quelque violence, ou par la supercherie, à faire quelque chose qui cause sa mort;

d) soit en effrayant volontairement cet être humain, dans le cas d'un enfant ou d'une personne malade.

Exception

(6) Notwithstanding anything in this section, a person does not commit homicide within the meaning of this Act by reason only that he causes the death of a human being by procuring, by false evidence, the conviction and death of that human being by sentence of the law.

R.S., c. C-34, s. 205.

Exception

(6) Nonobstant les autres dispositions du présent article, une personne ne commet pas un homicide au sens de la présente loi, du seul fait qu'elle cause la mort d'un être humain en amenant, par de faux témoignages, la condamnation et la mort de cet être humain par sentence de la loi.

S.R., ch. C-34, art. 205.

sentence is being imposed, not taking into account any time in custody.

Sequence of convictions only

(3) For the purposes of subsection (2), the only question to be considered is the sequence of convictions and no consideration shall be given to the sequence of commission of offences or whether any offence occurred before or after any conviction.

R.S., 1985, c. C-46, s. 239; 1995, c. 39, s. 143; 2008, c. 6, s. 16; 2009, c. 22, s. 6.

Accessory after fact to murder

240. Every one who is an accessory after the fact to murder is guilty of an indictable offence and liable to imprisonment for life.

R.S., c. C-34, s. 223.

SUICIDE

Counselling or aiding suicide

241. Every one who

(*a*) counsels a person to commit suicide, or

(*b*) aids or abets a person to commit suicide,

whether suicide ensues or not, is guilty of an indictable offence and liable to imprisonment for a term not exceeding fourteen years.

R.S., 1985, c. C-46, s. 241; R.S., 1985, c. 27 (1st Supp.), s. 7.

NEGLECT IN CHILD-BIRTH AND CONCEALING DEAD BODY

Neglect to obtain assistance in child-birth

242. A female person who, being pregnant and about to be delivered, with intent that the child shall not live or with intent to conceal the birth of the child, fails to make provision for reasonable assistance in respect of her delivery is, if the child is permanently injured as a result thereof or dies immediately before, during or in a short time after birth, as a result thereof, guilty of an indictable offence and is liable to imprisonment for a term not exceeding five years.

R.S., c. C-34, s. 226.

Concealing body of child

243. Every one who in any manner disposes of the dead body of a child, with intent to conceal the fact that its mother has been delivered of it, whether the child died before, during or after birth, is guilty of an indictable offence and liable to imprisonment for a term not exceeding two years.

R.S., c. C-34, s. 227.

Précision relative aux condamnations antérieures

(3) Pour l'application du paragraphe (2), il est tenu compte de l'ordre des déclarations de culpabilité et non de l'ordre de perpétration des infractions, ni du fait qu'une infraction a été commise avant ou après une déclaration de culpabilité.

L.R. (1985), ch. C-46, art. 239; 1995, ch. 39, art. 143; 2008, ch. 6, art. 16; 2009, ch. 22, art. 6.

Complice de meurtre après le fait

240. Tout complice de meurtre après le fait est coupable d'un acte criminel et passible de l'emprisonnement à perpétuité.

S.R., ch. C-34, art. 223.

SUICIDE

Fait de conseiller le suicide ou d'y aider

241. Est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement maximal de quatorze ans quiconque, selon le cas :

a) conseille à une personne de se donner la mort;

b) aide ou encourage quelqu'un à se donner la mort,

que le suicide s'ensuive ou non.

L.R. (1985), ch. C-46, art. 241; L.R. (1985), ch. 27 (1er suppl.), art. 7.

NÉGLIGENCE À LA NAISSANCE D'UN ENFANT ET SUPPRESSION DE PART

Négligence à se procurer de l'aide lors de la naissance d'un enfant

242. Est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement maximal de cinq ans une personne du sexe féminin qui, étant enceinte et sur le point d'accoucher, avec l'intention d'empêcher l'enfant de vivre ou dans le dessein de cacher sa naissance, néglige de prendre des dispositions en vue d'une aide raisonnable pour son accouchement, si l'enfant subit, par là, une lésion permanente ou si, par là, il meurt immédiatement avant, pendant ou peu de temps après sa naissance.

S.R., ch. C-34, art. 226.

Suppression de part

243. Est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement maximal de deux ans quiconque, de quelque manière, fait disparaître le cadavre d'un enfant dans l'intention de cacher le fait que sa mère lui a donné naissance, que l'enfant soit mort avant, pendant ou après la naissance.

S.R., ch. C-34, art. 227.

CONSENT TO TREATMENT AND HEALTH CARE DIRECTIVES ACT, R.S.P.E.I. 1988, c. C-17.2

CHAPTER C-17.2

CONSENT TO TREATMENT AND HEALTH CARE DIRECTIVES ACT

PART I
INTERPRETATION

1. In this Act — Definitions

(a) "associate" means a person whom the patient has recognized as a trusted adviser; — associate

(b) "capable" means mentally capable, in accordance with section 7, of making a decision, and "capacity" is used as the corresponding noun indicating the state of being capable; — capable

(c) "court" means the Family Section of the Supreme Court; — court

(d) "decision" means a consent, refusal to consent or revocation of consent to any treatment; — decision

(e) "directive" means a document made in accordance with this Act before or after the coming into force of this Act, in which the maker sets out decisions or wishes or instructions respecting treatment, or appoints a proxy, or both; — directive

(f) "guardian" includes a guardian appointed under the *Mental Health Act* R.S.P.E.I. 1988, Cap. M-6.1 or any other enactment; — guardian

(g) "health practitioner" means a person who is registered or licensed to provide treatment pursuant to an Act but does not include a person who is registered under the *Social Work Act* R.S.P.E.I. 1988, Cap. S-5; — health practitioner

(h) "maker" means a person who makes a directive; — maker

(i) "Minister" means the Minister of Health and Wellness; — Minister

(j) "patient" means a person in respect of whom treatment is proposed; — patient

(k) "prescribed" means prescribed by the regulations made under section 36; — prescribed

(l) "proxy" means the person or persons appointed by the maker of a directive to make decisions on his or her behalf, and includes an alternate in the event that the person or persons appointed is unable to act; — proxy

personal assistance service

(m) "personal assistance service" means assistance with or supervision of a routine activity of living, including one that relates to a person's health care, nutrition, shelter, clothing, grooming, hygiene or safety but does not include anything prescribed by the regulations as not constituting a personal assistance service;

spouse

(n) "spouse" does not include a person living separate and apart within the meaning of the *Divorce Act* R.S.C. 1988, Chap. D-34;

substitute decision-maker

(o) "substitute decision-maker" means a person who is authorized to make a decision on behalf of a person who is incapable with respect to treatment;

treatment

(p) "treatment" means a procedure or set of procedures that is done for a therapeutic, preventive, palliative, diagnostic, cosmetic or other health-related purpose, and includes a course of treatment or group of associated treatments, but does not include

(i) an examination or assessment conducted in accordance with this Act, the *Adult Protection Act* R.S.P.E.I. 1988, Cap. A-5, the *Mental Health Act*, the *Public Health Act* R.S.P.E.I. 1988, Cap. P-30, the *Public Trustee Act* R.S.P.E.I. 1988, Cap. P-32.2 or any Act respecting capacity or guardianship of the person,

(ii) the assessment or examination of a person to determine the general nature of the person's condition,

(iii) the taking of a person's health history,

(iv) the communication of an assessment or diagnosis,

(v) the admission of a person to a hospital or other facility except as provided in section 15,

(vi) a personal assistance service,

(vii) a treatment that in the circumstances poses little or no risk of harm to the person,

(viii) counselling that is primarily in the nature of advice, education or motivation,

(ix) anything prescribed by the regulations as not constituting treatment. 1996,c.10,s.1; 2005,c.40,s.5; 2008,c.8,s.5(2); 2010,c.31,s.3.

Subject to other Acts

2. (1) This Act is subject to the *Mental Health Act* and the *Public Health Act* R.S.P.E.I. 1988 Cap.P-30 and where there is conflict between this Act and any provision of any of those Acts, the provision of that other Act prevails.

Restraint, confinement

(2) This Act does not affect any authority at common law to restrain or confine a person or take other remedial action when immediate action is necessary to prevent serious bodily harm to the person or to others. 1996, c.10,s.2.

3. (1) Every person is presumed to be capable of
(a) giving or refusing consent to treatment; and
(b) making a health care directive,
until the contrary is demonstrated. Presumption of capacity

(2) Authority to give consent includes authority to refuse consent or revoke a consent previously given. 1996,c.10,s.3. Revocation

PART II
CONSENT TO TREATMENT

4. Every patient who is capable of giving or refusing consent to treatment has the right Consent rights
(a) to give consent or to refuse consent on any grounds, including moral or religious grounds, even if the refusal will result in death;
(b) to select a particular form of treatment from among those proposed by a health practitioner on any grounds, including moral or religious grounds;
(c) to be assisted by an associate; and
(d) to be involved to the greatest degree practicable in case planning and decision making. 1996,c.10,s.4.

5. A health practitioner shall not administer a treatment and shall take reasonable steps to ensure that it is not administered unless he or she is of the opinion that No treatment without consent
(a) the patient, while capable with respect to the treatment, has given consent; or
(b) the patient is incapable with respect to the treatment, and another person has given consent in accordance with this Act. 1996,c.10,s.5.

6. (1) The following are the elements required for a valid consent to treatment: Elements of consent
(a) the consent must relate to the particular treatment;
(b) the consent must be informed;
(c) the consent must be given voluntarily;
(d) the consent must not have been obtained through misrepresentation or fraud.

(2) A consent is informed if, before giving it, the patient received the information that a reasonable person would require to understand the proposed treatment and to make a decision, including information about Informed consent
(a) the condition for which the treatment is proposed;
(b) the nature of the proposed treatment;
(c) reasonable alternative treatments;
(d) the material risks, expected benefits, likely effects and side-effects of the proposed treatment and of alternative treatments,

including no treatment, that a reasonable person would expect to be told about, and the patient has an opportunity to ask questions and receive answers about the proposed treatment.

Waiver

(3) Notwithstanding clause (1)(b), a patient may by a release in writing waive the right to receive the information required by subsection (2).

Manner of communication

(4) Information under subsection (2) shall be communicated, to the extent practicable, in a manner appropriate to the skills and abilities of the patient.

Express or implied

(5) Consent to treatment and refusal of consent may be expressed orally or in writing or may be inferred from conduct.

Additional or alternative treatment

(6) A health practitioner may provide additional or alternative treatment to a patient if

(a) the treatment that was consented to is in progress;

(b) the patient is unconscious or semi-conscious or it is otherwise not reasonably possible to obtain an informed consent; and

(c) it is medically necessary to provide the additional or alternative treatment to deal with conditions not foreseen when consent was given.

Included consent

(7) Unless it is not reasonable to do so in the circumstances, a health practitioner is entitled to presume that consent to a treatment includes

(a) consent to variations or adjustments in the treatment, if the nature, expected benefits, material risks and likely effects and side-effects of the changed treatment are not significantly different from the nature, expected benefits, material risks and likely effects and side-effects of the original treatment; and

(b) consent to the continuation of the same treatment in a different setting, if there is not significant change in the expected benefits, material risks and likely effects and side-effects of the treatment as a result of the change in the setting in which it is administered. 1996, c.10,s.6.

CAPACITY

Capacity with respect to treatment

7. (1) Subject to the criteria prescribed pursuant to section 10, a patient is capable with respect to treatment if the patient is, in the health practitioner's opinion, able

(a) to understand the information that is relevant to making a decision concerning the treatment;

(b) to understand that the information applies to his or her particular situation;

(c) to understand that the patient has the right to make a decision; and

(d) to appreciate the reasonably foreseeable consequences of a decision or lack of a decision.

Assistance in determining capacity

(2) In determining a patient's capacity, a health practitioner shall, where he or she considers it necessary, inform the patient of the right to assistance and take into account such assistance as may be provided by an associate.

Capacity depends on treatment

(3) A person may be incapable with respect to some treatments and capable with respect to others.

Capacity depends on time

(4) A person may be incapable with respect to a treatment at one time and capable at another. 1996,c.10,s.7.

Return of capacity

8. When

(a) a patient becomes capable in the health practitioner's opinion with respect to treatment, consent to which has already been given or refused by another person in accordance with this Act; or

(b) the health practitioner has been acting in an emergency without consent pursuant to section 16 or 17 and, in the health practitioner's opinion, the patient is or becomes capable and the circumstances now permit an informed decision,

the patient's own decision with respect to treatment governs. 1996,c.10,s.8.

Request for opinion of psychiatrist

9. (1) Where a health practitioner is of the opinion that

(a) pursuant to section 7, a patient is not capable; or

(b) pursuant to section 8, a patient has not become capable,

with respect to treatment, the patient may request that a reassessment of his or her capacity be conducted by a psychiatrist or such other practitioner as may be prescribed, and the health practitioner shall inform the patient of the right to make such request.

Confirmation

(2) Where the psychiatrist or other health practitioner does not confirm the opinion of the health practitioner, a decision made on behalf of the patient pursuant to section 11 is void. 1996,c.10,s.9.

Determination of capacity

10. In determining a patient's capacity with respect to treatment, a health practitioner shall apply such criteria and follow such standards and procedures as may be prescribed. 1996,c.10,s.10.

CONSENT ON INCAPABLE PATIENT'S BEHALF

Consent on incapable patient's behalf

11. (1) If a health practitioner proposes to administer treatment to a patient who is, in his or her opinion, incapable with respect to the

treatment, a decision may be made on the patient's behalf by another person who is referred to in one of the following clauses, in descending order of priority:

(a) the proxy;

(b) the guardian if having the authority to give or refuse consent to treatment;

(c) the spouse;

(d) the son or daughter, or the parent, or a person who has assumed parental authority and who is lawfully entitled to give or refuse consent to treatment on the patient's behalf;

(e) the brother or sister;

(f) a person whom the health practitioner considers to be the patient's trusted friend with close knowledge of the wishes;

(g) any other relative,

of the patient.

Inquiry

(2) The health practitioner shall make reasonable inquiry as to the existence of persons referred to in subsection (1) and shall determine, in accordance with this section, who is entitled to make a decision.

Qualifications of consenter

(3) Only a person who

(a) is at least sixteen years of age;

(b) is himself or herself capable with respect to the treatment; and

(c) has knowledge of the incapable patient's circumstances and has been in recent contact with the patient,

may make a decision.

Parent under sixteen

(4) A person, though not sixteen years of age or more, may make a decision on behalf of his or her child if the person is capable with respect to the treatment.

Ranking

(5) If a person described in one of the clauses of subsection (1) is available, a person described in a later clause may make a decision only if the one described in the earlier clause is not willing to assume the responsibility for making a decision or is himself or herself incapable with respect to the treatment.

Decision-maker of last resort

(6) If no person described in any of the clauses of subsection (1) is available, capable with respect to the treatment, and willing to assume the responsibility for making a decision, or if there is disagreement among persons of the same class, such public official as may be empowered with the duty of public guardianship or as may be designated by the Minister may make a decision.

Meaning of "available"

(7) For the purpose of subsections (5) and (6), a person is available if it is possible for the health practitioner, within a time that is reasonable in

the circumstances, to communicate with him or her and obtain a decision. 1996,c.10,s.11.

Excluded matters

12. Nothing in this Part authorizes a person to make a decision on an incapable patient's behalf with respect to any of the following:

(a) subject to any express authority given in a directive, a procedure the primary purpose of which is research except where the research is likely to be beneficial to the well-being of the patient;

(b) sterilization that is not medically necessary for the protection of the patient's health;

(c) an abortion except where the continuation of the pregnancy would be likely immediately to endanger her life or health.

(d) the use of electric shock as aversive conditioning;

(e) not proclaimed;

(f) any other treatment prescribed in the regulations. 1996,c.10,s.12.

Principles

13. (1) A substitute decision-maker shall act in accordance with the following principles:

(a) if the person knows that the patient has made a directive that contains instructions applicable to the circumstances, they must be followed, subject to clause (c);

(b) if the person does not know of any such instructions, he or she shall act in accordance with any wishes applicable to the circumstances that he or she knows the patient expressed, orally or in writing, when capable, and believes the patient would still act on if capable;

(c) if the person knows of, and there is evidence satisfactory to the person and the health practitioner of, wishes applicable to the circumstances that the patient expressed, orally or in writing, when capable, and believes the patient would still act on them if capable, and if the wishes are demonstrably more recent than the instructions contained in a directive, the wishes must be followed;

(d) if the person does not know of any such instructions or wishes or if it is impossible to comply with such instructions or wishes, he or she shall act in the patient's best interests;

(e) so far as is practicable, the person shall attempt to involve the patient in consideration of the decision.

Best interests

(2) In deciding what a patient's best interests are, the substitute decision-maker shall take into consideration

(a) the values and beliefs that the person knows the patient held when capable and believes he or she would still act on if capable;

(b) the patient's current wishes, if they can be ascertained; and

(c) the following factors:

(i) whether the treatment is likely to

(A) improve the incapable person's condition or well-being,

(B) prevent the incapable person's condition or well-being from deteriorating, or

(C) reduce the extent to which, or the rate at which, the incapable person's condition or well-being is likely to deteriorate,

(ii) whether the patient's condition or well-being is likely to improve, remain the same or deteriorate without the treatment,

(iii) whether the benefit the patient is expected to obtain from the treatment outweighs the risk of harm to him or her,

(iv) whether a less restrictive or less intrusive treatment would be as beneficial as the treatment that is proposed. 1996,c.10,s.13.

Information

14. Notwithstanding any restriction relating to the disclosure of confidential medical information, a substitute decision-maker and an associate are entitled to receive all the information required for an informed consent as described in subsection 6(2). 1996,c.10,s.14.

Admission to hospital, etc.

15. Authority to give or refuse consent to treatment on an incapable patient's behalf includes authority to consent to the patient's admission to a hospital or to a psychiatric or other treatment facility for the purpose of the treatment. 1996,c.10,s.15.

GENERAL PROVISIONS

EMERGENCY TREATMENT

Emergency treatment despite refusal

16. If consent to a treatment is refused on an incapable person's behalf by his or her substitute decision-maker, the treatment may be administered despite the refusal if, in the opinion of the health practitioner proposing the treatment,

(a) there is an emergency; and

(b) the substitute decision-maker did not comply with section 13. 1996,c.10,s.16.

Emergency treatment without consent

17. (1) Notwithstanding section 5, a health practitioner may administer treatment to a patient without consent if, in his or her opinion,

(a) the patient is experiencing severe suffering or is at risk, if the treatment is not administered promptly, of suffering serious bodily harm; and

(b) it is not reasonably possible to obtain a decision from the patient or on the patient's behalf, or the delay required to do so will prolong the suffering that the patient is experiencing or will put the patient at risk of suffering serious bodily harm.

(2) If the health practitioner has reasonable grounds to believe that the patient, when capable expressed a wish to refuse consent to treatment of the kind that is proposed, he or she shall not administer that treatment. 1996,c.10,s.17. Apparently valid refusal

PROTECTION FROM LIABILITY

18. (1) A health practitioner who administers treatment to a patient pursuant to section 16 or based on a consent which the health practitioner believes, on reasonable grounds and in good faith, to be sufficient for the purposes of this Part is not liable for administering it without consent. Apparently valid consent

(2) A health practitioner who refrains from administering treatment to a patient because of a refusal or revocation of consent which the health practitioner believes, on reasonable grounds and in good faith, to be sufficient for the purposes of this Part is not liable for failure to administer the treatment. Apparently valid refusal

(3) A health practitioner who administers treatment to a patient or refrains from doing so in accordance with section 17 is not liable for administering the treatment without consent or for failure to administer the treatment, as the case may be. 1996,c.10,s.18. Emergency treatment

19. A substitute decision-maker or an associate, acting in good faith and in accordance with this Part, is not liable for making a decision. 1996, c.10,s.19. Substitute or associate

PART III
HEALTH CARE DIRECTIVES

20. (1) Every person over the age of sixteen years who is capable may execute a directive. Capacity of maker

(2) A directive may Content of directive

(a) stipulate treatment, procedures, or medication that the maker authorizes or refuses to consent to, or directs to be discontinued, in the circumstances set out in the directive;

(b) stipulate circumstances in which the maker shall be permitted to die a natural death, receiving only palliative care intended to reduce pain and suffering;

(c) appoint a proxy;

(d) specify an event or condition upon which the directive becomes effective;

(e) make any other direction concerning the health care or treatment of the maker. 1996,c.10,s.20.

21. (1) A directive shall be in writing and dated. Writing required

Execution

(2) A directive shall be signed

(a) by the maker; or

(b) by some other person in the presence and by the direction of the maker, in which case

(i) the person signing shall not be the proxy or the spouse of the proxy,

(ii) the maker shall acknowledge the signature in the presence of a witness, who shall not be the proxy or the spouse of the proxy, and

(iii) the witness shall sign the directive as witness in the presence of the maker.

Form of directive

(3) If a form of directive is prescribed, the use of the prescribed form is not mandatory.

Agreement of proxy

(4) The appointment of a proxy is valid only if the proxy, or another person at the direction of the proxy, agrees to the appointment in writing prior to the maker's incapacity. 1996,c.10,s.21.

Coming into effect of directive

22. A directive and the authority of a proxy become effective

(a) when the maker ceases to be capable of making or communicating decisions; or

(b) upon the occurrence of such other event or condition as may be specified in the directive,

and continue to be effective for the duration of the maker's incapacity or inability to communicate. 1996,c.10,s.22.

Inquiry

23. A health practitioner shall make reasonable inquiry as to the existence of a directive. 1996,c.10,s.23.

Effect of decision by maker

24. (1) A decision contained in a directive shall be as effective as if made by the maker when the maker had capacity to make the decision.

Effect of decision by proxy

(2) Subject to any express limitations in the directive and to section 13, a decision made by a proxy on behalf of a maker shall be as effective as if made by the maker when the maker had capacity to make the decision. 1996,c.10,s.24.

Revocation

25. (1) So long as the maker has the capacity to make decisions, a directive may be revoked by

(a) a later directive;

(b) a later writing declaring an intention to revoke the directive by the maker and made in accordance with subsection 21(2); or

(c) the destruction, with intent to revoke, of all original executed copies of the directive either by the maker or by some other person in the presence and at the direction of the maker.

(2) Unless the directive expressly provides otherwise, the appointment of a spouse as proxy in a directive is revoked if the person ceases to be a spouse after executing the directive. 1996,c.10, s.25; 2008,c.8,s.5(3). Effect of ceasing to be a spouse

26. (1) A proxy may not delegate the authority to make decisions. No delegation

(2) Where more than one proxy is named in a directive and the directive does not indicate whether they are to act jointly or successively, they shall be deemed to be appointed to act successively, in the order named in the directive. More than one proxy

(3) Unless the directive provides otherwise, where more than one proxy is named in a directive to act jointly rather than successively, Joint proxies

(a) the decision of the majority shall be deemed to be the decision of all; and

(b) if one or more of them has died or is unwilling or, after reasonable inquiries, unavailable to make a decision, the remainder of them may make the decision and the decision of the majority of the remainder shall be deemed to be the decision of all.1996,c.10, s.26.

27. (1) Any interested person who considers that a proxy is not acting in good faith may file a complaint with such public official as may be empowered with the duty of public guardianship or as may be designated by the Minister. Review of misconduct

(2) Upon receipt of a complaint the person referred to in subsection (1) shall conduct an investigation and endeavour to resolve the matter. Investigation

(3) Failing resolution, the person referred to in subsection (1) may apply to the court and the court may by order Application to court

(a) suspend or terminate the appointment of the proxy and rescind a decision made by the proxy; and

(b) if the directive does not appoint another proxy who can continue to act, substitute its own decision in place of the rescinded decision. 1996,c.10,s.27.

28. Unless a directive provides otherwise, a decision made by a proxy on behalf of a maker shall, subject to section 27, have priority over a decision made by a court or by any other person, including a guardian.1996,c.10,s.28. Proxy decision supersedes that of court and guardian

29. Notwithstanding any instructions provided in a directive, the physician in attendance may prescribe medication to reduce pain and suffering.1996,c.10,s.29. Medication for pain

Protection from liability re treatment

30. (1) No action lies against a person who administers or refrains from administering treatment to another person by reason only that the person

(a) has acted in good faith in accordance with the decisions, wishes or instructions expressed in a directive or in accordance with a decision made by a proxy; or

(b) has acted contrary to the decisions, wishes or instructions expressed in a directive if

(i) the person did not know of the existence of the directive or its contents, or

(ii) compliance with the directive would not be realistically possible or would be contrary to the ethical standards of his or her profession.

Presumption of validity

(2) A directive that has been acted upon and

(a) is not executed in accordance with this Act;

(b) has been revoked; or

(c) was made by a person who was not competent to execute it,

is deemed to be valid for the purposes of this Act if the person who acted upon it had no reason to believe that the directive was not in fact executed in accordance with this Act, was revoked or was made by a person who was not competent to execute it.

Protection from liability for proxy

(3) No action lies against any proxy

(a) by reason only of having acted, in good faith, in accordance with the authority conferred by the directive; or

(b) for failing to make decisions on behalf of the maker.1996,c.10, s.30.

Gift to witness, proxy, or person signing for maker

31. The entitlement of a person or his or her spouse to any of the following:

(a) a beneficial devise, bequest, or other disposition or appointment of or affecting real or personal property under the will of the maker of a directive;

(b) the proceeds of an insurance policy on the life of a maker; or

(c) a share of a maker's estate under the laws governing intestate succession,

is not void by reason only that the person has signed a directive on the maker's behalf, has been a witness to the making of a directive or is, or has acted as, the maker's proxy.1996,c.10,s.31.

Registration

32. Not proclaimed. 1996,c.10,s.32.

No presumption

33. No inference or presumption shall arise by reason only that a person has not executed or has revoked a directive.1996,c.10,s.33.

PART IV
RECOGNITION OF EXTRA-PROVINCIAL DIRECTIVES

Effect of extra-provincial directives

34. (1) A health care directive, whether it is made in Prince Edward Island or not, has the same effect as though it were made in accordance with Part III if

(a) it meets the formal requirements of Part III; or

(b) it was made under and meets the formal requirements established by the legislation of

(i) the jurisdiction where the directive was made, or

(ii) the jurisdiction where the person who made the directive was habitually resident at the time the directive was made.

Formal requirements

(2) For the purposes of subsection (1), the formal requirements are the requirements relating to the formalities of execution of health care directives.

Certification by lawyer

(3) A person implementing a health care directive may rely on a certification by a person purporting to be a lawyer or notary public in a jurisdiction certifying that the directive meets the formal requirements of the jurisdiction.

Formal requirements not met

(4) A health care directive that does not meet the formal requirements described in subsection (1) has the same effect as a health care directive that was made in Prince Edward Island but that does not meet the formal requirements of Part III.

Where impractical to determine if requirements met

(5) In circumstances in which it is impractical to determine whether or not a health care directive meets the formal requirements described in subsection (1), the directive has the same effect as a health care directive that was made in Prince Edward Island but that did not meet the formal requirements of Part III. 1996,c.10,s.34.

PART V
MISCELLANEOUS

Offence and penalty

35. Any person who

(a) wilfully conceals, falsifies or forges, or without the maker's consent alters, cancels, damages or obliterates a directive or a revocation of a directive; or

(b) as proxy, other substitute decision-maker or otherwise, wilfully misrepresents a patient's wishes, wilfully contravenes section 13, or misrepresents himself or herself in a way which relates to the provisions of this Act,

HEALTH CARE (CONSENT) AND CARE FACILITY (ADMISSION) ACT, R.S.B.C. 1996, c. 181

Copyright (c) Queen's Printer,
Victoria, British Columbia, Canada

License
Disclaimer

This Act is Current to June 11, 2014

This Act has "Not in Force" sections. *See* the Table of Legislative Changes.

HEALTH CARE (CONSENT) AND CARE FACILITY (ADMISSION) ACT

[RSBC 1996] CHAPTER 181

Contents

Part 1 — Introductory Provisions

1 Definitions

2 Application of this Act

3 Presumption of capability

Part 2 — Consent to Health Care

4 Consent rights

5 General rule — consent needed

6 Elements of consent

7 How incapability is determined

8 Duty to communicate in appropriate manner

9 How consent is given and scope of consent

10 Same rules apply to substitute consent

11 Exception — if a substitute decision maker, guardian or representative consents

12 Exception — urgent or emergency health care

12.1 No emergency health care contrary to wishes

12.2 Emergency health care despite refusal

13 Exception — informed consent not required for preliminary examination

14 Exception — major health care

15 Exception — minor health care

16 Temporary substitute decision makers

17 Authority of a temporary substitute decision maker

18 Restrictions on authority of a temporary substitute decision maker

19 Duties of a temporary substitute decision maker

Part 2.1 — Advance Directives

19.1 Adult may make advance directive unless incapable

19.2 Scope of advance directive

19.3 If both advance directive and representation agreement

19.4 Form of advance directive

19.5 Execution of advance directive

19.6 Changing or revoking an advance directive

19.7 Providing health care if adult has advance directive

19.8 When advance directive does not apply

19.9 Withdrawal of health care

19.91 Advance directive must not be mandatory

Part 3

20–26 Not in force

Part 4

27–32 Repealed

Part 5 — General Provisions

33 Protection from liability

33.1 Collection of personal information

33.2–33.3 Repealed

33.4 Court directions and orders

34 Power to make regulations

35 Offence

35.1 Transitional — advance directives

36 Commencement

Part 1 — Introductory Provisions

Definitions

1 In this Act:

"adult" means anyone who has reached 19 years of age;

"advance directive" means a written instruction made by a capable adult that

(a) gives or refuses consent to health care for the adult in the event that the adult is not capable of giving the instruction at the time the health care is required, and

(b) complies with the requirements of Part 2.1;

"care facility" means

(a) a facility licensed under the *Community Care and Assisted Living Act* and regulated under the Residential Care Regulations, B.C. Reg. 96/2009,

(b) a private hospital licensed under Part 2 of the *Hospital Act*,

(c) an institution designated as a hospital under the *Hospital Act* for the treatment of persons referred to in paragraph (b) or (c) of the definition of "hospital" in that Act, or

(d) any other facility, or class of facility, designated by regulation as a care facility;

"close friend", in respect of an adult who needs health care, means another adult who has a long-term, close personal relationship involving frequent personal contact with the adult, but does not include a person who receives compensation for providing personal care or health care to that adult;

"court" means the Supreme Court of British Columbia;

"facility care proposal" means a proposal described in section 20 (1);

"health care" means anything that is done for a therapeutic, preventive, palliative, diagnostic, cosmetic or other purpose related to health, and includes

(a) a series or sequence of similar treatments or care administered to an adult over a period of time for a particular health problem,

(b) a plan for minor health care that

(i) is developed by one or more health care providers,

(ii) deals with one or more of the health problems that an adult has and may, in addition, deal with one or more of the health problems that an adult is likely to have in the future given the adult's current health condition, and

(iii) expires no later than 12 months from the date consent for the plan was given, and

(c) participation in a medical research program approved by an ethics committee designated by regulation;

"health care provider" means a person, or a person in a prescribed class of persons, who, under a prescribed Act, is licensed, certified or registered to provide health care;

"major health care" means

(a) major surgery,

(b) any treatment involving a general anesthetic,

(c) major diagnostic or investigative procedures, or

(d) any health care designated by regulation as major health care;

"minor health care" means any health care that is not major health care, and includes

(a) routine tests to determine if health care is necessary, and

(b) routine dental treatment that prevents or treats a condition or injury caused by disease or trauma, for example,

(i) cavity fillings and extractions done with or without a local anesthetic, and

(ii) oral hygiene inspections;

"near relative", in respect of an adult who needs health care, means an adult child, a parent, a grandparent, an adult brother or sister, any other adult relation by birth or adoption, or a spouse of any of these;

"personal guardian" means a committee of a person who is declared under the *Patients Property Act* to be

(a) incapable of managing himself or herself, or

(b) incapable of managing himself or herself and his or her affairs;

"representation agreement" means an agreement made under the *Representation Agreement Act*;

"representative" means a person authorized by a representation agreement to make or help in making decisions on behalf of another and includes an alternate representative;

"spouse" means a person who

(a) is married to another person, and is not living separate and apart, within the meaning of the *Divorce Act* (Canada), from the other person, or

(b) is living with another person in a marriage-like relationship.

Application of this Act

2 This Act does not apply to

(a) the admission of a person to a designated facility under section 22, 28, 29, 30 or 42 of the *Mental Health Act*,

(b) the provision of psychiatric care or treatment to a person detained in or through a designated facility under section 22, 28, 29, 30 or 42 of the *Mental Health Act*,

(c) the provision of psychiatric care or treatment under the *Mental Health Act* to a person released on leave or transferred to an approved home under section 37 or 38 of the *Mental Health Act*, or

(d) the provision of professional services, care or treatment to a person for the purposes of sterilization for non-therapeutic reasons.

Presumption of capability

3 (1) Until the contrary is demonstrated, every adult is presumed to be capable of

(a) giving, refusing or revoking consent to health care, and

(b) deciding to apply for admission to a care facility, to accept a facility care proposal, or to move out of a care facility.

(2) An adult's way of communicating with others is not, by itself, grounds for deciding that he or she is incapable of understanding anything referred to in subsection (1).

Part 2 — Consent to Health Care

Consent rights

4 Every adult who is capable of giving or refusing consent to health care has

(a) the right to give consent or to refuse consent on any grounds, including moral or religious grounds, even if the refusal will result in death,

(b) the right to select a particular form of available health care on any grounds, including moral or religious grounds,

(c) the right to revoke consent,

(d) the right to expect that a decision to give, refuse or revoke consent will be respected, and

(e) the right to be involved to the greatest degree possible in all case planning and decision making.

General rule — consent needed

5 (1) A health care provider must not provide any health care to an adult without the adult's consent except under sections 11 to 15.

(2) A health care provider must not seek a decision about whether to give or refuse substitute consent to health care under section 11, 14 or 15 unless he or she has made every reasonable effort to obtain a decision from the adult.

Elements of consent

6 An adult consents to health care if

(a) the consent relates to the proposed health care,

(b) the consent is given voluntarily,

(c) the consent is not obtained by fraud or misrepresentation,

(d) the adult is capable of making a decision about whether to give or refuse consent to the proposed health care,

(e) the health care provider gives the adult the information a reasonable person would require to understand the proposed health care and to make a decision, including information about

(i) the condition for which the health care is proposed,

(ii) the nature of the proposed health care,

(iii) the risks and benefits of the proposed health care that a reasonable person would expect to be told about, and

(iv) alternative courses of health care, and

(f) the adult has an opportunity to ask questions and receive answers about the proposed health care.

How incapability is determined

7 When deciding whether an adult is incapable of giving, refusing or revoking consent to health care, a health care provider must base the decision on whether or not the adult demonstrates that he or she understands

(a) the information given by the health care provider under section 6 (e), and

(b) that the information applies to the situation of the adult for whom the health care is proposed.

Duty to communicate in appropriate manner

8 When seeking an adult's consent to health care or deciding whether an adult is incapable of giving, refusing or revoking consent, a health care provider

(a) must communicate with the adult in a manner appropriate to the adult's skills and abilities, and

(b) may allow the adult's spouse, or any near relatives or close friends, who accompany the adult and offer their assistance, to help the adult to understand or to demonstrate an understanding of the matters mentioned in section 7.

How consent is given and scope of consent

9 (1) Consent to health care may be expressed orally or in writing or may be inferred from conduct.

(1.1) For the purposes of sections 5 and 6, and despite section 6 (e) and (f), an adult may give or refuse consent to health care in an advance directive, except that an adult may not give consent in an advance directive to any health care for which a person chosen under section 16 could not give substitute consent under section 18 (1).

(1.2) If a capable adult gives or refuses consent to health care, the consent or refusal is not affected by any subsequent incapability.

(2) Consent to health care applies only to the specific health care that an adult has consented to.

(3) As an exception to subsection (2), a health care provider may provide additional or alternative health care to an adult if

(a) the health care that was consented to is in progress,

(b) the adult is unconscious or semi-conscious, and

(c) it is medically necessary to provide the additional or alternative health care to deal with conditions not foreseen when consent was given.

(4) If an adult who consents to health care stipulates that the health care must be provided by a named health care provider, no one else may provide the health care without first obtaining the adult's consent unless

(a) the health care is in progress, or

(b) delay is likely to put the adult's life or health at risk.

Same rules apply to substitute consent

10 Sections 6, 7, 8 (a) and 9 apply when a decision about whether to give or refuse substitute consent is sought or made under section 11, 14 or 15.

Exception — if a substitute decision maker, guardian or representative consents

11 A health care provider may provide health care to an adult without the adult's consent if

(a) the health care provider is of the opinion that the adult needs the health care and is incapable of giving or refusing consent, and

(b) the adult's personal guardian or representative

(i) has authority to consent to the health care,

(ii) is capable of giving consent, and

(iii) gives substitute consent.

Exception — urgent or emergency health care

12 (1) A health care provider may provide health care to an adult without the adult's consent if

(a) it is necessary to provide the health care without delay in order to preserve the adult's life, to prevent serious physical or mental harm or to alleviate severe pain,

(b) the adult is apparently impaired by drugs or alcohol or is unconscious or semi-conscious for any reason or is, in the health care provider's opinion, otherwise incapable of giving or refusing consent,

(c) the adult does not have a personal guardian or representative who is authorized to consent to the health care, is capable of doing so and is available, and

(d) where practicable, a second health care provider confirms the first health care provider's opinion about the need for the health care and the incapability.

(2) For the purpose of this section, a personal guardian or representative is available if it is possible for the health care provider, within a time that is reasonable in the circumstances,

(a) to determine whether the adult has a personal guardian or representative, and

(b) to communicate with the adult's personal guardian or representative.

(3) If a personal guardian or representative becomes available or a person is chosen under section 16 after a health care provider provides health care to an adult under this section, the personal guardian, representative or person chosen under section 16 may refuse consent for continued health care, and, if consent is refused, the health care must be withdrawn.

No emergency health care contrary to wishes

12.1 A health care provider must not provide health care under section 12 if the health care provider has reasonable grounds to believe that the person, while capable and after attaining 19 years of age, expressed an instruction or wish applicable to the circumstances to refuse consent to the health care.

Emergency health care despite refusal

12.2 If substitute consent to health care is refused on an incapable person's behalf by their personal guardian or representative, the health care may be provided despite the refusal if, in the opinion of the health care provider proposing the health care,

(a) section 12 (1) (a) applies, and

(b) the personal guardian or representative did not comply with their duties under this or any other Act.

Exception — informed consent not required for preliminary examination

13 A health care provider may undertake triage or another kind of preliminary examination, treatment or diagnosis of an adult without complying with section 6 if

(a) the adult indicates that he or she wants to be provided with health care, or

(b) in the absence of any indication by the adult, the adult's spouse, near relative or close friend indicates that he or she wants the adult to be provided with health care.

Exception — major health care

14 (1) A health care provider may provide major health care to an adult without the adult's consent if

(a) after consulting, or making a reasonable effort to consult, with any spouse, near relative or close friend of the adult who is reasonably available or with any other person who has relevant information, the health care provider decides that the adult

(i) needs the major health care, and

(ii) is incapable of giving or refusing consent to the major health care,

(b) the adult does not have a personal guardian or representative who is authorized to consent to the major health care, is capable of doing so and is available,

(c) someone chosen under section 16 has authority to consent to the major health care and gives substitute consent, and

(d) the health care provider complies with subsection (4).

(2) and (3) [Not in force.]

(4) If a person chosen under section 16 gives or refuses substitute consent, the health care provider must inform the adult and any spouse, near relative or close friend of the adult who accompanies the adult of

(a) the decision or assessment that the adult is incapable,

(b) the name of the person chosen under section 16, and

(c) the decision to give or refuse substitute consent.

(5) [Not in force.]

(6) [Not in force. Repealed 2003-96-33.]

(7) and (8) [Repealed 2003-96-29.]

(9) and (10) [Not in force.]

Exception — minor health care

15 A health care provider may provide minor health care to an adult without the adult's consent if

(a) the health care provider is of the opinion that the adult is incapable of giving or refusing consent to the minor health care,

(b) the adult does not have a personal guardian or representative or the personal guardian or representative is incapable of giving or refusing consent, and

(c) someone chosen under section 16 gives substitute consent to the minor health care.

Temporary substitute decision makers

16 (1) To obtain substitute consent to provide major or minor health care to an adult, a health care provider must choose the first, in listed order, of the following who is available and qualifies under subsection (2):

(a) the adult's spouse;

(b) the adult's child;

(c) the adult's parent;

(d) the adult's brother or sister;

(d.1) the adult's grandparent;

(d.2) the adult's grandchild;

(e) anyone else related by birth or adoption to the adult;

(f) a close friend of the adult;

(g) a person immediately related to the adult by marriage.

(2) To qualify to give, refuse or revoke substitute consent to health care for an adult, a person must

(a) be at least 19 years of age,

(b) have been in contact with the adult during the preceding 12 months,

(c) have no dispute with the adult,

(d) be capable of giving, refusing or revoking substitute consent, and

(e) be willing to comply with the duties in section 19.

(3) If no one listed in subsection (1) is available or qualifies under subsection (2) or if there is a dispute about who is to be chosen, the health care provider must choose a person, including a person employed in the office of the Public Guardian and Trustee, authorized by the Public Guardian and Trustee.

(4) A health care provider is not required to do more than make the effort that is reasonable in the circumstances to comply with this section.

Authority of a temporary substitute decision maker

17 (1) Subject to section 9 (2), a person chosen under section 16 has the authority to decide whether to give or refuse substitute consent.

(2) The health care provider must, no more than 21 days before that health care begins, confirm in writing that

(a) the adult is still incapable, and

(b) the person who earlier consented to the health care being provided confirms that the health care should begin.

(2.1) Despite subsection (2) and whether or not the health care that is the subject of the decision made under subsection (1) has begun, if at any time a health care provider has reasonable grounds to believe that the adult may be capable of giving or refusing consent to health care, the health care provider must again determine whether the adult remains incapable.

(2.2) If, at any time after a decision is made under subsection (1), the adult is capable of giving or refusing consent to health care,

(a) the authority to give or refuse substitute consent to health care for the adult is terminated,

(b) the decision made under subsection (1) is rescinded, and

(c) before the health care that is the subject of the decision made under subsection (1) is begun or continued, the adult must give consent to that health care.

(2.3) Subsection (2.2) does not invalidate anything that is otherwise validly done before the decision made under subsection (1) is rescinded.

(3) While the authority to give or refuse substitute consent to health care for the adult is valid, a person chosen under section 16 may apply to the court under the *Adult Guardianship Act* for an order appointing a personal guardian for the adult.

(4) If a person chosen under section 16 makes an application under the *Adult Guardianship Act*, the person's authority to give or refuse substitute consent under this Act continues until a final order is made under that Act, unless that authority is otherwise terminated under this Act.

(5) On being told that a person chosen under section 16 wants to be relieved of the authority to give or refuse substitute consent, the health care provider may choose in accordance with that section another person to assume that authority.

(6) A person chosen under section 16 has the right to all information and documents to which the adult is entitled and that are necessary for the person to make an informed decision under subsection (1) of this section.

(7) A person who has custody or control of any information or document referred to in subsection (6) must, at the request of a person chosen under section 16, disclose that information to the person chosen under

section 16 or produce that document for inspection and copying by that person.

(8) Subsections (6) and (7) override

(a) any claim of confidentiality or privilege, other than a claim based on solicitor-client privilege, and

(b) any restriction in an enactment or the common law about the disclosure or confidentiality of information, other than a restriction in section 51 of the *Evidence Act*.

Restrictions on authority of a temporary substitute decision maker

18 (1) A person chosen under section 16 does not have authority to give or refuse substitute consent to any type of health care prescribed in the regulations.

(2) A person chosen under section 16 has authority to refuse substitute consent to health care necessary to preserve life, but only if there is substantial agreement among the health care providers caring for the adult that

(a) the decision to refuse substitute consent is medically appropriate, and

(b) the person has made the decision in accordance with section 19 (1) and (2).

(3) [Not in force.]

Duties of a temporary substitute decision maker

19 (1) A person chosen under section 16 to give or refuse substitute consent to health care for an adult must

(a) before giving or refusing substitute consent, consult, to the greatest extent possible,

(i) with the adult, and

(ii) if the person chosen under section 16 is a person authorized by the Public Guardian and Trustee, with any near relative or close friend of the adult who asks to assist, and

(b) comply with any instructions or wishes the adult expressed while he or she was capable.

(2) If the adult's instructions or wishes are not known, the person chosen under section 16 must decide to give or refuse consent in the adult's best interests.

(3) When deciding whether it is in the adult's best interests to give, refuse or revoke substitute consent, the person chosen under section 16 must consider

(a) the adult's current wishes, and known beliefs and values,

(b) whether the adult's condition or well-being is likely to be improved by the proposed health care,

(c) whether the adult's condition or well-being is likely to improve without the proposed health care,

(d) whether the benefit the adult is expected to obtain from the proposed health care is greater than the risk of harm, and

(e) whether a less restrictive or less intrusive form of health care would be as beneficial as the proposed health care.

Part 2.1 — Advance Directives

Adult may make advance directive unless incapable

19.1 (1) An adult may make an advance directive unless the adult is incapable of understanding the nature and consequences of the proposed advance directive.

(2) An adult is incapable of understanding the nature and consequences of the proposed advance directive if the adult cannot understand

(a) the scope and effect of the health care instructions set out in the advance directive, and

(b) that a person will not be chosen under section 16 to make decisions on behalf of the adult about the health care described in the advance directive except in the circumstances set out in section 19.8.

Scope of advance directive

19.2 (1) Subject to subsection (2), an adult may in an advance directive give or refuse consent to any health care described in the advance directive.

(2) An instruction in an advance directive to do either or both of the following is not valid and must be severed from the advance directive:

(a) to do anything that is prohibited by law;

(b) to omit to do anything that is required by law.

If both advance directive and representation agreement

19.3 (1) Subject to subsection (2), if an adult makes both an advance directive and a representation agreement, regardless of when, in relation to each other, the advance directive and representation agreement are made,

(a) section 19.7 of this Act does not apply in respect of any instruction in the advance directive that relates to a matter over which the adult's representative has decision-making authority, and

(b) for the purposes of section 16 of the *Representation Agreement Act*, the instruction referred to in paragraph (a) of this subsection is to be treated as the wishes of the adult, expressed while capable.

(2) An adult may, in the adult's representation agreement, state that a health care provider may act in accordance with a health care instruction set out in the adult's advance directive without consent of the adult's representative, in which case section 19.7 applies in respect of that instruction.

Form of advance directive

19.4 An adult who makes an advance directive must

(a) include or address in the advance directive any prescribed matter, and

(b) indicate in the advance directive that the adult knows that

(i) a health care provider may not provide to the adult any health care for which the adult refuses consent in the advance directive, and

(ii) a person may not be chosen to make decisions on behalf of the adult in respect of any health care for which the adult has given or refused consent in the advance directive.

Execution of advance directive

19.5 (1) Subject to subsections (2) to (5), an advance directive must be in writing and signed and dated by

(a) the adult in the presence of 2 witnesses, and

(b) both witnesses in the presence of the adult.

(2) Subject to subsection (3), an advance directive may be signed on behalf of an adult if

(a) the adult is physically incapable of signing the advance directive,

(b) the adult is present and directs that the advance directive be signed, and

(c) the signature of the person signing the advance directive on behalf of the adult is witnessed in accordance with this section, as if that signature were the adult's signature.

(3) The following persons must not sign an advance directive on behalf of an adult:

(a) a witness to the signing of the advance directive;

(b) a person prohibited from acting as a witness under subsection (5).

(4) Only one witness is required if the witness is a lawyer or a member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia.

(5) The following persons must not act as a witness to the signing of an advance directive:

(a) a person who provides personal care, health care or financial services to the adult for compensation, other than a lawyer or a member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia;

(b) a spouse, child, parent, employee or agent of a person described in paragraph (a);

(c) a person who is not an adult;

(d) a person who does not understand the type of communication used by the adult, unless the person receives interpretive assistance to understand that type of communication.

Changing or revoking an advance directive

19.6 (1) An adult who has made an advance directive may change or revoke the advance directive unless the adult is incapable of understanding the nature and consequences of the change or revocation.

(2) A change must be in writing and must be signed and witnessed in the same manner as an advance directive under section 19.5.

(3) An adult may revoke an advance directive by

(a) making another document, including a subsequent advance directive, and expressing in it an intention to revoke the advance directive, or

(b) destroying the advance directive with the intention of revoking it.

Providing health care if adult has advance directive

19.7 (1) Subject to section 19.8, this section applies when

(a) in the opinion of a health care provider, an adult needs health care,

(b) the adult is incapable of giving or refusing consent to the health care, and

(c) the health care provider

(i) does not know of any personal guardian or representative who has authority to make decisions for the adult in respect of the proposed health care, and

(ii) is aware that the adult has an advance directive that is relevant to the proposed health care.

(2) A health care provider

(a) may provide health care to an adult if the adult has given consent to that health care in the adult's advance directive, and

(b) must not provide health care to an adult if the adult has refused consent to that health care in the adult's advance directive.

(3) A health care provider is not required to make more than a reasonable effort in the circumstances to determine whether the adult has an advance directive or a personal guardian or representative.

When advance directive does not apply

19.8 (1) This section applies if a health care provider reasonably believes that

(a) the instructions in an adult's advance directive do not address the health care decision to be made,

(b) in relation to a health care decision, the instructions in an adult's advance directive are so unclear that it cannot be determined whether the adult has given or refused consent to the health care,

(c) since the advance directive was made and while the adult was capable, the adult's wishes, values or beliefs in relation to a health care decision significantly changed, and the change is not reflected in the advance directive, or

(d) since the advance directive was made, there have been significant changes in medical knowledge, practice or technology that might substantially benefit the adult in relation to health care for which the adult has given or refused consent in an advance directive.

(2) Subject to subsection (3), in a circumstance described in subsection (1),

(a) section 19.7 does not apply,

(b) the health care provider must, despite any instruction or wish expressed in the advance directive respecting who may give substitute consent if the circumstances set out in subsection (1) apply, obtain substitute consent in accordance with section 11 or 16, and

(c) the person giving substitute consent must act in accordance with section 19 (3).

(3) Subsection (2) does not apply in the circumstance described in subsection (1) (d) if the adult, in the adult's advance directive, expressly states that the instructions given in the advance directive apply regardless of any change in medical knowledge, practice or technology.

(4) Nothing in this section affects the operation of sections 12 and 12.1.

Withdrawal of health care

19.9 If a health care provider

(a) is not aware that an adult has an advance directive that refuses consent to specific health care,

(b) provides the health care to the adult, and

(c) subsequently is made aware of an advance directive in which that adult refuses consent to that health care,

the health care provider must withdraw the health care, unless section 19.8 applies.

Advance directive must not be mandatory

19.91 An adult must not be required to have an advance directive as a condition of receiving any good or service.

Part 3

Not in force

20–26 [Not in force.]

Part 4

Repealed

27–32 [Repealed 2003-96-30.]

Part 5 — General Provisions

Protection from liability

33 (1) No action may be brought or continued against a person for any act or omission in the performance of a duty or the exercise of a power or function under this Act if the person has acted in good faith and used reasonable care.

(2) A person who is a health care provider or the operator of a care facility is entitled to rely on the accuracy of the information given to that person to establish

(a) someone's eligibility to be chosen under section 16 or 22,

(b) someone's authority to give, refuse or revoke consent to health care, or

(c) [Not in force.]

unless it is not reasonable to rely on that information.

Collection of personal information

33.1 A health care provider is authorized to collect personal information about an adult from any person if this is necessary for the purposes of exercising a power or carrying out a duty or function under this Act.

HEALTH CARE DIRECTIVES AND SUBSTITUTE HEALTH CARE DECISION MAKERS ACT, S.S. 1997, c. H-0.001

CHAPTER H-0.001

An Act respecting Health Care Directives and Substitute Health Care Decision Makers and making a consequential amendment to another Act

PART I
Short Title and Interpretation

Short title

1 This Act may be cited as *The Health Care Directives and Substitute Health Care Decision Makers Act*.

Interpretation

2(1) In this Act:

(a) **"adult"** means a person 18 years of age or more;

(b) **"capacity"** means the ability:

(i) to understand information relevant to a health care decision respecting a proposed treatment;

(ii) to appreciate the reasonably foreseeable consequences of making or not making a health care decision respecting a proposed treatment; and

(iii) to communicate a health care decision on a proposed treatment;

(c) **"directive"** means instructions given by a person pursuant to this Act that deal with the person's health care decisions, with the appointment of a proxy or with both;

(d) **"health care decision"** means a consent, refusal of consent or withdrawal of consent to treatment;

(e) **"nearest relative"** means nearest relative as described in section 15;

(f) **"personal guardian"** means a personal guardian appointed pursuant to *The Adult Guardianship and Co-decision-making Act* who has the authority to make health care decisions for a dependent adult and who acts in accordance with the authority granted to the personal guardian pursuant to that Act;

(g) **"proxy"** means a person appointed in a directive to make health care decisions for the person making the directive;

(h) **"treatment"** means anything that is done for a therapeutic, preventive or palliative purpose related to the physical or mental health of a person;

(i) **"treatment provider"** means a person authorized by law to provide treatment.

(2) Nothing in this Act authorizes:

(a) a decision, in a directive, by a proxy appointed in a directive, by a personal guardian or by a nearest relative, that is prohibited by the *Criminal Code*; or

(b) the use of a directive to consent to active euthanasia or assisted suicide.

1997, c.H-0.001, s.2; 2000, c.A-5.3, s.80.

PART II
Directives

Persons who may make directives

3 Any person 16 years of age or more who has the capacity to make a health care decision may make a directive.

1997, c.H-0.001, s.3.

When directive in effect

4(1) A directive takes effect when the person making the directive does not have the capacity to make a health care decision respecting a proposed treatment.

(2) A directive remains in effect until the person making the directive recovers his or her capacity to make a health care decision respecting a proposed treatment.

1997, c.H-0.001, s.4.

Effect of directive

5(1) Where a health care decision in a directive clearly anticipates and gives directions relating to treatment for the specific circumstances that exist, the health care decision in the directive has the same effect as a health care decision made by a person who has the capacity to make a health care decision respecting a proposed treatment.

(2) Where a health care decision in a directive does not clearly anticipate and give directions relating to treatment for the specific circumstances that exist, the directive is to be used for guidance as to the wishes of the person making the directive.

(3) A health care decision made by a proxy in accordance with section 12 has the same effect as a health care decision made by a person who has the capacity to make a health care decision respecting a proposed treatment.

(4) Where a directive is made by a person who is the subject of a certificate pursuant to section 24 of *The Mental Health Services Act*, a detention order pursuant to section 24.1 of that Act or a community treatment order pursuant to section 24.2 of that Act:

(a) a health care decision in the directive relating to treatment for a mental disorder is to be used for guidance as to the wishes of the person making the directive;

(b) subsections (1) and (2) apply with respect to any other health care decisions in the directive;

(c) a health care decision made by a proxy relating to treatment for a mental disorder is to be used for guidance as to the wishes of the person making the directive; and

(d) subsection (3) applies with respect to any other health care decisions made by a proxy.

1997, c.H-0.001, s.5.

Requirements of a directive

6(1) Subject to subsection (3), a directive is not valid unless it is in writing, and is dated and signed:

(a) by the person making the directive; or

(b) at the direction and in the presence of the person making the directive, by a person other than a proxy appointed in the directive or the proxy's spouse.

(2) Where a directive is signed pursuant to clause (1)(b):

(a) the person making the directive shall acknowledge the signature in the presence of a witness who is not a proxy appointed in the directive or the proxy's spouse; and

(b) the witness shall sign the directive as witness in the presence of the person making the directive.

(3) A person may make a directive by any method prescribed in the regulations.

1997, c.H-0.001, s.6.

Revocation of directive

7(1) A person who made a directive or any other person at the direction and in the presence of a person who made the directive may revoke the directive:

(a) orally;

(b) in writing;

(c) by destroying the directive; or

(d) by making a new directive.

(2) Unless a directive states otherwise, an appointment of a spouse as a proxy is revoked if the marriage is terminated by divorce or is found to be void or declared a nullity by any court in a proceeding to which the person making the directive is a party.

1997, c.H-0.001, s.7.

Directive made outside Saskatchewan

8 A directive made outside Saskatchewan that complies with the requirements of this Act is deemed to be a directive made pursuant to this Act.

1997, c.H-0.001, s.8.

Directive made before Act in force

9 A directive made before this Act comes into force that complies with the requirements of this Act is deemed to be a directive made pursuant to this Act.

1997, c.H-0.001, s.9.

Form of directive

10 The Lieutenant Governor in Council may, by regulation, prescribe a form for directives, but the use of that form is not mandatory.

1997, c.H-0.001, s.10.

PART III
Proxies, Nearest Relatives and Personal Guardians

Age of proxies

11(1) Subject to subsection (2), a proxy must be an adult and must have the capacity to make health care decisions.

(2) A married person who is not an adult may be appointed as a proxy for his or her spouse, but only if the married person has the capacity to make health care decisions.

1997, c.H-0.001, s.11.

Wishes or best interests to be followed

12 A proxy shall act:

(a) according to the wishes expressed by the person making the directive prior to that person's incapacity to make a health care decision, if the proxy has knowledge of the person's wishes; or

(b) according to what the proxy believes to be in the best interests of the person making the directive, if the proxy has no knowledge of the person's wishes.

1997, c.H-0.001, s.12.

Appointment of more than one proxy

13(1) If two or more proxies are appointed in a directive and the directive does not indicate whether they are to act jointly or successively, they are deemed to be appointed to act successively in the order in which they are named in the directive.

(2) Unless the directive states otherwise, where two or more proxies are appointed to act jointly:

(a) the health care decision of the majority, if there is one, is deemed to be the health care decision of all; and

(b) if one or more of the proxies dies or is unwilling, unavailable or incapable to make a health care decision, the remainder of the proxies may make the health care decision and the health care decision of the majority, if there is one, is deemed to be the health care decision of all.

(3) Where two or more proxies are appointed to act jointly and the health care decision of the majority cannot be reached, the proxy named first in the directive shall make the health care decision.

1997, c.H-0.001, s.13.

No delegation of authority

14 A proxy cannot delegate his or her authority as proxy.

1997, c.H-0.001, s.14.

Nearest relative

15(1) Subject to subsections (2) and (3), a nearest relative is, with respect to a person requiring treatment mentioned in section 16, the person first described in the following clauses who is willing, available and has the capacity to make a health care decision:

(a) the spouse or person with whom the person requiring treatment cohabits and has cohabited as a spouse in a relationship of some permanence;

(b) an adult son or daughter;

(c) a parent or legal custodian;

(d) an adult brother or sister;

(e) a grandparent;

(f) an adult grandchild;

(g) an adult uncle or aunt;

(h) an adult nephew or niece.

(2) For the purposes of subsection (1), the relationships listed in clauses (1)(b) to (h) include adoptive relationships.

(3) For the purposes of subsection (1):

(a) where a person requiring treatment is not an adult, the health care decision of a legal custodian, within the meaning of *The Children's Law Act*, is preferred to the health care decision of a non-custodial parent;

(b) where a person requiring treatment is an adult, the health care decision of a person, other than the Minister of Community Resources and Employment, who was the legal custodian of the person requiring treatment immediately before that person became an adult is preferred to the health care decision of a parent;

(c) except with respect to adoptive relationships, the health care decision of a relative of the whole blood is preferred to the health care decision of a relative of the same description of the half blood; and

(d) the health care decision of the elder or eldest of two or more relatives listed in each clause of subsection (1) is preferred to the health care decision of the other or others of those relatives.

1997, c.H-0.001, s.15; 2004, c.65, s.10.

Substitute health care decision-making

16(1) Subject to section 17, where a person requires treatment but lacks the capacity to make a health care decision, the nearest relative may make a health care decision on behalf of the person if the person:

(a) has not made a health care decision in a directive that clearly anticipates and gives directions relating to treatment for the specific circumstances that exist; and

(b) either:

(i) has not appointed a proxy in a directive or has not had a personal guardian appointed for him or her; or

(ii) has appointed a proxy in a directive or has had a personal guardian appointed for him or her, but the proxy or personal guardian is unwilling, unavailable or incapable to make a health care decision.

(2) A health care decision made by the nearest relative pursuant to subsection (**1**) has the same effect as a health care decision made by a person who has the capacity to make a health care decision respecting a proposed treatment.

(3) The nearest relative shall act:

(a) according to the wishes expressed by the person requiring treatment prior to that person's incapacity to make a health care decision, if the nearest relative has knowledge of the person's wishes; or

(b) according to what the nearest relative believes to be in the best interests of the person requiring treatment, if the nearest relative has no knowledge of the person's wishes.

(4) Where there is no nearest relative or where a reasonable attempt to find the nearest relative has been made but the nearest relative cannot be found, and a person requiring treatment lacks the capacity to make a health care decision, a treatment provider may provide treatment in a manner and to the extent that is reasonably necessary and in the best interests of the person without receiving a health care decision from the nearest relative if:

(a) the treatment provider believes that the proposed treatment is needed; and

(b) another treatment provider agrees in writing that the proposed treatment is needed.

1997, c.H-0.001, s.16.

Substitute health care decision-making for members of religious orders

17(1) This section applies to a person who is a professed member of a religious order prescribed in the regulations.

(2) Where a person described in subsection (1) requires treatment but lacks the capacity to make a health care decision, the ecclesiastical authority designated by the religious order and prescribed in the regulations may make a health care decision on behalf of the person if the person:

(a) has not made a health care decision in a directive that clearly anticipates and gives directions relating to treatment for the specific circumstances that exist; and

(b) either:

(i) has not appointed a proxy in a directive or has not had a personal guardian appointed for him or her; or

(ii) has appointed a proxy in a directive or has had a personal guardian appointed for him or her, but the proxy or personal guardian is unwilling, unavailable or incapable to make a health care decision.

(3) The provisions in this Act with respect to a nearest relative apply, with any necessary modification, to the ecclesiastical authority making a health care decision on behalf of a person described in subsection (1).

1997, c.H-0.001, s.17.

Admission to health care facility

18 For the purposes of making a health care decision pursuant to this Act, a proxy or a nearest relative, as the case may be, may apply to a treatment provider to admit a person requiring treatment to a health care facility.

1997, c.H-0.001, s.18.

Personal health care information to be disclosed

19 Notwithstanding any other Act or law, personal health care information is to be disclosed by a treatment provider to a proxy, nearest relative or personal guardian where it is necessary to enable that person to make an informed health care decision.

1997, c.H-0.001, s.19.

Court application

20(1) An interested person may apply to the Court of Queen's Bench for an order requesting the relief set out in subsection (2).

(2) Where the Court of Queen's Bench is satisfied that a proxy or nearest relative is not acting in good faith and in accordance with this Act, the court may:

(a) suspend or terminate the appointment of the proxy or the authority of the nearest relative and rescind any health care decision made by the proxy or nearest relative;

(b) in the case of a proxy, substitute the court's health care decision for any health care decision made by the proxy, except where the directive appoints at least one other proxy who is willing, available and capable to make a health care decision; and

(c) in the case of a nearest relative, appoint another person from the list set out in subsection 15(1) to make a health care decision.

(3) A health care decision made by the court pursuant to clause (1)(b) is to be made in accordance with section 12.

1997, c.H-0.001, s.20.

Decisions of guardians and proxies

21(1) This section applies where a personal guardian has been appointed on behalf of a person, and the person has also appointed a proxy.

(2) Where a directive clearly anticipates and gives directions relating to treatment for the specific circumstances that exist, the proxy and personal guardian shall follow a health care decision in the directive.

(3) Subject to subsection (4), where the directive does not clearly anticipate and give directions relating to treatment for the specific circumstances that exist and a health care decision of the personal guardian is inconsistent with a health care decision of the proxy, the proxy's health care decision is preferred to the personal guardian's health care decision.

(4) Where a health care decision of a personal guardian is inconsistent with a health care decision of a proxy, either party may apply to the Court of Queen's Bench for direction respecting which health care decision is to be followed.

1997, c.H-0.001, s.21.

PART IV
General

Limitations on actions

22(1) No action lies or shall be instituted against a treatment provider acting in good faith and in accordance with this Act who provides or refrains from providing treatment:

(a) in accordance with a directive or a health care decision made by a proxy, nearest relative or personal guardian;

(b) contrary to a directive, if the treatment provider did not know of the existence of the directive or its contents or believed that the directive had been revoked; or

(c) in accordance with subsection 16(4).

(2) No action lies or shall be instituted against a proxy, nearest relative or personal guardian:

(a) who acts in good faith and in accordance with this Act; or

(b) who fails to make a health care decision in accordance with a directive.

HEALTH CARE CONSENT ACT, S.O. 1996, c. 2, Sch. A

Français

Health Care Consent Act, 1996

S.O. 1996, CHAPTER 2
Schedule A

Consolidation Period: From July 1, 2010 to the e-Laws currency date.

Last amendment: 2010, c. 1, Sched. 9.

Skip Table of Contents

CONTENTS

PART I
GENERAL

1. Purposes
2. Interpretation
3. Meaning of "excluded act"
4. Capacity
5. Wishes
6. Research, sterilization, transplants
7. Restraint, confinement

PART II
TREATMENT

GENERAL

8. Application of Part
9. Meaning of "substitute decision-maker"

CONSENT TO TREATMENT

10. No treatment without consent
11. Elements of consent
12. Included consent
13. Plan of treatment
14. Withdrawal of consent

CAPACITY

15. Capacity depends on treatment
16. Return of capacity
17. Information
18. Treatment must not begin
19. Order authorizing treatment pending appeal

CONSENT ON INCAPABLE PERSON'S BEHALF

20. Consent
21. Principles for giving or refusing consent
22. Information
23. Ancillary treatment
24. Admission to hospital, etc.

EMERGENCY TREATMENT

25. Emergency treatment
26. No treatment contrary to wishes
27. Emergency treatment despite refusal
28. Admission to hospital, etc.

PROTECTION FROM LIABILITY

29. Protection from liability
30. Person making decision on another's behalf
31. Admission to hospital, etc.

APPLICATIONS TO BOARD

70.1 Limit on jurisdiction
71. Chair and vice-chairs
71.1 Immunity
72. Staff
73. Assignment of Board members to deal with applications
74. Disqualification
75. Application hearings
76. Examination of documents
77. Communication re subject-matter of hearing
78. Only members at hearing to participate in decision
79. Release of evidence
80. Appeal
81. Counsel for incapable person

PART VI
MISCELLANEOUS

82. Offence: false assertion
83. Offence: misrepresentation of wishes
84. Offence: decision contrary to wishes
85. Regulations
87. Transition, treatment
88. Transition, admission
89. Transition, section 19
90. Transition, section 32
91. Transition, section 33
92. Transition, section 34
93. Transition, section 35
94. Transition, section 36

PART I
GENERAL

Purposes

1. The purposes of this Act are,

(a) to provide rules with respect to consent to treatment that apply consistently in all settings;

(b) to facilitate treatment, admission to care facilities, and personal assistance services, for persons lacking the capacity to make decisions about such matters;

(c) to enhance the autonomy of persons for whom treatment is proposed, persons for whom admission to a care facility is proposed and persons who are to receive personal assistance services by,

(i) allowing those who have been found to be incapable to apply to a tribunal for a review of the finding,

(ii) allowing incapable persons to request that a representative of their choice be appointed by the tribunal for the purpose of making decisions on their behalf concerning treatment, admission to a care facility or personal assistance services, and

(iii) requiring that wishes with respect to treatment, admission to a care facility or personal assistance services, expressed by persons while capable and after attaining 16 years of age, be adhered to;

(d) to promote communication and understanding between health practitioners and their patients or clients;

(e) to ensure a significant role for supportive family members when a person lacks the capacity to make a decision about a treatment, admission to a care facility or a personal assistance service; and

(f) to permit intervention by the Public Guardian and Trustee only as a last resort in decisions on behalf of incapable persons concerning treatment, admission to a care facility or personal assistance services. 1996, c. 2, Sched. A, s. 1.

Interpretation

2. (1) In this Act,

"attorney for personal care" means an attorney under a power of attorney for personal care given under the *Substitute Decisions Act, 1992*; ("procureur au soin de la personne")

"Board" means the Consent and Capacity Board; ("Commission")

"capable" means mentally capable, and "capacity" has a corresponding meaning; ("capable", "capacité")

"care facility" means,

(a) a long-term care home as defined in the *Long-Term Care Homes Act, 2007*, or

(b) a facility prescribed by the regulations as a care facility; ("établissement de soins")

"community treatment plan" has the same meaning as in the *Mental Health Act*; ("plan de traitement en milieu communautaire")

"course of treatment" means a series or sequence of similar treatments administered to a person over a period of time for a particular health problem; ("série de traitements")

"evaluator" means, in the circumstances prescribed by the regulations,

(a) a member of the College of Audiologists and Speech-Language Pathologists of Ontario,

(b) a member of the College of Dietitians of Ontario,

(c) a member of the College of Nurses of Ontario,

(d) a member of the College of Occupational Therapists of Ontario,

(e) a member of the College of Physicians and Surgeons of Ontario,

(f) a member of the College of Physiotherapists of Ontario,

(g) a member of the College of Psychologists of Ontario, or

(h) a member of a category of persons prescribed by the regulations as evaluators; ("appréciateur")

"guardian of the person" means a guardian of the person appointed under the *Substitute Decisions Act, 1992*; ("tuteur à la personne")

"health practitioner" means a member of a College under the *Regulated Health Professions Act, 1991*, a naturopath registered as a drugless therapist under the *Drugless Practitioners Act* or a member of a category of persons prescribed by the regulations as health practitioners; ("praticien de la santé")

Note: On a day to be named by proclamation of the Lieutenant Governor, the definition of "health practitioner" is amended by striking out "a naturopath registered as a drugless therapist under the *Drugless Practitioners Act*". See: 2009, c. 26, ss. 10 (2), 27 (2).

"hospital" means a private hospital as defined in the *Private Hospitals Act* or a hospital as defined in the *Public Hospitals Act*; ("hôpital")

"incapable" means mentally incapable, and "incapacity" has a corresponding meaning; ("incapable", "incapacité")

"mental disorder" has the same meaning as in the *Mental Health Act*; ("trouble mental")

"personal assistance service" means assistance with or supervision of hygiene, washing, dressing, grooming, eating, drinking, elimination, ambulation, positioning or any other routine activity of living, and includes a group of personal assistance services or a plan setting out personal assistance services to be provided to a person, but does not include anything prescribed by the regulations as not constituting a personal assistance service; ("service d'aide personnelle")

"plan of treatment" means a plan that,

(a) is developed by one or more health practitioners,

(b) deals with one or more of the health problems that a person has and may, in addition, deal with one or more of the health problems that the person is likely to have in the future given the person's current health condition, and

(c) provides for the administration to the person of various treatments or courses of treatment and may, in addition, provide for the withholding or withdrawal of treatment in light of the person's current health condition; ("plan de traitement")

"psychiatric facility" has the same meaning as in the *Mental Health Act*; ("établissement psychiatrique")

"recipient" means a person who is to be provided with one or more personal assistance services,

(a) in a long-term care home as defined in the *Long-Term Care Homes Act, 2007*,

(b) in a place prescribed by the regulations in the circumstances prescribed by the regulations,

(c) under a program prescribed by the regulations in the circumstances prescribed by the regulations, or

(d) by a provider prescribed by the regulations in the circumstances prescribed by the regulations; ("bénéficiaire")

"regulations" means the regulations made under this Act; ("règlements")

"treatment" means anything that is done for a therapeutic, preventive, palliative, diagnostic, cosmetic or other health-related purpose, and includes a course of treatment, plan of treatment or community treatment plan, but does not include,

(a) the assessment for the purpose of this Act of a person's capacity with respect to a treatment, admission to a care facility or a personal assistance service, the assessment for the purpose of the *Substitute Decisions Act, 1992* of a person's capacity to manage property or a person's capacity for personal care, or the assessment of a person's capacity for any other purpose,

(b) the assessment or examination of a person to determine the general nature of the person's condition,

(c) the taking of a person's health history,

(d) the communication of an assessment or diagnosis,

(e) the admission of a person to a hospital or other facility,

(f) a personal assistance service,

(g) a treatment that in the circumstances poses little or no risk of harm to the person,

(h) anything prescribed by the regulations as not constituting treatment. ("traitement") 1996, c. 2, Sched. A, s. 2 (1); 2000, c. 9, s. 31; 2007, c. 8, s. 207 (1); 2009, c. 26, s. 10 (1); 2009, c. 33, Sched. 18, s. 10 (1).

Refusal of consent

(2) A reference in this Act to refusal of consent includes withdrawal of consent. 1996, c. 2, Sched. A, s. 2 (2).

Meaning of "excluded act"

3. (1) In this section,

"excluded act" means,

(a) anything described in clause (b) or (g) of the definition of "treatment" in subsection 2 (1), or

(b) anything described in clause (h) of the definition of "treatment" in subsection 2 (1) and prescribed by the regulations as an excluded act. 1996, c. 2, Sched. A, s. 3 (1).

Excluded act considered treatment

(2) If a health practitioner decides to proceed as if an excluded act were a treatment for the purpose of this Act, this Act and the regulations apply as if the excluded act were a treatment within the meaning of this Act. 1996, c. 2, Sched. A, s. 3 (2).

Capacity

4. (1) A person is capable with respect to a treatment, admission to a care facility or a personal assistance service if the person is able to understand the information that is relevant to making a decision about the treatment, admission or personal assistance service, as the case may be, and able to appreciate the reasonably foreseeable consequences of a decision or lack of decision. 1996, c. 2, Sched. A, s. 4 (1).

Presumption of capacity

(2) A person is presumed to be capable with respect to treatment, admission to a care facility and personal assistance services. 1996, c. 2, Sched. A, s. 4 (2).

Exception

(3) A person is entitled to rely on the presumption of capacity with respect to another person unless he or she has reasonable grounds to believe that the other person is incapable with respect to the treatment, the admission or the personal assistance service, as the case may be. 1996, c. 2, Sched. A, s. 4 (3).

Wishes

5. (1) A person may, while capable, express wishes with respect to treatment, admission to a care facility or a personal assistance service. 1996, c. 2, Sched. A, s. 5 (1).

Manner of expression

(2) Wishes may be expressed in a power of attorney, in a form prescribed by the regulations, in any other written form, orally or in any other manner. 1996, c. 2, Sched. A, s. 5 (2).

Later wishes prevail

(3) Later wishes expressed while capable prevail over earlier wishes. 1996, c. 2, Sched. A, s. 5 (3).

Research, sterilization, transplants

6. This Act does not affect the law relating to giving or refusing consent on another person's behalf to any of the following procedures:

1. A procedure whose primary purpose is research.
2. Sterilization that is not medically necessary for the protection of the person's health.
3. The removal of regenerative or non-regenerative tissue for implantation in another person's body. 1996, c. 2, Sched. A, s. 6.

Restraint, confinement

7. This Act does not affect the common law duty of a caregiver to restrain or confine a person when immediate action is necessary to prevent serious bodily harm to the person or to others. 1996, c. 2, Sched. A, s. 7.

PART II
TREATMENT

GENERAL

Application of Part

8. (1) Subject to section 3, this Part applies to treatment. 1996, c. 2, Sched. A, s. 8 (1).

Law not affected

(2) Subject to section 3, this Part does not affect the law relating to giving or refusing consent to anything not included in the definition of "treatment" in subsection 2 (1). 1996, c. 2, Sched. A, s. 8 (2).

Meaning of "substitute decision-maker"

9. In this Part,

"substitute decision-maker" means a person who is authorized under section 20 to give or refuse consent to a treatment on behalf of a person who is incapable with respect to the treatment. 1996, c. 2, Sched. A, s. 9.

CONSENT TO TREATMENT

No treatment without consent

10. (1) A health practitioner who proposes a treatment for a person shall not administer the treatment, and shall take reasonable steps to ensure that it is not administered, unless,

(a) he or she is of the opinion that the person is capable with respect to the treatment, and the person has given consent; or

(b) he or she is of the opinion that the person is incapable with respect to the treatment, and the person's substitute decision-maker has given consent on the person's behalf in accordance with this Act. 1996, c. 2, Sched. A, s. 10 (1).

Opinion of Board or court governs

(2) If the health practitioner is of the opinion that the person is incapable with respect to the treatment, but the person is found to be capable with respect to the treatment by the Board on an application for review of the health practitioner's finding, or by a court on an appeal of the Board's decision, the health practitioner shall not administer the treatment, and shall take reasonable steps to ensure that it is not administered, unless the person has given consent. 1996, c. 2, Sched. A, s. 10 (2).

Elements of consent

11. (1) The following are the elements required for consent to treatment:

1. The consent must relate to the treatment.
2. The consent must be informed.
3. The consent must be given voluntarily.

4. The consent must not be obtained through misrepresentation or fraud. 1996, c. 2, Sched. A, s. 11 (1).

Informed consent

(2) A consent to treatment is informed if, before giving it,

(a) the person received the information about the matters set out in subsection (3) that a reasonable person in the same circumstances would require in order to make a decision about the treatment; and

(b) the person received responses to his or her requests for additional information about those matters. 1996, c. 2, Sched. A, s. 11 (2).

Same

(3) The matters referred to in subsection (2) are:

1. The nature of the treatment.
2. The expected benefits of the treatment.
3. The material risks of the treatment.
4. The material side effects of the treatment.
5. Alternative courses of action.
6. The likely consequences of not having the treatment. 1996, c. 2, Sched. A, s. 11 (3).

Express or implied

(4) Consent to treatment may be express or implied. 1996, c. 2, Sched. A, s. 11 (4).

Included consent

12. Unless it is not reasonable to do so in the circumstances, a health practitioner is entitled to presume that consent to a treatment includes,

(a) consent to variations or adjustments in the treatment, if the nature, expected benefits, material risks and material side effects of the changed treatment are not significantly different from the nature, expected benefits, material risks and material side effects of the original treatment; and

(b) consent to the continuation of the same treatment in a different setting, if there is no significant change in the expected benefits, material risks or material side effects of the treatment as a result of the change in the setting in which it is administered. 1996, c. 2, Sched. A, s. 12.

Plan of treatment

13. If a plan of treatment is to be proposed for a person, one health practitioner may, on behalf of all the health practitioners involved in the plan of treatment,

(a) propose the plan of treatment;

(b) determine the person's capacity with respect to the treatments referred to in the plan of treatment; and

(c) obtain a consent or refusal of consent in accordance with this Act,

(i) from the person, concerning the treatments with respect to which the person is found to be capable, and

(ii) from the person's substitute decision-maker, concerning the treatments with respect to which the person is found to be incapable. 1996, c. 2, Sched. A, s. 13.

Withdrawal of consent

14. A consent that has been given by or on behalf of the person for whom the treatment was proposed may be withdrawn at any time,

(a) by the person, if the person is capable with respect to the treatment at the time of the withdrawal;

(b) by the person's substitute decision-maker, if the person is incapable with respect to the treatment at the time of the withdrawal. 1996, c. 2, Sched. A, s. 14.

CAPACITY

Capacity depends on treatment

15. (1) A person may be incapable with respect to some treatments and capable with respect to others. 1996, c. 2, Sched. A, s. 15 (1).

Capacity depends on time

(2) A person may be incapable with respect to a treatment at one time and capable at another. 1996, c. 2, Sched. A, s. 15 (2).

Return of capacity

16. If, after consent to a treatment is given or refused on a person's behalf in accordance with this Act, the person becomes capable with respect to the treatment in the opinion of the health practitioner, the person's own decision to give or refuse consent to the treatment governs. 1996, c. 2, Sched. A, s. 16.

Information

17. A health practitioner shall, in the circumstances and manner specified in guidelines established by the governing body of the health practitioner's profession, provide to persons found by the health practitioner to be incapable with respect to treatment such information about the consequences of the findings as is specified in the guidelines. 1996, c. 2, Sched. A, s. 17.

Treatment must not begin

18. (1) This section applies if,

(a) a health practitioner proposes a treatment for a person and finds that the person is incapable with respect to the treatment;

(b) before the treatment is begun, the health practitioner is informed that the person intends to apply, or has applied, to the Board for a review of the finding; and

(c) the application to the Board is not prohibited by subsection 32 (2). 1996, c. 2, Sched. A, s. 18 (1).

Same

(2) This section also applies if,

(a) a health practitioner proposes a treatment for a person and finds that the person is incapable with respect to the treatment;

(b) before the treatment is begun, the health practitioner is informed that,

(i) the incapable person intends to apply, or has applied, to the Board for appointment of a representative to give or refuse consent to the treatment on his or her behalf, or

(ii) another person intends to apply, or has applied, to the Board to be appointed as the representative of the incapable person to give or refuse consent to the treatment on his or her behalf; and

(c) the application to the Board is not prohibited by subsection 33 (3). 1996, c. 2, Sched. A, s. 18 (2).

Same

(3) In the circumstances described in subsections (1) and (2), the health practitioner shall not begin the treatment, and shall take reasonable steps to ensure that the treatment is not begun,

(a) until 48 hours have elapsed since the health practitioner was first informed of the intended application to the Board without an application being made;

(b) until the application to the Board has been withdrawn;

(c) until the Board has rendered a decision in the matter, if none of the parties to the application before the Board has informed the health practitioner that he or she intends to appeal the Board's decision; or

(d) if a party to the application before the Board has informed the health practitioner that he or she intends to appeal the Board's decision,

(i) until the period for commencing the appeal has elapsed without an appeal being commenced, or

(ii) until the appeal of the Board's decision has been finally disposed of. 1996, c. 2, Sched. A, s. 18 (3).

Emergency

(4) This section does not apply if the health practitioner is of the opinion that there is an emergency within the meaning of subsection 25 (1). 1996, c. 2, Sched. A, s. 18 (4).

Order authorizing treatment pending appeal

19. (1) If an appeal is taken from a Board or court decision that has the effect of authorizing a person to consent to a treatment, the treatment may be administered before the final disposition of the appeal, despite section 18, if the court to which the appeal is taken so orders and the consent is given. 1996, c. 2, Sched. A, s. 19 (1).

Criteria for order

(2) The court may make the order if it is satisfied,

(a) that,

(i) the treatment will or is likely to improve substantially the condition of the person to whom it is to be administered, and the person's condition will not or is not likely to improve without the treatment, or

(ii) the person's condition will or is likely to deteriorate substantially, or to deteriorate rapidly, without the treatment, and the treatment will or is likely to prevent the deterioration or to reduce substantially its extent or its rate;

(b) that the benefit the person is expected to obtain from the treatment outweighs the risk of harm to him or her;

(c) that the treatment is the least restrictive and least intrusive treatment that meets the requirements of clauses (a) and (b); and

(d) that the person's condition makes it necessary to administer the treatment before the final disposition of the appeal. 1996, c. 2, Sched. A, s. 19 (2).

CONSENT ON INCAPABLE PERSON'S BEHALF

Consent

List of persons who may give or refuse consent

20. (1) If a person is incapable with respect to a treatment, consent may be given or refused on his or her behalf by a person described in one of the following paragraphs:

1. The incapable person's guardian of the person, if the guardian has authority to give or refuse consent to the treatment.
2. The incapable person's attorney for personal care, if the power of attorney confers authority to give or refuse consent to the treatment.
3. The incapable person's representative appointed by the Board under section 33, if the representative has authority to give or refuse consent to the treatment.
4. The incapable person's spouse or partner.
5. A child or parent of the incapable person, or a children's aid society or other person who is lawfully entitled to give or refuse consent to the treatment in the place of the parent. This paragraph does not include a parent who has only a right of access. If a children's aid society or other person is lawfully entitled to give or refuse consent to the treatment in the place of the parent, this paragraph does not include the parent.
6. A parent of the incapable person who has only a right of access.
7. A brother or sister of the incapable person.
8. Any other relative of the incapable person. 1996, c. 2, Sched. A, s. 20 (1).

Requirements

(2) A person described in subsection (1) may give or refuse consent only if he or she,

(a) is capable with respect to the treatment;

(b) is at least 16 years old, unless he or she is the incapable person's parent;

(c) is not prohibited by court order or separation agreement from having access to the incapable person or giving or refusing consent on his or her behalf;

(d) is available; and

(e) is willing to assume the responsibility of giving or refusing consent. 1996, c. 2, Sched. A, s. 20 (2).

Ranking

(3) A person described in a paragraph of subsection (1) may give or refuse consent only if no person described in an earlier paragraph meets the requirements of subsection (2). 1996, c. 2, Sched. A, s. 20 (3).

Same

(4) Despite subsection (3), a person described in a paragraph of subsection (1) who is present or has otherwise been contacted may give or refuse consent if he or she believes that no other person described in an earlier paragraph or the same paragraph exists, or that although such a person exists, the person is not a person described in paragraph 1, 2 or 3 and would not object to him or her making the decision. 1996, c. 2, Sched. A, s. 20 (4).

No person in subs. (1) to make decision

(5) If no person described in subsection (1) meets the requirements of subsection (2), the Public Guardian and Trustee shall make the decision to give or refuse consent. 1996, c. 2, Sched. A, s. 20 (5).

Conflict between persons in same paragraph

(6) If two or more persons who are described in the same paragraph of subsection (1) and who meet the requirements of subsection (2) disagree about whether to give or refuse consent, and if their claims rank ahead of all others, the Public Guardian and Trustee shall make the decision in their stead. 1996, c. 2, Sched. A, s. 20 (6).

Meaning of "spouse"

(7) Subject to subsection (8), two persons are spouses for the purpose of this section if,

(a) they are married to each other; or

(b) they are living in a conjugal relationship outside marriage and,

(i) have cohabited for at least one year,

(ii) are together the parents of a child, or

(iii) have together entered into a cohabitation agreement under section 53 of the *Family Law Act*. 1996, c. 2, Sched. A, s. 20 (7); 2004, c. 3, Sched. A, s. 84 (1-3).

Not spouse

(8) Two persons are not spouses for the purpose of this section if they are living separate and apart as a result of a breakdown of their relationship. 2004, c. 3, Sched. A, s. 84 (4).

Meaning of "partner"

(9) For the purpose of this section,

"partner" means,

(a) REPEALED: 2004, c. 3, Sched. A, s. 84 (5).

(b) either of two persons who have lived together for at least one year and have a close personal relationship that is of primary importance in both persons' lives. 2002, c. 18, Sched. A, s. 10; 2004, c. 3; Sched. A, s. 84 (5, 6).

Meaning of "relative"

(10) Two persons are relatives for the purpose of this section if they are related by blood, marriage or adoption. 1996, c. 2, Sched. A, s. 20 (10).

Meaning of "available"

(11) For the purpose of clause (2) (d), a person is available if it is possible, within a time that is reasonable in the circumstances, to communicate with the person and obtain a consent or refusal. 1996, c. 2, Sched. A, s. 20 (11).

Principles for giving or refusing consent

21. (1) A person who gives or refuses consent to a treatment on an incapable person's behalf shall do so in accordance with the following principles:

1. If the person knows of a wish applicable to the circumstances that the incapable person expressed while capable and after attaining 16 years of age, the person shall give or refuse consent in accordance with the wish.

2. If the person does not know of a wish applicable to the circumstances that the incapable person expressed while capable and after attaining 16 years of age, or if it is impossible to comply with the wish, the person shall act in the incapable person's best interests. 1996, c. 2, Sched. A, s. 21 (1).

Best interests

(2) In deciding what the incapable person's best interests are, the person who gives or refuses consent on his or her behalf shall take into consideration,

(a) the values and beliefs that the person knows the incapable person held when capable and believes he or she would still act on if capable;

(b) any wishes expressed by the incapable person with respect to the treatment that are not required to be followed under paragraph 1 of subsection (1); and

(c) the following factors:

1. Whether the treatment is likely to,

i. improve the incapable person's condition or well-being,

ii. prevent the incapable person's condition or well-being from deteriorating, or

iii. reduce the extent to which, or the rate at which, the incapable person's condition or well-being is likely to deteriorate.

2. Whether the incapable person's condition or well-being is likely to improve, remain the same or deteriorate without the treatment.

3. Whether the benefit the incapable person is expected to obtain from the treatment outweighs the risk of harm to him or her.

4. Whether a less restrictive or less intrusive treatment would be as beneficial as the treatment that is proposed. 1996, c. 2, Sched. A, s. 21 (2).

Information

22. (1) Before giving or refusing consent to a treatment on an incapable person's behalf, a substitute decision-maker is entitled to receive all the information required for an informed consent as described in subsection 11 (2). 1996, c. 2, Sched. A, s. 22.

Conflict

(2) Subsection (1) prevails despite anything to the contrary in the *Personal Health Information Protection Act, 2004*. 2004, c. 3, Sched. A, s. 84 (7).

Ancillary treatment

23. Authority to consent to a treatment on an incapable person's behalf includes authority to consent to another treatment that is necessary and ancillary to the treatment, even if the incapable person is capable with respect to the necessary and ancillary treatment. 1996, c. 2, Sched. A, s. 23.

Admission to hospital, etc.

24. (1) Subject to subsection (2), a substitute decision-maker who consents to a treatment on an incapable person's behalf may consent to the incapable person's admission to a hospital or psychiatric facility or to another health facility prescribed by the regulations, for the purpose of the treatment. 1996, c. 2, Sched. A, s. 24 (1).

Objection, psychiatric facility

(2) If the incapable person is 16 years old or older and objects to being admitted to a psychiatric facility for treatment of a mental disorder, consent to his or her admission may be given only by,

(a) his or her guardian of the person, if the guardian has authority to consent to the admission; or

(b) his or her attorney for personal care, if the power of attorney contains a provision authorizing the attorney to use force that is necessary and reasonable in the circumstances to admit the incapable person to the psychiatric facility and the provision is effective under subsection 50 (1) of the *Substitute Decisions Act, 1992*. 1996, c. 2, Sched. A, s. 24 (2).

EMERGENCY TREATMENT

Emergency treatment

Meaning of "emergency"

25. (1) For the purpose of this section and section 27, there is an emergency if the person for whom the treatment is proposed is apparently experiencing severe suffering or is at risk, if the treatment is not administered promptly, of sustaining serious bodily harm. 1996, c. 2, Sched. A, s. 25 (1).

Emergency treatment without consent: incapable person

(2) Despite section 10, a treatment may be administered without consent to a person who is incapable with respect to the treatment, if, in the opinion of the health practitioner proposing the treatment,

(a) there is an emergency; and

(b) the delay required to obtain a consent or refusal on the person's behalf will prolong the suffering that the person is apparently experiencing or will put the person at risk of sustaining serious bodily harm. 1996, c. 2, Sched. A, s. 25 (2).

Emergency treatment without consent: capable person

(3) Despite section 10, a treatment may be administered without consent to a person who is apparently capable with respect to the treatment, if, in the opinion of the health practitioner proposing the treatment,

(a) there is an emergency;

(b) the communication required in order for the person to give or refuse consent to the treatment cannot take place because of a language barrier or because the person has a disability that prevents the communication from taking place;

(c) steps that are reasonable in the circumstances have been taken to find a practical means of enabling the communication to take place; but no such means has been found;

(d) the delay required to find a practical means of enabling the communication to take place will prolong the suffering that the person is apparently experiencing or will put the person at risk of sustaining serious bodily harm; and

(e) there is no reason to believe that the person does not want the treatment. 1996, c. 2, Sched. A, s. 25 (3).

Examination without consent

(4) Despite section 10, an examination or diagnostic procedure that constitutes treatment may be conducted by a health practitioner without consent if,

(a) the examination or diagnostic procedure is reasonably necessary in order to determine whether there is an emergency; and

(b) in the opinion of the health practitioner,

(i) the person is incapable with respect to the examination or diagnostic procedure, or

(ii) clauses (3) (b) and (c) apply to the examination or diagnostic procedure. 1996, c. 2, Sched. A, s. 25 (4).

Record

(5) After administering a treatment in reliance on subsection (2) or (3), the health practitioner shall promptly note in the person's record the opinions held by the health practitioner that are required by the subsection on which he or she relied. 1996, c. 2, Sched. A, s. 25 (5).

Continuing treatment

(6) Treatment under subsection (2) may be continued only for as long as is reasonably necessary to find the incapable person's substitute decision-maker and to obtain from him or her a consent, or refusal of consent, to the continuation of the treatment. 1996, c. 2, Sched. A, s. 25 (6).

Same

(7) Treatment under subsection (3) may be continued only for as long as is reasonably necessary to find a practical means of enabling the communication to take place so that the person can give or refuse consent to the continuation of the treatment. 1996, c. 2, Sched. A, s. 25 (7).

Search

(8) When a treatment is begun under subsection (2) or (3), the health practitioner shall ensure that reasonable efforts are made for the purpose of finding the substitute decision-maker, or a means of enabling the communication to take place, as the case may be. 1996, c. 2, Sched. A, s. 25 (8).

Return of capacity

(9) If, after a treatment is begun under subsection (2), the person becomes capable with respect to the treatment in the opinion of the health practitioner, the person's own decision to give or refuse consent to the continuation of the treatment governs. 1996, c. 2, Sched. A, s. 25 (9).

No treatment contrary to wishes

26. A health practitioner shall not administer a treatment under section 25 if the health practitioner has reasonable grounds to believe that the person, while capable and after attaining 16 years of age, expressed a wish applicable to the circumstances to refuse consent to the treatment. 1996, c. 2, Sched. A, s. 26.

Emergency treatment despite refusal

27. If consent to a treatment is refused on an incapable person's behalf by his or her substitute decision-maker, the treatment may be administered despite the refusal if, in the opinion of the health practitioner proposing the treatment,

(a) there is an emergency; and

(b) the substitute decision-maker did not comply with section 21. 1996, c. 2, Sched. A, s. 27.

Admission to hospital, etc.

28. The authority to administer a treatment to a person under section 25 or 27 includes authority to have the person admitted to a hospital or psychiatric facility for the purpose of the treatment, unless the person objects and the treatment is primarily treatment of a mental disorder. 1996, c. 2, Sched. A, s. 28.

PROTECTION FROM LIABILITY

Protection from liability

Apparently valid consent to treatment

29. (1) If a treatment is administered to a person with a consent that a health practitioner believes, on reasonable grounds and in good faith, to be sufficient for the purpose of this Act, the health practitioner is not liable for administering the treatment without consent. 1996, c. 2, Sched. A, s. 29 (1).

Apparently valid refusal of treatment

(2) If a treatment is not administered to a person because of a refusal that a health practitioner believes, on reasonable grounds and in good faith, to be sufficient for the purpose of this Act, the health practitioner is not liable for failing to administer the treatment. 1996, c. 2, Sched. A, s. 29 (2).

Apparently valid consent to withholding or withdrawal

(3) If a treatment is withheld or withdrawn in accordance with a plan of treatment and with a consent to the plan of treatment that a health practitioner believes, on reasonable grounds and in good faith, to be sufficient for the purpose of this Act, the health practitioner is not liable for withholding or withdrawing the treatment. 1996, c. 2, Sched. A, s. 29 (3).

Emergency: treatment administered

(4) A health practitioner who, in good faith, administers a treatment to a person under section 25 or 27 is not liable for administering the treatment without consent. 1996, c. 2, Sched. A, s. 29 (4).

Emergency: treatment not administered

(5) A health practitioner who, in good faith, refrains from administering a treatment in accordance with section 26 is not liable for failing to administer the treatment. 1996, c. 2, Sched. A, s. 29 (5).

Reliance on assertion

(6) If a person who gives or refuses consent to a treatment on an incapable person's behalf asserts that he or she,

(a) is a person described in subsection 20 (1) or clause 24 (2) (a) or (b) or an attorney for personal care described in clause 32 (2) (b);

(b) meets the requirement of clause 20 (2) (b) or (c); or

(c) holds the opinions required under subsection 20 (4),

a health practitioner is entitled to rely on the accuracy of the assertion, unless it is not reasonable to do so in the circumstances. 1996, c. 2, Sched. A, s. 29 (6).

Person making decision on another's behalf

HEALTH PROFESSIONS ACT, R.S.A. 2000, c. H-7

Province of Alberta

HEALTH PROFESSIONS ACT

Revised Statutes of Alberta 2000
Chapter H-7

Current as of December 11, 2013

Office Consolidation

© Published by Alberta Queen's Printer

Alberta Queen's Printer
5th Floor, Park Plaza
10611 - 98 Avenue
Edmonton, AB T5K 2P7
Phone: 780-427-4952
Fax: 780-452-0668

E-mail: qp@gov.ab.ca
Shop on-line at www.qp.alberta.ca

Schedule 21 - Profession of Physicians, Surgeons and Osteopaths
Schedule 21.1 Profession of Podiatrists
Schedule 22 - Profession of Psychologists
Schedule 23 - Profession of Registered Dietitians and Registered Nutritionists
Schedule 24 - Profession of Registered Nurses
Schedule 25 - Profession of Registered Psychiatric and Mental Deficiency Nurses
Schedule 26 - Profession of Respiratory Therapists
Schedule 27 - Profession of Social Workers
Schedule 28 - Profession of Speech-Language Pathologists and Audiologists

HER MAJESTY, by and with the advice and consent of the Legislative Assembly of Alberta, enacts as follows:

Interpretation

1(1) In this Act,

(a) "Advisory Board" means the Health Professions Advisory Board established under Part 1;

(b) "alternative complaint resolution process" means a process to help the complainant, the college and the investigated person settle a complaint;

(c) "annual permit" means a permit issued to a professional corporation under this Act;

(d) "code of ethics" means a code of ethics adopted by a council under Part 8;

(e) "college" means the college of a regulated profession;

(f) "competence" means the combined knowledge, skills, attitudes and judgment required to provide professional services;

(g) "competence committee" means a competence committee established under this Act;

(h) "complaint review committee" means a complaint review committee established under Part 1;

(i) "complaints director" means the complaints director of a college;

(j) "conduct" includes an act or omission;

(k) "continuing competence program" means a program of continuing competence provided for in the regulations;

(l) "council" means the council of a college;

(m) "document" includes recorded information in written, photographic, magnetic, electronic or other form;

(n) "former Act" means an Act that regulated a profession immediately before this Act began to regulate that profession;

(o) "former member" means a person who

(i) has had but no longer has a practice permit under this Act, or

(ii) has been but has ceased to be a regulated member pursuant to this Act or a member who was regulated under a former Act;

(p) "health service" means a service provided to people

(i) to protect, promote or maintain their health,

(ii) to prevent illness,

(iii) to diagnose, treat or rehabilitate, or

(iv) to take care of the health needs of the ill, disabled, injured or dying;

(q) "hearing tribunal" means a hearing tribunal established under Part 1;

(r) "hearings director" means the hearings director of a college;

(s) "incapacitated" means suffering from a physical, mental or emotional condition or disorder or an addiction to alcohol or drugs as defined in the *Pharmacy and Drug Act* or other chemicals that impairs the ability to provide professional services in a safe and competent manner;

(s.1) "inspector" means an inspector of a college appointed under Part 3.1;

(t) "investigated person" means a person with respect to whom

HEALTH SERVICES ACT,
R.S.P.E.I. 1988, c. H-1.6

CHAPTER H-1.6

HEALTH SERVICES ACT

INTERPRETATION

1. In this Act — Definitions

(a) "Board" means the Board of Directors of Health PEI; — Board

(b) "Department" means the Department of Health and Wellness; — Department

(c) "health facility" means any building or premises in or from which the Minister or Health PEI provides health services, and includes a prescribed building or premises; — health facility

(d) "Health PEI" means the Crown corporation established under subsection 6(1); — Health PEI

(e) "health services" means services related to the prevention of illness or injury, the promotion or maintenance of health, or the care and treatment of sick, infirm or injured persons and includes — health services

(i) hospital services,
(ii) community health services,
(iii) public health services,
(iv) mental health services,
(v) addictions services,
(vi) long-term care services,
(vii) home care services,
(viii) ambulance services,
(ix) medical services,
(x) diagnostic services,
(xi) primary care services,
(xii) pharmacy services,
(xiii) dental services, and
(xiv) such other services as are prescribed;

(f) "Minister" means the Minister of Health and Wellness; — Minister

(g) "provincial health plan" means the provincial health plan established under subsection 3(1). 2009,c.7,s.1; 2010,c.31,s.3. — provincial health plan

PART I
MINISTER

2. (1) The Minister is responsible for the administration of this Act. — Role of Minister

LOI SUR LES PROFESSIONS DE LA SANTÉ RÉGLEMENTÉES,
C.P.L.M. c. R 117

REGULATED HEALTH PROFESSIONS ACT,
C.C.S.M. c. R117

MANITOBA

THE REGULATED HEALTH PROFESSIONS ACT

C.C.S.M. c. R117

LOI SUR LES PROFESSIONS DE LA SANTÉ RÉGLEMENTÉES

c. R117 de la *C.P.L.M.*

As of 2014-07-15, this is the most current version available. It is current for the period set out in the footer below.

Le texte figurant ci-dessous constitue la codification la plus récente en date du 2014-07-15. Son contenu était à jour pendant la période indiquée en bas de page.

CHAPTER R117

THE REGULATED HEALTH PROFESSIONS ACT

(Assented to June 11, 2009)

HER MAJESTY, by and with the advice and consent of the Legislative Assembly of Manitoba, enacts as follows:

PART 1

INTERPRETATION

Definitions

1(1) The following definitions apply in this Act, except in Parts 14, 15 and 17.

"advisory council" means the Health Professions Advisory Council established under subsection 145(1). (« conseil consultatif »)

"Agreement on Internal Trade" means the Agreement on Internal Trade, signed in 1994 by the governments of Canada, the provinces, Yukon and the Northwest Territories as amended from time to time. (« Accord sur le commerce intérieur »)

"board of assessors" means the board of assessors established by a council for the purpose of clause 31(b). (« commission d'évaluation »)

CHAPITRE R117

LOI SUR LES PROFESSIONS DE LA SANTÉ RÉGLEMENTÉES

(Date de sanction : 11 juin 2009)

SA MAJESTÉ, sur l'avis et avec le consentement de l'Assemblée législative du Manitoba, édicte :

PARTIE 1

DÉFINITIONS

Définitions

1(1) Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente loi, sauf aux parties 14, 15 et 17.

« Accord sur le commerce intérieur » Dernière version de l'*Accord sur le commerce intérieur* signé en 1994 entre le gouvernement du Canada, celui des provinces, du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest. ("Agreement on Internal Trade")

« acte réservé » Acte mentionné à l'article 4. ("reserved act")

« code de déontologie » Le code de déontologie adopté par un conseil en conformité avec l'article 83. ("code of ethics")

« comité » Comité constitué par un conseil sous le régime de l'article 22. ("committee")

Accessed: 2014-07-15
Current from 2014-06-12 to 2014-07-12

Date de consultation : 2014-07-15
À jour du 2014-06-12 au 2014-07-12

"by-laws" means the by-laws made by a council under section 222. (« règlements administratifs »)

"code of ethics" means the code of ethics adopted by a council in accordance with section 83. (« code de déontologie »)

"college" means the college of a regulated health profession that is continued or established by a regulation under clause 8(b). (« ordre » ou « ordre professionnel »)

"committee" means a committee established by a council by or under section 22. (« comité »)

"council" means the council of a college established by subsection 12(1). (« conseil »)

"court" means the Court of Queen's Bench. (« tribunal »)

"health care" means any care, service or procedure

(a) provided to diagnose, treat or maintain an individual's health;

(b) provided to prevent disease or injury or promote health; or

(c) that affects the structure or a function of the body;

and includes the sale or dispensing of a drug, vaccine, appliance, device, equipment or other item pursuant to a prescription. (« soins de santé »)

"health profession" means a profession in which a person exercises skill or judgment in providing health care. (« profession de la santé »)

"health profession corporation" means a corporation holding a valid permit issued under subsection 60(1). (« société professionnelle de la santé »)

"member" means a regulated member and a regulated associate member, except where otherwise stated or when referring to a member of a council, board or committee or the advisory council. (« membre »)

« commission d'évaluation » La commission d'évaluation constituée par un conseil pour l'application de l'alinéa 31b). ("board of assessors")

« conseil » Le conseil d'un ordre professionnel créé par le paragraphe 12(1). ("council")

« conseil consultatif » Le Conseil consultatif des professions de la santé, constitué sous le régime du paragraphe 145(1). ("advisory council")

« directives professionnelles » Les directives professionnelles qu'un conseil donne en vertu de l'article 85. ("practice directions")

« membre » Sauf disposition contraire expresse et exception faite des cas où le terme vise les membres d'un conseil, d'une commission, d'un comité ou du conseil consultatif, s'entend des membres habilités et des membres associés habilités. ("member")

« membre associé habilité » Dans le cas d'une profession de la santé réglementée, particulier inscrit sur le registre des membres associés habilités. ("regulated associate member")

« membre habilité » Dans le cas d'une profession de la santé réglementée, particulier inscrit sur le registre des membres habilités. ("regulated member")

« ministre » Le ministre chargé par le lieutenant-gouverneur en conseil de l'application de la présente loi. ("minister")

« normes d'exercice de la profession » Normes d'exercice de la profession adoptées par un conseil en vertu du paragraphe 82(1). ("standards of practice")

« office régional de la santé » Un office régional de la santé constitué ou maintenu en vertu de la *Loi sur les offices régionaux de la santé*. ("regional health authority")

« ordre » ou **« ordre professionnel »** L'ordre d'une profession de la santé réglementée maintenu en existence ou créé par un règlement pris en vertu de l'alinéa 8b). ("college")

"minister" means the minister appointed by the Lieutenant Governor in Council to administer this Act. (« ministre »)

"practice directions" means the practice directions issued by a council under section 85. (« directives professionnelles »)

"public representative" means, except in Part 8 (Professional Conduct),

(a) in respect of a particular regulated health profession (other than the profession of pharmacy), a person who has never practised the particular regulated health profession and who has not practised any other regulated health profession within the previous five years;

(b) in respect of the profession of pharmacy, a person who has never practised pharmacy nor been a pharmacy owner and who has not practised any other regulated health profession within the previous five years;

and who is appointed under subsection 13(2) or 13(3) as a public representative. (« représentant du public »)

"regional health authority" means a regional health authority established or continued under *The Regional Health Authorities Act*. (« office régional de la santé »)

"register" means a register established by a council under section 26. (« registre »)

"registrar" means an individual appointed under section 23 as the registrar for a college. (« registraire »)

"regulated associate member" means, in respect of a regulated health profession, an individual whose name is entered on the register of regulated associate members. (« membre associé habilité »)

"regulated health profession" means a health profession designated as a regulated health profession by a regulation under clause 8(a). (« profession de la santé réglementée »)

« profession de la santé » Profession dans l'exercice de laquelle une personne utilise ses connaissances ou se sert de son jugement pour fournir des soins de santé. ("health profession")

« profession de la santé réglementée » Profession de la santé qui est désignée à ce titre par règlement pris en vertu de l'alinéa 8a). ("regulated health profession")

« registraire » Personne nommée registraire d'un ordre en vertu de l'article 23. ("registrar")

« registre » Registre créé par un conseil en vertu de l'article 26. ("register")

« règlements administratifs » Les règlements administratifs pris par un conseil en vertu de l'article 222. ("by-laws")

« représentant du public » Sauf à la partie 8, personne qui est nommée à titre de représentant du public en vertu du paragraphe 13(2) ou (3) et qui :

a) à l'égard d'une profession de la santé réglementée donnée — exception faite de la profession de pharmacien —, n'a jamais exercé cette profession et n'a pas exercé une autre profession de la santé réglementée au cours des cinq années qui précèdent;

b) dans le cas de la profession de pharmacien, n'a jamais exercé la profession de pharmacien, ni n'a jamais été propriétaire d'une pharmacie et n'a pas exercé une autre profession de la santé réglementée au cours des cinq années qui précèdent. ("public representative")

« société professionnelle de la santé » Corporation titulaire d'une licence en cours de validité délivrée en vertu du paragraphe 60(1). ("health profession corporation")

« soins de santé » Soins, services ou interventions qui, selon le cas :

a) ont pour but le diagnostic, le traitement ou le maintien de la santé d'un particulier;

"regulated member" means, in respect of a regulated health profession, an individual whose name is entered on the register of regulated members. (« membre habilité »)

"reserved act" means a reserved act referred to in section 4. (« acte réservé »)

"standards of practice" means the standards of practice established by a council under subsection 82(1). (« normes d'exercice de la profession »)

Included references
1(2) In this Act,

(a) a reference to **"conditions"** includes restrictions and limitations;

(b) a reference to the **"registrar"** includes a deputy registrar and an assistant registrar if the council has appointed them under section 23; and

(c) a reference to **"this Act"** includes the regulations under this Act.

Conditions
1(3) In this Act, the ability to attach conditions to a registration, certificate, permit, licence, authorization or any other approval includes the ability to vary or remove those conditions.

Reference to "practising" members
1(4) A reference in this Act, the regulations or by-laws or in another enactment of Manitoba to a "practising" member of a regulated health profession means a member in good standing of the college of that profession who holds a valid certificate of practice issued by that college under this Act.

b) ont pour but la prévention de maladies ou de blessures ou la promotion de la santé;

c) touchent la structure ou une des fonctions du corps.

La présente définition vise notamment la vente ou la délivrance de médicaments, de dispositifs, de vaccins, d'appareils ou d'autres articles conformément à une ordonnance. ("health care")

« tribunal » La Cour du Banc de la Reine. ("court")

Mentions
1(2) Les règles d'interprétation qui suivent s'appliquent à la présente loi :

a) les mentions de **« conditions »** valent également mentions de restrictions et de limitations;

b) les mentions de **« registraire »** valent également mention du sous-registraire et du registraire adjoint, si le conseil a procédé à leur nomination en vertu de l'article 23;

c) les mentions de la présente loi valent également mentions de ses règlements d'application.

Conditions
1(3) Le pouvoir donné dans la présente loi d'attacher des conditions à une inscription, un certificat, une licence, un permis ou autre autorisation s'entend également du pouvoir de les modifier ou de les supprimer.

Mentions de « membres en exercice »
1(4) Les mentions dans la présente loi, dans les règlements, dans les règlements administratifs ou dans tout autre texte législatif manitobain d'un membre en exercice d'une profession de la santé réglementée s'entendent d'un membre en règle de l'ordre de cette profession qui est titulaire d'un certificat d'exercice en cours de validité délivré par cet ordre sous le régime de la présente loi.

***LOI SUR L'ASSURANCE-MALADIE*,**
R.L.R.Q. c. A-29

***HEALTH INSURANCE ACT*,**
C.Q.L.R. c. A-29

Québec

© Éditeur officiel du Québec

À jour au 1er juillet 2014
Ce document a valeur officielle.

chapitre A-29

LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE

SECTION I

INTRODUCTION

1. Dans la présente loi, à moins que le contexte n'indique un sens différent, les expressions et mots suivants signifient ou désignent:

a) «services assurés»: les services, médicaments, appareils ou autres équipements suppléant à une déficience physique, aides visuelles, aides auditives et aides à la communication visés dans l'article 3;

b) «professionnel de la santé» ou «professionnel»: tout médecin, dentiste, optométriste ou pharmacien légalement autorisé à fournir des services assurés;

c) «professionnel soumis à l'application d'une entente»: un professionnel qui exerce sa profession dans le cadre du régime institué par la présente loi, qui est rémunéré suivant le tarif prévu à une entente et dont le montant des honoraires, qui comprend le prix des médicaments dans le cas d'un pharmacien, lui est payé directement par la Régie lorsqu'une personne assurée a présenté sa carte d'assurance maladie ou son carnet de réclamation, selon le cas, ou directement par une personne assurée lorsque cette dernière n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie ou son carnet de réclamation, selon le cas;

d) «professionnel désengagé»: un professionnel autre qu'un pharmacien qui exerce sa profession en dehors des cadres du régime institué par la présente loi mais qui accepte d'être rémunéré suivant le tarif prévu à une entente et dont le montant des honoraires est payé à ses patients par la Régie;

e) «professionnel non participant»: un professionnel qui exerce sa profession en dehors des cadres du régime institué par la présente loi mais qui n'accepte pas d'être rémunéré suivant le tarif prévu à une entente ou qui fait l'objet d'une ordonnance émise en vertu de l'article 77, 77.0.1 ou 77.1.1 et dont tous les patients assument seuls le paiement des honoraires qui comprennent le prix des médicaments dans le cas d'un pharmacien;

f) «entente»: une entente conclue en vertu de l'article 19;

f.1) «rémunération de base»: le tarif de base prévu à une entente visée à l'article 19 pour la rémunération à l'acte d'un service assuré avant l'application des règles relatives au plafonnement d'activités;

g) (paragraphe abrogé);

g.1) «personne assurée»: une personne qui réside ou qui séjourne au Québec et qui est dûment inscrite à la Régie;

2. Sous réserve de toute autre disposition législative applicable, rien dans la présente loi ne limite la liberté qu'a une personne qui réside au Québec de choisir le professionnel de la santé par lequel elle désire être traitée ou celle qu'a un tel professionnel d'accepter ou non de traiter une telle personne.

1970, c. 37, a. 2.

3. Le coût des services suivants qui sont rendus par un professionnel de la santé est assumé par la Régie pour le compte de toute personne assurée, conformément aux dispositions de la présente loi et des règlements:

a) tous les services que rendent les médecins et qui sont requis au point de vue médical;

b) les services de chirurgie buccale déterminés par règlement et qui sont requis au point de vue dentaire et qui sont rendus par un dentiste dans un centre exploité par un établissement universitaire ou dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier, pourvu toutefois, s'ils sont rendus au Québec, qu'ils le soient dans un centre exploité par un établissement universitaire déterminé par règlement ou dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier par un dentiste autorisé à exercer sa profession dans ce centre;

c) les services déterminés par règlement qui sont requis au point de vue optométrique et qui sont rendus par les optométristes dans la pratique de l'optométrie au sens de la Loi sur l'optométrie (chapitre O-7); toutefois, le coût de ces services n'est assumé par la Régie que pour le compte d'une personne assurée dont l'âge est celui fixé à ces fins par règlement ou qui détient un carnet de réclamation en vigueur délivré suivant l'article 71 ou 71.1;

d) les services de planification familiale déterminés par règlement et qui sont rendus par un médecin;

e) les services de procréation assistée déterminés par règlement.

Le coût des services déterminés par règlement, qui sont requis au point de vue dentaire et qui sont rendus par les dentistes, est aussi assumé par la Régie conformément aux dispositions de la présente loi et des règlements pour le compte de toute personne assurée selon son âge et selon le fait qu'elle détient ou non un carnet de réclamation en vigueur délivré suivant l'article 71.1.

La Régie assume aussi, conformément aux dispositions de la présente loi et des règlements et sous réserve de la Loi sur l'assurance médicaments (chapitre A-29.01), le coût des services déterminés par règlement qui sont requis au point de vue pharmaceutique et qui sont fournis par les pharmaciens, le coût des médicaments que fournissent les pharmaciens sur ordonnance d'un médecin, d'un résident en médecine, d'un dentiste, d'une sage-femme ou d'un autre professionnel habilité par la loi ou par un règlement pris en application du paragraphe *b* du premier alinéa de l'article 19 de la Loi médicale (chapitre M-9) ainsi que, le cas échéant, le coût de médicaments fournis dans le cadre des activités d'un établissement suivant le troisième alinéa de l'article 8 de la Loi sur l'assurance médicaments, pour le compte de toute personne assurée qui est une personne admissible au sens de cette loi et qui:

a) est âgée de 65 ans ou plus et n'adhère pas à un contrat d'assurance collective ou à un régime d'avantages sociaux applicable à un groupe de personnes déterminé conformément à l'article 15.1 de la Loi sur l'assurance médicaments et comportant les garanties prévues par le régime général, ou qui n'est pas bénéficiaire d'un tel régime;

© Éditeur officiel du Québec

b) détient un carnet de réclamation en vigueur délivré suivant l'article 70; ou

c) n'est pas tenue d'adhérer à un contrat d'assurance collective ou un régime d'avantages sociaux visé au paragraphe *a* ou que nul n'est tenu de couvrir comme bénéficiaire des garanties prévues par un tel contrat ou régime suivant l'article 18 de cette loi.

La Régie assume aussi, conformément aux dispositions de la présente loi et des règlements et sous réserve de la Loi sur l'assurance médicaments, le coût des services déterminés par règlement qui sont requis au point de vue pharmaceutique et qui sont fournis par les pharmaciens, le coût des médicaments que fournissent les pharmaciens sur ordonnance d'un médecin, d'un résident en médecine ou d'un dentiste, ainsi que, le cas échéant, le coût de médicaments fournis dans le cadre des activités d'un établissement suivant le troisième alinéa de l'article 8 de la Loi sur l'assurance médicaments, à toute personne assurée qui est une personne admissible au sens de cette loi et qui détient un carnet de réclamation en vigueur délivré suivant l'article 71.

La Régie assume pour le compte d'une personne assurée dont l'âge est celui fixé à ces fins par règlement le coût des services déterminés par règlement et des appareils ou autres équipements qui suppléent à une déficience physique et qui sont déterminés par règlement.

La Régie rembourse à un établissement reconnu à cette fin par le ministre le coût des services déterminés par règlement qu'il a fournis et des aides visuelles déterminées par règlement qu'il a prêtées à une personne assurée qui a une déficience visuelle et dont l'âge est celui fixé à ces fins par règlement.

La Régie assume pour le compte d'une personne assurée dont l'âge est celui fixé à ces fins par règlement le coût des services déterminés par règlement et des aides auditives qui suppléent à une déficience auditive et qui sont déterminées par règlement.

La Régie rembourse à un établissement reconnu à cette fin par le ministre le coût des services déterminés par règlement qu'il a fournis et des aides à la communication déterminées par règlement qu'il a prêtées à une personne assurée qui a une déficience physique de la communication et dont l'âge est celui fixé à ces fins par règlement.

Les cas et les conditions suivant lesquels la Régie assume ou rembourse le coût des services assurés visés aux cinquième, sixième, septième et huitième alinéas et suivant lesquels ils sont fournis sont déterminés par règlement du gouvernement de même que les déficiences physiques, auditives, visuelles et de la communication. Les ensembles ou les sous-ensembles d'appareils, d'équipements et d'aides qui suppléent à de telles déficiences sont énumérés dans ce règlement.

Les appareils, équipements et aides assurés sont déterminés par règlement de la Régie, conformément à l'article 72.1, en fonction de l'énumération prévue au neuvième alinéa.

non en vigueur

La Régie doit publier la liste des établissements reconnus par le ministre pour l'application des sixième et huitième alinéas et chacune de ses mises à jour à la *Gazette officielle du Québec*, lesquelles entrent en vigueur à la date de leur publication ou à toute autre date qui y est fixée.

Toutefois, ces services, médicaments, appareils ou autres équipements qui suppléent à une déficience physique, aides visuelles, aides auditives et aides à la communication ne comprennent pas ceux qu'une

© Éditeur officiel du Québec

personne peut obtenir et auxquels elle a droit en vertu d'une autre loi du Québec, d'une loi du Parlement du Canada autre que la Loi canadienne sur la santé (Lois révisées du Canada (1985), chapitre C-6) ou en vertu d'une loi d'une autre province du Canada ou d'un autre pays.

Cependant, les services visés dans le premier alinéa auxquels une personne a droit en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5), de la Loi sur l'assurance-hospitalisation (chapitre A-28) et de la Loi sur l'assurance médicaments ou qui sont rendus en vertu de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (chapitre S-2.1) demeurent des services assurés en vertu de la présente loi.

La Régie assume aussi le coût des services qui sont rendus par un professionnel de la santé dans le cadre de la Loi sur les accidents du travail (chapitre A-3) ou de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (chapitre A-3.001), y compris ceux d'un membre du Bureau d'évaluation médicale ou d'un membre d'un comité des maladies professionnelles pulmonaires ou d'un comité spécial agissant en vertu du chapitre VI de cette loi, mais à l'exception des services rendus par un professionnel de la santé à la demande de l'employeur.

La Régie assume aussi, conformément aux dispositions de la loi et des règlements, le coût des services rendus par un professionnel de la santé pour l'exécution d'activités ou de tâches administratives déterminées par règlement pris en vertu de l'article 69.

La Régie assume aussi le coût des services et des biens prévus aux programmes qu'elle administre en vertu du premier alinéa de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (chapitre R-5) selon les conditions et modalités prévues à ces programmes.

Un service fourni par un médecin qui est en stage de formation en médecine familiale ou pour l'obtention d'un premier certificat de spécialiste n'est un service assuré que s'il est fourni dans une installation maintenue par un établissement autre que l'installation où il effectue son stage ou pour la Corporation d'urgences-santé. Lorsqu'il fournit un service qui n'est pas assuré au sens du présent article à une personne qui réside au Québec, ce médecin doit, dans les cas et en la forme prescrits, aviser cette personne que ce service n'est pas assuré.

1970, c. 37, a. 3; 1970, c. 38, a. 2; 1971, c. 47, a. 2; 1971, c. 48, a. 160, a. 161; 1973, c. 30, a. 2; 1973, c. 49, a. 45; 1973, c. 52, a. 31; 1974, c. 40, a. 2; 1975, c. 60, a. 1; 1977, c. 44, a. 2; 1979, c. 1, a. 2; 1979, c. 63, a. 273; 1981, c. 22, a. 1; 1985, c. 6, a. 488; 1986, c. 79, a. 2; 1989, c. 50, a. 2; 1991, c. 42, a. 558; 1992, c. 19, a. 1; 1992, c. 21, a. 101; 1985, c. 23, a. 1; 1992, c. 21, a. 101; 1992, c. 11, a. 77; 1994, c. 8, a. 2; 1994, c. 23, a. 23; 1996, c. 32, a. 89; 1999, c. 24, a. 14; 1999, c. 89, a. 2, a. 42; 2002, c. 69, a. 122; 2002, c. 33, a. 8; 2005, c. 40, a. 32; 2009, c. 45, a. 1; 2009, c. 30, a. 46.

3.1. La Régie peut conclure un contrat avec un fournisseur d'appareils ou autres équipements qui suppléent à une déficience physique, d'aides visuelles, d'aides auditives ou d'aides à la communication visés à l'article 3, afin d'y prévoir les conditions de fourniture aux dispensateurs des services dont le coût sera assumé ou remboursé par la Régie.

1989, c. 50, a. 3; 1994, c. 8, a. 3; 1999, c. 89, a. 3; 2007, c. 21, a. 21.

4. *(Abrogé).*

1971, c. 47, a. 3; 1974, c. 40, a. 3; 1979, c. 1, a. 3; 1981, c. 22, a. 2; 1984, c. 27, a. 41; 1985, c. 23, a. 2; 1996, c. 32, a. 90.

4.1. *(Abrogé).*

1985, c. 23, a. 2; 1996, c. 32, a. 90.

© Éditeur officiel du Québec

Québec

© Éditeur officiel du Québec

Updated to 1 July 2014
This document has official status.

chapter A-29

HEALTH INSURANCE ACT

DIVISION I

INTRODUCTION

1. In this Act, unless the context indicates a different meaning, the following expressions and words mean or designate:

(a) "insured services": the services, medications, devices or other equipment that compensate for a physical deficiency, visual or hearing aids and communication devices contemplated in section 3;

(b) "professional in the field of health" or "professional": a physician, dentist, optometrist or pharmacist legally authorized to furnish insured services;

(c) "professional subject to the application of an agreement": a professional who practises his profession within the scope of the plan established by this Act, is remunerated in accordance with the tariff provided in an agreement and the amount of whose fees, which include the price of medications in the case of a pharmacist, is paid to him directly by the Board where the insured person has presented his health insurance card or claim booklet, as the case may be, or directly by the insured person where he did not present his health insurance card or claim booklet, as the case may be;

(d) "professional who has withdrawn": a professional, other than a pharmacist, who practises his profession outside the scope of the plan established by this Act but agrees to be remunerated in accordance with the tariff provided in an agreement, and the amount of whose fees is paid to his patients by the Board;

(e) "non-participating professional": a professional who practises his profession outside the scope of the plan established by this Act but does not agree to be remunerated in accordance with the tariff provided in an agreement or who is the subject of an order issued pursuant to section 77, 77.0.1 or 77.1.1, and all of whose patients alone assume payment of the fees which include the price of medications in the case of a pharmacist;

(f) "agreement": an agreement made under section 19;

(f.1) "basic remuneration" means the basic tariff provided for in an agreement referred to in section 19 in respect of the remuneration by the act of insured services before the carrying out of the rules governing the placing of a ceiling on activities;

(g) (subparagraph repealed);

(g.1) "insured person": a resident or temporary resident of Québec who is duly registered with the Board;

3. The cost of the following services rendered by a professional in the field of health are assumed by the Board on behalf of every insured person, in accordance with this Act and the regulations:

(a) all services rendered by physicians that are medically required;

(b) the services of oral surgery determined by regulation and required by dentistry and rendered by a dentist in a centre operated by a university establishment or in a facility maintained by an institution operating a hospital centre, provided, however, that if rendered in Québec they are rendered in a centre operated by a university establishment determined by regulation or in a facility maintained by an institution operating a hospital centre by a dentist authorized to practise in that centre;

(c) the services determined by regulation and required by optometry and rendered by optometrists in the practice of optometry within the meaning of the Optometry Act (chapter O-7); however, the cost of such services shall be assumed by the Board only on behalf of a insured person whose age is that fixed for that purpose by regulation or who holds a valid claim booklet issued pursuant to section 71 or 71.1;

(d) family planning services determined by regulation and furnished by a physician;

(e) the assisted procreation services determined by regulation.

The cost of services determined by regulation and required by dentistry and rendered by dentists are also assumed by the Board in accordance with this Act and the regulations on behalf of every insured person according to his age and according as to whether or not he holds a valid claim booklet issued pursuant to section 71.1.

The Board also assumes, in accordance with the provisions of this Act and the regulations and subject to the Act respecting prescription drug insurance (chapter A-29.01), the cost of the services determined by regulation that are required for pharmaceutical reasons and furnished by pharmacists, the cost of medications furnished by pharmacists on the prescription of a physician, a resident in medicine, a dentist, a midwife or another professional authorized by law or a regulation under subparagraph *b* of the first paragraph of section 19 of the Medical Act (chapter M-9) and, where applicable, the cost of medications provided as part of the services provided by an institution in accordance with the third paragraph of section 8 of the Act respecting prescription drug insurance, on behalf of every insured person who is an eligible person within the meaning of that Act and who

(a) is 65 years of age or over and is not a member of a group insurance contract or employee benefit plan applicable to a group with private coverage within the meaning of section 15.1 of the Act respecting prescription drug insurance that includes basic plan coverage, and is not a beneficiary under such a plan, or

(b) holds a valid claim booklet issued under section 70, or

(c) is not required to become a member of a group insurance contract or employee benefit plan referred to in paragraph *a* and in whose respect no person is required, in accordance with section 18 of the said Act, to ensure coverage as a beneficiary under such a contract or plan.

The Board also assumes, in accordance with the provisions of this Act and the regulations and subject to the Act respecting prescription drug insurance, the cost of the services determined by regulation that are required by pharmacy and furnished by pharmacists, the cost of medications furnished by pharmacists on the

© Éditeur officiel du Québec

prescription of a physician, a resident in medicine, a dentist or a midwife and, where applicable, the cost of medications provided as part of the services provided by an institution in accordance with the third paragraph of section 8 of the Act respecting prescription drug insurance, to every insured person who is an eligible person within the meaning of that Act and who holds a valid claim booklet issued under section 71.

The Board assumes, on behalf of every insured person whose age is that fixed for such purpose by regulation, the cost of the services determined by regulation and of the devices or other equipment, determined by regulation, that compensate for a physical deficiency.

The Board reimburses to an institution recognized for that purpose by the Minister the cost of the services determined by regulation provided by the institution and of the visual aids, determined by regulation, lent by the institution to an insured person who has a visual deficiency and whose age is that fixed for such purpose by regulation.

The Board assumes, on behalf of every insured person whose age is that fixed for such purpose by regulation the cost of the services determined by regulation and of the hearing aids, determined by regulation, that compensate for a hearing deficiency.

The Board reimburses to an institution recognized for that purpose by the Minister the cost of the services determined by regulation provided by the institution and of the communication devices, determined by regulation, lent by the institution to an insured person with a communication-related physical deficiency and whose age is that fixed for such purpose by regulation.

The cases and conditions in and on which the Board assumes or reimburses the cost of the insured services referred to in the fifth, sixth, seventh and eighth paragraphs and in and on which the services are furnished are determined by government regulation, as are the physical, hearing, visual and communication-related deficiencies. The sets or subsets of devices, equipment or aids that compensate for such deficiencies are enumerated in the regulation.

Insured devices, equipment and aids are determined in a regulation made by the Board pursuant to section 72.1 on the basis of the enumeration provided for in the ninth paragraph.

not in force

The Board shall publish the list of institutions recognized by the Minister for the purposes of the sixth and eighth paragraphs and each update thereof in the *Gazette officielle du Québec*, which will come into force on the date they are published or on any date fixed therein.

However, such services, medications, devices or other equipment that compensate for a physical deficiency, visual or hearing aids or communication devices do not include those which a person may obtain and is entitled to under another statute of Québec, an Act of the Parliament of Canada other than the Canada Health Act (Revised Statutes of Canada, 1985, chapter C-6) or a statute of another province of Canada or another country.

However, the services contemplated in the first paragraph to which a person is entitled under the Act respecting health services and social services (chapter S-4.2), the Act respecting health services and social services for Cree Native persons (chapter S-5), the Hospital Insurance Act (chapter A-28) and the Act

© Éditeur officiel du Québec

respecting prescription drug insurance or which are rendered pursuant to the Act respecting occupational health and safety (chapter S-2.1) remain insured services under this Act.

The Board also assumes the cost of the services rendered by a professional in the field of health pursuant to the Workers' Compensation Act (chapter A-3) or to the Act respecting industrial accidents and occupational diseases (chapter A-3.001), including those rendered by a member of the Bureau d'évaluation médicale or a member of an occupational lung diseases committee or a special committee acting under Chapter VI of the latter Act, except the services rendered by a professional in the field of health at the employer's request.

The Board also assumes, in accordance with the provisions of the Act and the regulations, the cost of services rendered by a health professional in the discharge of activities or administrative tasks determined by a regulation made under section 69.

The Board also assumes the cost of services and goods provided under the programs it administers by virtue of the first paragraph of section 2 of the Act respecting the Régie de l'assurance maladie du Québec (chapter R-5) according to the conditions and methods provided for under those programs.

A service provided by a physician who is in a period of training in family medicine or to obtain a specialist's certificate for the first time is not an insured service unless it is provided in a facility maintained by an institution other than the facility where the physician undergoes the training or for the Corporation d'urgences-santé. Where he furnishes a service that is not an insured service within the meaning of this section to a person residing in Québec, he must inform that person, in the cases and form prescribed, that the service is not an insured service.

1970, c. 37, s. 3; 1970, c. 38, s. 2; 1971, c. 47, s. 2; 1971, c. 48, s. 160, s. 161; 1973, c. 30, s. 2; 1973, c. 49, s. 45; 1973, c. 52, s. 31; 1974, c. 40, s. 2; 1975, c. 60, s. 1; 1977, c. 44, s. 2; 1979, c. 1, s. 2; 1979, c. 63, s. 273; 1981, c. 22, s. 1; 1985, c. 6, s. 488; 1986, c. 79, s. 2; 1989, c. 50, s. 2; 1991, c. 42, s. 558; 1992, c. 19, s. 1; 1992, c. 21, s. 101; 1985, c. 23, s. 1; 1992, c. 21, s. 101, s. 375; 1992, c. 11, s. 77; 1994, c. 8, s. 2; 1994, c. 23, s. 23; 1996, c. 32, s. 89; 1999, c. 24, s. 14; 1999, c. 89, s. 2, s. 42; 2002, c. 69, s. 122; 2002, c. 33, s. 8; 2005, c. 40, s. 32; 2009, c. 45, s. 1; 2009, c. 30, s. 46.

3.1. The Board may make, with a supplier of devices or other equipment that compensate for a physical deficiency, visual or hearing aids or communication devices, which are referred to in section 3, a contract in order to establish the terms and conditions of supply to dispensers of services the cost of which is to be assumed or reimbursed by the Board.

1989, c. 50, s. 3; 1994, c. 8, s. 3; 1999, c. 89, s. 3; 2007, c. 21, s. 21.

4. *(Repealed).*

1971, c. 47, s. 3; 1974, c. 40, s. 3; 1977, c. 5, s. 14; 1979, c. 1, s. 3; 1981, c. 22, s. 2; 1984, c. 27, s. 41; 1985, c. 23, s. 2; 1996, c. 32, s. 90.

4.1. *(Repealed).*

1985, c. 23, s. 2; 1996, c. 32, s. 90.

4.2. *(Repealed).*

1985, c. 23, s. 2; 1992, c. 21, s. 102; 1996, c. 32, s. 90.

© Éditeur officiel du Québec

LOI CONSTITUTIONNELLE DE 1867,
30 & 31 Victoria, ch. 3 (R.-U.)

CONSTITUTION ACT 1867,
30 & 31 Victoria, c. 3 (U.K.)

CANADA

Codification administrative des

LOIS CONSTITUTIONNELLES DE 1867 à 1982

MINISTÈRE DE LA JUSTICE
CANADA

Lois codifiées au 1er janvier 2013

5. Ontario, Québec et Nouvelle-Écosse

89. Abrogé. [43]

6. Les quatre provinces

Application aux législatures des dispositions relatives aux crédits, etc.

90. Les dispositions suivantes de la présente loi, concernant le parlement du Canada, savoir : — les dispositions relatives aux bills d'appropriation et d'impôts, à la recommandation de votes de deniers, à la sanction des bills, au désaveu des lois, et à la signification du bon plaisir quant aux bills réservés, — s'étendront et s'appliqueront aux législatures des différentes provinces, tout comme si elles étaient ici décrétées et rendues expressément applicables aux provinces respectives et à leurs législatures, en substituant toutefois le lieutenant-gouverneur de la province au gouverneur-général, le gouverneur-général à la Reine et au secrétaire d'État, un an à deux ans, et la province au Canada.

VI. DISTRIBUTION DES POUVOIRS LÉGISLATIFS

POUVOIRS DU PARLEMENT

Autorité législative du parlement du Canada

91. Il sera loisible à la Reine, de l'avis et du consentement du Sénat et de la Chambre des Communes, de faire des lois pour la paix, l'ordre et le bon gouvernement du Canada, relativement à toutes les matières ne tombant pas dans les catégories de sujets par la présente loi exclusivement assignés aux législatures des provinces; mais, pour plus de garantie, sans toutefois restreindre la généralité des termes ci-haut employés dans le présent article, il est par la présente déclaré que (nonobstant toute disposition contraire énoncée dans la présente loi) l'autorité législative exclusive du parlement du Canada s'étend à toutes les matières tombant dans les catégories de sujets ci-dessous énumérés, savoir :

---

[43] **Abrogé par la *Loi de 1893 sur la revision du droit statutaire*, 56-57 Victoria, ch. 14 (R.-U.). Texte de l'article original :**

89. Chacun des lieutenants-gouverneurs d'Ontario, de Québec et de la Nouvelle-Écosse devra faire émettre des brefs pour la première élection des membres de l'assemblée législative, selon telle forme et par telle personne qu'il jugera à propos, et à telle époque et adressés à tel officier-rapporteur que prescrira le gouverneur-général, de manière que la première élection d'un membre de l'assemblée pour un district électoral ou une subdivision de ce district puisse se faire aux mêmes temps et lieux que l'élection d'un membre de la Chambre des Communes du Canada pour ce district électoral.

1. Abrogé. [44]

1A. La dette et la propriété publiques. [45]

2. La réglementation du trafic et du commerce.

2A. L'assurance-chômage. [46]

3. Le prélèvement de deniers par tous modes ou systèmes de taxation.

4. L'emprunt de deniers sur le crédit public.

5. Le service postal.

6. Le recensement et les statistiques.

7. La milice, le service militaire et le service naval, et la défense du pays.

8. La fixation et le paiement des salaires et honoraires des officiers civils et autres du gouvernement du Canada.

9. Les amarques, les bouées, les phares et l'île de Sable.

10. La navigation et les bâtiments ou navires (*shipping*).

11. La quarantaine et l'établissement et maintien des hôpitaux de marine.

12. Les pêcheries des côtes de la mer et de l'intérieur.

13. Les passages d'eau (*ferries*) entre une province et tout pays britannique ou étranger, ou entre deux provinces.

14. Le cours monétaire et le monnayage.

15. Les banques, l'incorporation des banques et l'émission du papier-monnaie.

16. Les caisses d'épargne.

---

[44] **La nouvelle catégorie 1 a été ajoutée par l'*Acte de l'Amérique du Nord britannique (n° 2), 1949*, 13 George VI, ch. 81 (R.-U.). Cette loi et la catégorie 1 ont été abrogées par la *Loi constitutionnelle de 1982*. Le paragraphe 4(2) et la partie V de la *Loi constitutionnelle de 1982* prévoient les matières visées dans la catégorie 1. Texte de la catégorie 1 :**

1. La modification, de temps à autre, de la constitution du Canada, sauf en ce qui concerne les matières rentrant dans les catégories de sujets que la présente loi attribue exclusivement aux législatures des provinces, ou en ce qui concerne les droits ou privilèges accordés ou garantis, par la présente loi ou par toute autre loi constitutionnelle, à la législature ou au gouvernement d'une province, ou à quelque catégorie de personnes en matière d'écoles, ou en ce qui regarde l'emploi de l'anglais ou du français, ou les prescriptions portant que le parlement du Canada tiendra au moins une session chaque année et que la durée de chaque chambre des communes sera limitée à cinq années, depuis le jour du rapport des brefs ordonnant l'élection de cette chambre; toutefois, le parlement du Canada peut prolonger la durée d'une chambre des communes en temps de guerre, d'invasion ou d'insurrection, réelles ou appréhendées, si cette prolongation n'est pas l'objet d'une opposition exprimée par les votes de plus du tiers des membres de ladite chambre.

[45] **La catégorie 1 a été renuméroté 1A par l'*Acte de l'Amérique du Nord britannique (n° 2), 1949*, 13 George VI, ch. 81 (R.-U.).**

[46] **Ajouté par la *Loi constitutionnelle de 1940*, 3-4 George VI, ch. 36 (R.-U.).**

17. Les poids et mesures.
18. Les lettres de change et les billets promissoires.
19. L'intérêt de l'argent.
20. Les offres légales.
21. La banqueroute et la faillite.
22. Les brevets d'invention et de découverte.
23. Les droits d'auteur.
24. Les Indiens et les terres réservées pour les Indiens.
25. La naturalisation et les aubains.
26. Le mariage et le divorce.
27. La loi criminelle, sauf la constitution des tribunaux de juridiction criminelle, mais y compris la procédure en matière criminelle.
28. L'établissement, le maintien, et l'administration des pénitenciers.
29. Les catégories de sujets expressément exceptés dans l'énumération des catégories de sujets exclusivement assignés par la présente loi aux législatures des provinces.

Et aucune des matières énoncées dans les catégories de sujets énumérés dans le présent article ne sera réputée tomber dans la catégorie des matières d'une nature locale ou privée comprises dans l'énumération des catégories de sujets exclusivement assignés par la présente loi aux législatures des provinces. [47]

POUVOIRS EXCLUSIFS DES LÉGISLATURES PROVINCIALES

Sujets soumis au contrôle exclusif de la législation provinciale

92. Dans chaque province la législature pourra exclusivement faire des lois relatives aux matières tombant dans les catégories de sujets ci-dessous énumérés, savoir :

---

[47] **D'autres lois ont conféré une autorité législative au Parlement. Voir la note en fin d'ouvrage 3 pour les détails.**

1. Abrogé. [48]
2. La taxation directe dans les limites de la province, dans le but de prélever un revenu pour des objets provinciaux;
3. Les emprunts de deniers sur le seul crédit de la province;
4. La création et la tenure des charges provinciales, et la nomination et le paiement des officiers provinciaux;
5. L'administration et la vente des terres publiques appartenant à la province, et des bois et forêts qui s'y trouvent;
6. L'établissement, l'entretien et l'administration des prisons publiques et des maisons de réforme dans la province;
7. L'établissement, l'entretien et l'administration des hôpitaux, asiles, institutions et hospices de charité dans la province, autres que les hôpitaux de marine;
8. Les institutions municipales dans la province;
9. Les licences de boutiques, de cabarets, d'auberges, d'encanteurs et autres licences, dans le but de prélever un revenu pour des objets provinciaux, locaux, ou municipaux;
10. Les travaux et entreprises d'une nature locale, autres que ceux énumérés dans les catégories suivantes :

    a) Lignes de bateaux à vapeur ou autres bâtiments, chemins de fer, canaux, télégraphes et autres travaux et entreprises reliant la province à une autre ou à d'autres provinces, ou s'étendant au-delà des limites de la province;

    b) Lignes de bateaux à vapeur entre la province et tout pays dépendant de l'empire britannique ou tout pays étranger;

    c) Les travaux qui, bien qu'entièrement situés dans la province, seront avant ou après leur exécution déclarés par le parlement du Canada être pour l'avantage général du Canada, ou pour l'avantage de deux ou d'un plus grand nombre des provinces;

---

[48] **La catégorie 1 a été abrogée par la *Loi constitutionnelle de 1982*. Texte de la catégorie 1 :**

1. L'amendement de temps à autre, nonobstant toute disposition contraire énoncée dans le présent acte, de la constitution de la province, sauf les dispositions relatives à la charge de lieutenant-gouverneur:

L'article 45 de la *Loi constitutionnelle de 1982* autorise désormais une législature à adopter des lois pour modifier la constitution de sa province. Les articles 38, 41, 42 et 43 de cette loi autorisent les assemblées législatives à approuver, par des résolutions, certaines autres modifications de la Constitution du Canada.

11. L'incorporation des compagnies pour des objets provinciaux;

12. La célébration du mariage dans la province;

13. La propriété et les droits civils dans la province;

14. L'administration de la justice dans la province, y compris la création, le maintien et l'organisation de tribunaux de justice pour la province, ayant juridiction civile et criminelle, y compris la procédure en matières civiles dans ces tribunaux;

15. L'infliction de punitions par voie d'amende, pénalité, ou emprisonnement, dans le but de faire exécuter toute loi de la province décrétée au sujet des matières tombant dans aucune des catégories de sujets énumérés dans le présent article;

16. Généralement toutes les matières d'une nature purement locale ou privée dans la province.

RESSOURCES NATURELLES NON RENOUVELABLES, RESSOURCES FORESTIÈRES ET ÉNERGIE ÉLECTRIQUE

Compétence provinciale

92A. (1) La législature de chaque province a compétence exclusive pour légiférer dans les domaines suivants :

a) prospection des ressources naturelles non renouvelables de la province;

b) exploitation, conservation et gestion des ressources naturelles non renouvelables et des ressources forestières de la province, y compris leur rythme de production primaire;

c) aménagement, conservation et gestion des emplacements et des installations de la province destinés à la production d'énergie électrique.

Exportation hors des provinces

(2) La législature de chaque province a compétence pour légiférer en ce qui concerne l'exportation, hors de la province, à destination d'une autre partie du Canada, de la production primaire tirée des ressources naturelles non renouvelables et des ressources forestières de la province, ainsi que de la production d'énergie électrique de la province, sous réserve de ne pas adopter de lois autorisant ou prévoyant des disparités de prix ou des disparités dans les exportations destinées à une autre partie du Canada.

Pouvoir du Parlement

(3) Le paragraphe (2) ne porte pas atteinte au pouvoir du Parlement de légiférer dans les domaines visés à ce paragraphe, les dispositions d'une loi du Parlement

CANADA

A Consolidation of

THE CONSTITUTION ACTS 1867 to 1982

DEPARTMENT OF JUSTICE
CANADA

Consolidated as of January 1, 2013

of the Governor General for the Queen and for a Secretary of State, of One Year for Two Years, and of the Province for Canada.

VI. DISTRIBUTION OF LEGISLATIVE POWERS

POWERS OF THE PARLIAMENT

Legislative Authority of Parliament of Canada

91. It shall be lawful for the Queen, by and with the Advice and Consent of the Senate and House of Commons, to make Laws for the Peace, Order, and good Government of Canada, in relation to all Matters not coming within the Classes of Subjects by this Act assigned exclusively to the Legislatures of the Provinces; and for greater Certainty, but not so as to restrict the Generality of the foregoing Terms of this Section, it is hereby declared that (notwithstanding anything in this Act) the exclusive Legislative Authority of the Parliament of Canada extends to all Matters coming within the Classes of Subjects next hereinafter enumerated; that is to say,

1. Repealed. [44]

1A. The Public Debt and Property. [45]

2. The Regulation of Trade and Commerce.

2A. Unemployment insurance. [46]

3. The raising of Money by any Mode or System of Taxation.

4. The borrowing of Money on the Public Credit.

---

[44] **A new class 1 was added by the *British North America (No. 2) Act, 1949*, 13 Geo. VI, c. 81 (U.K.). That Act and class 1 were repealed by the *Constitution Act, 1982*. The matters referred to in class 1 are provided for in subsection 4(2) and Part V of the *Constitution Act, 1982*. As enacted, class 1 read as follows:**

1. The amendment from time to time of the Constitution of Canada, except as regards matters coming within the classes of subjects by this Act assigned exclusively to the Legislatures of the provinces, or as regards rights or privileges by this or any other Constitutional Act granted or secured to the Legislature or the Government of a province, or to any class of persons with respect to schools or as regards the use of the English or the French language or as regards the requirements that there shall be a session of the Parliament of Canada at least once each year, and that no House of Commons shall continue for more than five years from the day of the return of the Writs for choosing the House: provided, however, that a House of Commons may in time of real or apprehended war, invasion or insurrection be continued by the Parliament of Canada if such continuation is not opposed by the votes of more than one-third of the members of such House.

[45] **The original class 1 was re-numbered by the *British North America (No. 2) Act, 1949*, 13 Geo. VI, c. 81 (U.K.), as class 1A.**

[46] **Added by the *Constitution Act, 1940*, 3-4 Geo. VI, c. 36 (U.K.).**

5. Postal Service.

6. The Census and Statistics.

7. Militia, Military and Naval Service, and Defence.

8. The fixing of and providing for the Salaries and Allowances of Civil and other Officers of the Government of Canada.

9. Beacons, Buoys, Lighthouses, and Sable Island.

10. Navigation and Shipping.

11. Quarantine and the Establishment and Maintenance of Marine Hospitals.

12. Sea Coast and Inland Fisheries.

13. Ferries between a Province and any British or Foreign Country or between Two Provinces.

14. Currency and Coinage.

15. Banking, Incorporation of Banks, and the Issue of Paper Money.

16. Savings Banks.

17. Weights and Measures.

18. Bills of Exchange and Promissory Notes.

19. Interest.

20. Legal Tender.

21. Bankruptcy and Insolvency.

22. Patents of Invention and Discovery.

23. Copyrights.

24. Indians, and Lands reserved for the Indians.

25. Naturalization and Aliens.

26. Marriage and Divorce.

27. The Criminal Law, except the Constitution of Courts of Criminal Jurisdiction, but including the Procedure in Criminal Matters.

28. The Establishment, Maintenance, and Management of Penitentiaries.

29. Such Classes of Subjects as are expressly excepted in the Enumeration of the Classes of Subjects by this Act assigned exclusively to the Legislatures of the Provinces.

And any Matter coming within any of the Classes of Subjects enumerated in this Section shall not be deemed to come within the Class of Matters of a local or private Nature comprised in the Enumeration of the Classes of Subjects by this Act assigned exclusively to the Legislatures of the Provinces. [47]

EXCLUSIVE POWERS OF PROVINCIAL LEGISLATURES

Subjects of exclusive Provincial Legislation

92. In each Province the Legislature may exclusively make Laws in relation to Matters coming within the Classes of Subjects next hereinafter enumerated; that is to say,

1. Repealed. [48]
2. Direct Taxation within the Province in order to the raising of a Revenue for Provincial Purposes.
3. The borrowing of Money on the sole Credit of the Province.
4. The Establishment and Tenure of Provincial Offices and the Appointment and Payment of Provincial Officers.
5. The Management and Sale of the Public Lands belonging to the Province and of the Timber and Wood thereon.
6. The Establishment, Maintenance, and Management of Public and Reformatory Prisons in and for the Province.

---

[47] **Legislative authority has been conferred on Parliament by other Acts. For further details, see endnote 3.**

[48] **Class 1 was repealed by the *Constitution Act, 1982*. As enacted, it read as follows:**

1. The Amendment from Time to Time, notwithstanding anything in this Act, of the Constitution of the Province, except as regards the Office of Lieutenant Governor.

Section 45 of the *Constitution Act, 1982* now authorizes legislatures to make laws amending the constitution of the province. Sections 38, 41, 42 and 43 of that Act authorize legislative assemblies to give their approval by resolution to certain other amendments to the Constitution of Canada.

7. The Establishment, Maintenance, and Management of Hospitals, Asylums, Charities, and Eleemosynary Institutions in and for the Province, other than Marine Hospitals.

8. Municipal Institutions in the Province.

9. Shop, Saloon, Tavern, Auctioneer, and other Licences in order to the raising of a Revenue for Provincial, Local, or Municipal Purposes.

10. Local Works and Undertakings other than such as are of the following Classes:

    (*a*) Lines of Steam or other Ships, Railways, Canals, Telegraphs, and other Works and Undertakings connecting the Province with any other or others of the Provinces, or extending beyond the Limits of the Province:

    (*b*) Lines of Steam Ships between the Province and any British or Foreign Country:

    (*c*) Such Works as, although wholly situate within the Province, are before or after their Execution declared by the Parliament of Canada to be for the general Advantage of Canada or for the Advantage of Two or more of the Provinces.

11. The Incorporation of Companies with Provincial Objects.

12. The Solemnization of Marriage in the Province.

13. Property and Civil Rights in the Province.

14. The Administration of Justice in the Province, including the Constitution, Maintenance, and Organization of Provincial Courts, both of Civil and of Criminal Jurisdiction, and including Procedure in Civil Matters in those Courts.

15. The Imposition of Punishment by Fine, Penalty, or Imprisonment for enforcing any Law of the Province made in relation to any Matter coming within any of the Classes of Subjects enumerated in this Section.

16. Generally all Matters of a merely local or private Nature in the Province.

NON-RENEWABLE NATURAL RESOURCES, FORESTRY RESOURCES AND ELECTRICAL ENERGY

Laws respecting non-renewable natural resources, forestry resources and electrical energy

92A. (1) In each province, the legislature may exclusively make laws in relation to

(*a*) exploration for non-renewable natural resources in the province;

LOI MÉDICALE,
R.L.R.Q. c. M-9

MEDICAL ACT,
C.Q.L.R. c. M-9

Québec

© Éditeur officiel du Québec

À jour au 1er juillet 2014
Ce document a valeur officielle.

chapitre M-9

LOI MÉDICALE

Note *La ministre de la Justice est responsable de l'application de la présente loi. Décret 363-2014 du 24 avril 2014, (2014) 146 G.O. 2, 1873.*

SECTION I

DÉFINITIONS

1. Dans la présente loi et dans les règlements adoptés sous son autorité, à moins que le contexte n'indique un sens différent, les termes suivants signifient:

a) «Ordre»: l'Ordre des médecins du Québec constitué par la présente loi;

b) «Conseil d'administration»: le Conseil d'administration de l'Ordre;

c) «médecin» ou «membre de l'Ordre»: quiconque est inscrit au tableau;

d) «permis»: un permis délivré conformément au Code des professions (chapitre C-26) et à la présente loi;

e) (paragraphe abrogé);

f) «établissement»: un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) ou un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5);

f.1) «centre médical spécialisé»: un centre médical spécialisé au sens de l'article 333.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2);

g) «tableau»: la liste des membres en règle de l'Ordre dressée conformément au Code des professions et à la présente loi;

h) «centre de procréation assistée»: un centre au sens de la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée (chapitre A-5.01).

1973, c. 46, a. 1; 1974, c. 65, a. 67; 1992, c. 21, a. 188; 1994, c. 40, a. 369; 1994, c. 23, a. 23; 2006, c. 43, a. 48; 2008, c. 11, a. 212; 2009, c. 30, a. 53.

a) est bachelier ès arts ou ès sciences d'une université du Québec ou d'une autre université dont le diplôme est jugé équivalent par le Conseil d'administration; ou

b) est détenteur d'un diplôme d'études collégiales décerné par le ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie ou une université du Québec ou d'un diplôme jugé équivalent par le Conseil d'administration; et

c) a rempli les conditions et les formalités déterminées par règlement adopté en vertu du paragraphe *c* du premier alinéa de l'article 19.

A également droit à un certificat d'immatriculation une personne qui effectue un stage de formation professionnelle ou qui poursuit des études de spécialité et qui a rempli les conditions et les formalités déterminées par règlement adopté en vertu du paragraphe *c* du premier alinéa de l'article 19.

1973, c. 46, a. 27; 1974, c. 65, a. 75; 1985, c. 21, a. 96; 1988, c. 41, a. 88; 1993, c. 51, a. 72; 1994, c. 16, a. 50; 2000, c. 13, a. 70; 2005, c. 28, a. 195; 2008, c. 11, a. 212; 2013, c. 28, a. 201.

30. Le Conseil d'administration peut révoquer un certificat d'immatriculation conformément aux règlements adoptés en vertu du paragraphe *c* du premier alinéa de l'article 19.

1973, c. 46, a. 28; 2008, c. 11, a. 212.

SECTION VI

EXERCICE DE LA MÉDECINE

31. L'exercice de la médecine consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir chez l'être humain en interaction avec son environnement.

Dans le cadre de l'exercice de la médecine, les activités réservées au médecin sont les suivantes:

1° diagnostiquer les maladies;

2° prescrire les examens diagnostiques;

3° utiliser les techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice;

4° déterminer le traitement médical;

5° prescrire les médicaments et les autres substances;

6° prescrire les traitements;

7° utiliser les techniques ou appliquer les traitements, invasifs ou présentant des risques de préjudice, incluant les interventions esthétiques;

8° exercer une surveillance clinique de la condition des personnes malades dont l'état de santé présente des risques;

© Éditeur officiel du Québec

9° effectuer le suivi de la grossesse et pratiquer les accouchements;

10° décider de l'utilisation des mesures de contention;

11° décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5).

1973, c. 46, a. 29; 2002, c. 33, a. 17; 2009, c. 28, a. 15.

32. *(Abrogé).*

1973, c. 46, a. 30; 2002, c. 33, a. 18.

33. A droit d'obtenir un permis celui qui en fait la demande et qui:

a) est détenteur d'un certificat d'immatriculation;

b) (paragraphe abrogé);

c) (paragraphe abrogé);

d) s'est conformé aux conditions et formalités imposées conformément au Code des professions (chapitre C-26).

Le paragraphe *a* du premier alinéa ne s'applique pas au requérant:

1° dont le diplôme, délivré par un établissement d'enseignement situé hors du Québec, a été reconnu équivalent en application d'un règlement pris en vertu du paragraphe *c* de l'article 93 du Code des professions, sauf si, aux fins de l'obtention de la reconnaissance d'une équivalence, le requérant a dû réussir, en application de ce règlement, un cours ou un stage;

2° à qui le Conseil d'administration a reconnu une équivalence en application d'un règlement pris en vertu du paragraphe *i* de l'article 94 du Code des professions, sauf si, aux fins de l'obtention de la reconnaissance d'une équivalence, le requérant a dû réussir, en application de ce règlement, un cours ou un stage.

1973, c. 46, a. 31; 1994, c. 40, a. 378; 2000, c. 13, a. 71; 2008, c. 11, a. 197.

34. Le Conseil d'administration peut délivrer, aux conditions qu'il détermine, un permis temporaire à toute personne qui ne remplit pas les conditions fixées à l'article 33, mais qui est engagée comme professeur dans le domaine de la santé dans une université du Québec. Ce permis est valable pour la durée de l'engagement de cette personne comme professeur.

1973, c. 46, a. 32; 1994, c. 40, a. 379; 2008, c. 11, a. 212; 2009, c. 35, a. 57.

35. Le Conseil d'administration peut accorder, aux conditions qu'il détermine à toute personne qui ne remplit pas les conditions fixées à l'article 33 un permis restrictif, annuel et renouvelable.

© Éditeur officiel du Québec

Québec

© Éditeur officiel du Québec

Updated to 1 July 2014
This document has official status.

chapter M-9

MEDICAL ACT

Note *The Minister of Justice is entrusted with the application of this Act. Order in Council 363-2014 dated 24 April 2014, (2014) 146 G.O. 2 (French), 1873.*

DIVISION I

DEFINITIONS

1. In this Act and the regulations made thereunder, unless the context indicates a different meaning, the following terms mean:

(a) "Order": the Ordre des médecins du Québec, constituted by this Act;

(b) "board of directors": the board of directors of the Order;

(c) "physician" or "member of the Order": any person entered on the roll;

(d) "permit": a permit issued in accordance with the Professional Code (chapter C-26) and this Act;

(e) (paragraph repealed);

(f) "institution": an institution within the meaning of the Act respecting health services and social services (chapter S-4.2) or within the meaning of the Act respecting health services and social services for Cree Native persons (chapter S-5);

(f.1) "specialized medical centre": a specialized medical centre within the meaning of section 333.1 of the Act respecting health services and social services (chapter S-4.2);

(g) "roll": the list of the members in good standing of the Order, prepared in accordance with the Professional Code and this Act;

(h) "centre for assisted procreation": a centre within the meaning of the Act respecting clinical and research activities relating to assisted procreation (chapter A-5.01).

1973, c. 46, s. 1; 1974, c. 65, s. 67; 1977, c. 5, s. 229; 1992, c. 21, s. 188; 1994, c. 40, s. 369; 1994, c. 23, s. 23; 2006, c. 43, s. 48; 2008, c. 11, s. 212; 2009, c. 30, s. 53.

(b) is the holder of a diploma of college studies awarded by the Minister of Higher Education, Research, Science and Technology or a university of Québec or of a diploma considered equivalent by the board of directors; and

(c) has fulfilled the conditions and formalities determined by regulation under subparagraph *c* of the first paragraph of section 19.

A person serving a professional training period or pursuing specialized studies who has fulfilled the conditions and formalities determined by regulation under subparagraph *c* of the first paragraph of section 19 is also entitled to a registration certificate.

1973, c. 46, s. 27; 1974, c. 65, s. 75; 1985, c. 21, s. 96; 1988, c. 41, s. 88; 1993, c. 51, s. 72; 1994, c. 16, s. 50; 2000, c. 13, s. 70; 2005, c. 28, s. 195; 2008, c. 11, s. 212; 2013, c. 28, s. 201.

30. The board of directors may revoke a registration certificate in accordance with the regulations made under subparagraph *c* of the first paragraph of section 19.

1973, c. 46, s. 28; 2008, c. 11, s. 212.

DIVISION VI

PRACTICE OF MEDICINE

31. The practice of medicine consists in assessing and diagnosing any deficiency in health and in preventing and treating illness to maintain or restore the health of a person in interaction with his environment.

The following activities in the practice of medicine are reserved to physicians:

(1) diagnosing illnesses;

(2) prescribing diagnostic examinations;

(3) using diagnostic techniques that are invasive or entail risks of injury;

(4) determining medical treatment;

(5) prescribing medications and other substances;

(6) prescribing treatment;

(7) using techniques or applying treatments that are invasive or entail risks of injury, including aesthetic procedures;

(8) providing clinical monitoring of the condition of patients whose state of health is problematic;

(9) providing pregnancy care and conducting deliveries;

(10) making decisions as to the use of restraint measures; and

© Éditeur officiel du Québec

(11) deciding to use isolation measures in accordance with the Act respecting health services and social services (chapter S-4.2) and the Act respecting health services and social services for Cree Native persons (chapter S-5).

1973, c. 46, s. 29; 2002, c. 33, s. 17; 2009, c. 28, s. 15.

32. *(Repealed).*

1973, c. 46, s. 30; 2002, c. 33, s. 18.

33. Every person is entitled to obtain a permit who applies therefor and who:

(a) holds a registration certificate;

(b) (subparagraph repealed);

(c) (subparagraph repealed);

(d) has complied with the conditions and formalities imposed under the Professional Code (chapter C-26).

Subparagraph *a* of the first paragraph does not apply to an applicant

(1) holding a diploma awarded by an educational institution situated outside Québec whose equivalence has been recognized under a regulation made under paragraph *c* of section 93 of the Professional Code, unless the applicant was required, under that regulation, to successfully complete a course or training period in order to obtain recognition of the equivalence;

(2) having obtained recognition of an equivalence from the board of directors under a regulation made under paragraph *i* of section 94 of the Professional Code, unless the applicant was required, under that regulation, to successfully complete a course or training period in order to obtain recognition of the equivalence.

1973, c. 46, s. 31; 1994, c. 40, s. 378; 2000, c. 13, s. 71; 2008, c. 11, s. 197.

34. The board of directors may issue, on the conditions it determines, a temporary permit to any person who does not fulfil the conditions prescribed in section 33, but is engaged as a professor of health sciences in a university of Québec. Such permit shall be valid for the term of the engagement of such person as a professor.

1973, c. 46, s. 32; 1994, c. 40, s. 379; 2008, c. 11, s. 212; 2009, c. 35, s. 57.

35. The board of directors may, on the conditions it determines, grant to any person who does not fulfil the conditions prescribed in section 33 a restrictive permit which shall be annual and renewable.

The holder of such permit shall not perform professional acts other than those specifically authorized by his permit.

1973, c. 46, s. 33; 2008, c. 11, s. 212.

36. *(Repealed).*

1973, c. 46, s. 34; 1994, c. 40, s. 380.

© Éditeur officiel du Québec

LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX,
R.L.R.Q. c. S-4.2

AN ACT RESPECTING HEALTH SERVICES AND SOCIAL SERVICES,
C.Q.L.R. c. S-4.2

Québec

© Éditeur officiel du Québec

À jour au 1er juillet 2014
Ce document a valeur officielle.

chapitre S-4.2

LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

PARTIE I

OBJET DE LA LOI ET DROITS DES USAGERS

TITRE I

OBJET

1. Le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie.

Il vise plus particulièrement à:

1° réduire la mortalité due aux maladies et aux traumatismes ainsi que la morbidité, les incapacités physiques et les handicaps;

2° agir sur les facteurs déterminants pour la santé et le bien-être et rendre les personnes, les familles et les communautés plus responsables à cet égard par des actions de prévention et de promotion;

3° favoriser le recouvrement de la santé et du bien-être des personnes;

4° favoriser la protection de la santé publique;

5° favoriser l'adaptation ou la réadaptation des personnes, leur intégration ou leur réintégration sociale;

6° diminuer l'impact des problèmes qui compromettent l'équilibre, l'épanouissement et l'autonomie des personnes;

7° atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population et des différentes régions.

1991, c. 42, a. 1; 1999, c. 40, a. 269.

2. Afin de permettre la réalisation de ces objectifs, la présente loi établit un mode d'organisation des ressources humaines, matérielles et financières destiné à:

1° assurer la participation des personnes et des groupes qu'elles forment au choix des orientations, à l'instauration, à l'amélioration, au développement et à l'administration des services;

9. Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitement ou de toute autre intervention.

Le consentement aux soins ou l'autorisation de les prodiguer est donné ou refusé par l'usager ou, le cas échéant, son représentant ou le tribunal, dans les circonstances et de la manière prévues aux articles 10 et suivants du Code civil.

1991, c. 42, a. 9; 1999, c. 40, a. 269.

9.1. *(Remplacé).*

2006, c. 11, a. 3; 2010, c. 38, a. 9.

10. Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être.

Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 102 et 103.

Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans.

1991, c. 42, a. 10.

11. Tout usager a le droit d'être accompagné et assisté d'une personne de son choix lorsqu'il désire obtenir des informations ou entreprendre une démarche relativement à un service dispensé par un établissement ou pour le compte de celui-ci ou par tout professionnel qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement.

1991, c. 42, a. 11.

12. Les droits reconnus à toute personne dans la présente loi peuvent être exercés par un représentant.

Sont présumées être des représentants les personnes suivantes, selon les circonstances et sous réserve des priorités prévues au Code civil:

1° le titulaire de l'autorité parentale de l'usager mineur ou le tuteur de cet usager;

2° le curateur, le tuteur, le conjoint ou un proche parent de l'usager majeur inapte;

3° la personne autorisée par un mandat donné par l'usager majeur inapte antérieurement à son inaptitude;

4° la personne qui démontre un intérêt particulier pour l'usager majeur inapte.

1991, c. 42, a. 12; 1999, c. 40, a. 269.

13. Le droit aux services de santé et aux services sociaux et le droit de choisir le professionnel et l'établissement prévus aux articles 5 et 6, s'exercent en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose.

1991, c. 42, a. 13.

© Éditeur officiel du Québec

Québec

© Éditeur officiel du Québec

Updated to 1 July 2014
This document has official status.

chapter S-4.2

AN ACT RESPECTING HEALTH SERVICES AND SOCIAL SERVICES

PART I

OBJECT OF THE ACT AND RIGHTS OF USERS

TITLE I

OBJECT

1. The health services and social services plan established by this Act aims to maintain and improve the physical, mental and social capacity of persons to act in their community and to carry out the roles they intend to assume in a manner which is acceptable to themselves and to the groups to which they belong.

The plan shall focus mainly on

(1) reducing mortality caused by illness and trauma as well as morbidity, physical disabilities and handicaps;

(2) acting on health and welfare determining factors and developing individual, family and community responsibility in that respect through prevention and promotion;

(3) fostering the recovery of users' health and welfare;

(4) fostering the protection of public health;

(5) fostering the adjustment or rehabilitation of users as well as their social integration or reintegration;

(6) reducing the impact of problems which threaten the stability, fulfilment or autonomy of users;

(7) attaining comparable standards of health and welfare in the various strata of the population and in the various regions.

1991, c. 42, s. 1; 1999, c. 40, s. 269.

2. In order to permit these objectives to be achieved, this Act establishes an organizational structure of human, material and financial resources designed

(1) to ensure the participation of individuals and groups of individuals in the selection of orientations and in the setting up, improvement, development and management of services;

(2) to foster the participation, in the various sectors of activity of the community, of all intervening parties whose action may have an influence on health and welfare;

TITLE II

RIGHTS OF USERS

CHAPTER I

GENERAL PROVISIONS

4. Every person is entitled to be informed of the existence of the health and social services and resources available in his community and of the conditions governing access to such services and resources.

1991, c. 42, s. 4.

5. Every person is entitled to receive, with continuity and in a personalized and safe manner, health services and social services which are scientifically, humanly and socially appropriate.

1991, c. 42, s. 5; 2002, c. 71, s. 3.

6. Every person is entitled to choose the professional or the institution from whom or which he wishes to receive health services or social services.

Nothing in this Act shall restrict the freedom of a professional to accept or refuse to treat a person.

1991, c. 42, s. 6.

7. Every person whose life or bodily integrity is endangered is entitled to receive the care required by his condition. Every institution shall, where requested, ensure that such care is provided.

1991, c. 42, s. 7.

8. Before giving his consent to care concerning him, every user of health services and social services is entitled to be informed of his state of health and welfare and to be acquainted with the various options open to him and the risks and consequences generally associated with each option.

The user is also entitled to be informed, as soon as possible, of any accident having occurred during the provision of services that has actual or potential consequences for the user's state of health or welfare and of the measures taken to correct the consequences suffered, if any, or to prevent such an accident from recurring.

For the purposes of this section and sections 183.2, 233.1, 235.1 and 431 and unless the context indicates otherwise,

"accident" means an action or situation where a risk event occurs which has or could have consequences for the state of health or welfare of the user, a personnel member, a professional involved or a third person.

1991, c. 42, s. 8; 2002, c. 71, s. 4.

9. No person may be made to undergo care of any nature, whether for examination, specimen taking, treatment or any other intervention, except with his consent.

© Éditeur officiel du Québec

Consent to care or the authorization to provide care shall be given or refused by the user or, as the case may be, his representative or the court, in the circumstances and manner provided for in articles 10 and following of the Civil Code.

1991, c. 42, s. 9; 1999, c. 40, s. 269.

9.1. *(Replaced).*

2006, c. 11, s. 3; 2010, c. 38, s. 9.

10. Every user is entitled to participate in any decision affecting his state of health or welfare.

He is entitled, in particular, to participate in the development of his intervention plan or individualized service plan where such plans are required under sections 102 and 103.

The same applies to any modification made to such plans.

1991, c. 42, s. 10.

11. Every user is entitled to be accompanied and assisted by the person of his choice when he wishes to obtain information or take steps in relation to any service provided by an institution or on its behalf or by any professional practising in a centre operated by the institution.

1991, c. 42, s. 11.

12. The rights of any person which are recognized under this Act may be exercised by a representative.

The following persons are presumed to be representatives, according to the circumstances and subject to the priorities provided for in the Civil Code:

(1) the holder of parental authority of a user who is a minor or the user's tutor;

(2) the curator, tutor, spouse or close relative of a user of full age under legal incapacity;

(3) an authorized person mandated by the incapable user of full age before his incapacity;

(4) a person proving that he has a special interest in the user of full age under legal incapacity.

1991, c. 42, s. 12; 1999, c. 40, s. 269.

13. The right to health services and social services and the right to choose a professional and an institution as provided in sections 5 and 6 shall be exercised within the framework of the legislative and regulatory provisions relating to the organizational and operational structure of the institution and within the limits of the human, material and financial resources at its disposal.

1991, c. 42, s. 13.

14. No institution may cease to lodge a user who has been discharged unless his condition allows his return home or his integration into a home, or unless his admission to another institution or any of its intermediate resources or to a family-type resource is assured and the services required by his condition will be provided to him by such institution or resource.

© Éditeur officiel du Québec

LOI CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE, L.Q. 2014, c. 2

AN ACT RESPECTING END-OF-LIFE CARE, S.Q. 2014, c. 2

ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION — QUARANTE ET UNIÈME LÉGISLATURE

Projet de loi n° 52
(2014, chapitre 2)

Loi concernant les soins de fin de vie

Présenté le 22 mai 2014
Principe adopté le 22 mai 2014
Adopté le 5 juin 2014
Sanctionné le 10 juin 2014

Éditeur officiel du Québec
2014

Projet de loi nº 52

LOI CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE

LE PARLEMENT DU QUÉBEC DÉCRÈTE CE QUI SUIT :

TITRE I

OBJET DE LA LOI

1. La présente loi a pour but d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie. À cette fin, elle précise les droits de ces personnes de même que l'organisation et l'encadrement des soins de fin de vie de façon à ce que toute personne ait accès, tout au long du continuum de soins, à des soins de qualité adaptés à ses besoins, notamment pour prévenir et apaiser ses souffrances.

De plus, la présente loi reconnaît la primauté des volontés relatives aux soins exprimées clairement et librement par une personne, notamment par la mise en place du régime des directives médicales anticipées.

TITRE II

SOINS DE FIN DE VIE

CHAPITRE I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

2. Les principes suivants doivent guider la prestation des soins de fin de vie :

1° le respect de la personne en fin de vie et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer chacun des gestes posés à son endroit;

2° la personne en fin de vie doit, en tout temps, être traitée avec compréhension, compassion, courtoisie et équité, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité;

3° les membres de l'équipe de soins responsable d'une personne en fin de vie doivent établir et maintenir avec elle une communication ouverte et honnête.

3. Aux fins de l'application de la présente loi, on entend par :

1° « établissement » tout établissement visé par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) qui exploite un centre local de services communautaires, un centre hospitalier ou un centre d'hébergement et de soins de longue durée, de même que le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James institué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5);

2° « maison de soins palliatifs » un organisme communautaire titulaire d'un agrément délivré par le ministre en vertu du deuxième alinéa de l'article 457 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et ayant conclu une entente en vertu de l'article 108.3 de cette loi avec un établissement en vue d'obtenir tout ou partie des soins requis par les personnes en fin de vie qui utilisent ses services;

3° « soins de fin de vie » les soins palliatifs offerts aux personnes en fin de vie et l'aide médicale à mourir;

4° « soins palliatifs » les soins actifs et globaux dispensés par une équipe interdisciplinaire aux personnes atteintes d'une maladie avec pronostic réservé, dans le but de soulager leurs souffrances, sans hâter ni retarder la mort, de les aider à conserver la meilleure qualité de vie possible et d'offrir à ces personnes et à leurs proches le soutien nécessaire;

5° « sédation palliative continue » un soin offert dans le cadre des soins palliatifs consistant en l'administration de médicaments ou de substances à une personne en fin de vie dans le but de soulager ses souffrances en la rendant inconsciente, de façon continue, jusqu'à son décès;

6° « aide médicale à mourir » un soin consistant en l'administration de médicaments ou de substances par un médecin à une personne en fin de vie, à la demande de celle-ci, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès.

CHAPITRE II

DROITS DES PERSONNES RELATIFS AUX SOINS DE FIN DE VIE

4. Toute personne, dont l'état le requiert, a le droit de recevoir des soins de fin de vie, sous réserve des exigences particulières prévues par la présente loi.

Ces soins lui sont offerts dans une installation maintenue par un établissement, dans les locaux d'une maison de soins palliatifs ou à domicile.

Les dispositions du présent article s'appliquent en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement des établissements, des orientations, des politiques et des approches des maisons de soins palliatifs ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont ils disposent. Elles complètent celles de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et celles de la Loi sur les services

23. Une personne autorisée par écrit par le ministre ou, le cas échéant, par une agence à faire une inspection ne peut être poursuivie en justice pour une omission ou un acte accompli de bonne foi dans l'exercice de ses fonctions.

CHAPITRE IV

EXIGENCES PARTICULIÈRES RELATIVES À CERTAINS SOINS DE FIN DE VIE

SECTION I

SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE

24. Avant d'exprimer son consentement à la sédation palliative continue, la personne en fin de vie ou, le cas échéant, la personne qui peut consentir aux soins pour elle doit entre autres être informée du pronostic relatif à la maladie, du caractère irréversible de ce soin et de la durée prévisible de la sédation.

Le médecin doit en outre s'assurer du caractère libre du consentement, en vérifiant entre autres qu'il ne résulte pas de pressions extérieures.

Le consentement à la sédation palliative continue doit être donné par écrit au moyen du formulaire prescrit par le ministre et être conservé dans le dossier de la personne.

25. Lorsque la personne qui consent à la sédation palliative continue ne peut dater et signer le formulaire visé à l'article 24 parce qu'elle ne sait pas écrire ou qu'elle en est incapable physiquement, un tiers peut le faire en présence de cette personne. Le tiers ne peut faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne et ne peut être un mineur ou un majeur inapte.

SECTION II

AIDE MÉDICALE À MOURIR

26. Seule une personne qui satisfait à toutes les conditions suivantes peut obtenir l'aide médicale à mourir :

1° elle est une personne assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29);

2° elle est majeure et apte à consentir aux soins;

3° elle est en fin de vie;

4° elle est atteinte d'une maladie grave et incurable;

5° sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;

6° elle éprouve des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables.

La personne doit, de manière libre et éclairée, formuler pour elle-même la demande d'aide médicale à mourir au moyen du formulaire prescrit par le ministre. Ce formulaire doit être daté et signé par cette personne.

Le formulaire est signé en présence d'un professionnel de la santé ou des services sociaux qui le contresigne et qui, s'il n'est pas le médecin traitant de la personne, le remet à celui-ci.

27. Lorsque la personne qui demande l'aide médicale à mourir ne peut dater et signer le formulaire visé à l'article 26 parce qu'elle ne sait pas écrire ou qu'elle en est incapable physiquement, un tiers peut le faire en présence de cette personne. Le tiers ne peut faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne et ne peut être un mineur ou un majeur inapte.

28. Une personne peut, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande d'aide médicale à mourir.

Elle peut également, en tout temps et par tout moyen, demander à reporter l'administration de l'aide médicale à mourir.

29. Avant d'administrer l'aide médicale à mourir, le médecin doit :

1° être d'avis que la personne satisfait à toutes les conditions prévues à l'article 26, notamment :

a) en s'assurant auprès d'elle du caractère libre de sa demande, en vérifiant entre autres qu'elle ne résulte pas de pressions extérieures;

b) en s'assurant auprès d'elle du caractère éclairé de sa demande, notamment en l'informant du pronostic relatif à la maladie, des possibilités thérapeutiques envisageables et de leurs conséquences;

c) en s'assurant de la persistance de ses souffrances et de sa volonté réitérée d'obtenir l'aide médicale à mourir, en menant avec elle des entretiens à des moments différents, espacés par un délai raisonnable compte tenu de l'évolution de son état;

d) en s'entretenant de sa demande avec des membres de l'équipe de soins en contact régulier avec elle, le cas échéant;

e) en s'entretenant de sa demande avec ses proches, si elle le souhaite;

2° s'assurer que la personne a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'elle souhaitait contacter;

NATIONAL ASSEMBLY

FIRST SESSION FORTY-FIRST LEGISLATURE

Bill 52
(2014, chapter 2)

An Act respecting end-of-life care

Introduced 22 May 2014
Passed in principle 22 May 2014
Passed 5 June 2014
Assented to 10 June 2014

Québec Official Publisher
2014

Bill 52

AN ACT RESPECTING END-OF-LIFE CARE

THE PARLIAMENT OF QUÉBEC ENACTS AS FOLLOWS:

TITLE I

PURPOSE OF ACT

1. The purpose of this Act is to ensure that end-of-life patients are provided care that is respectful of their dignity and their autonomy. The Act establishes the rights of such patients as well as the organization of and a framework for end-of-life care so that everyone may have access, throughout the continuum of care, to quality care that is appropriate to their needs, including prevention and relief of suffering.

In addition, the Act recognizes the primacy of freely and clearly expressed wishes with respect to care, in particular by establishing an advance medical directives regime.

TITLE II

END-OF-LIFE CARE

CHAPTER I

GENERAL PROVISIONS

2. The provision of end-of-life care is to be guided by the following principles:

(1) respect for end-of-life patients and recognition of their rights and freedoms must inspire every act performed in their regard;

(2) end-of-life patients must be treated, at all times, with understanding, compassion, courtesy and fairness, and with respect for their dignity, autonomy, needs and safety; and

(3) the healthcare team providing care to end-of-life patients must establish and maintain open and transparent communication with them.

3. For the purposes of this Act,

(1) "institution" means any institution governed by the Act respecting health services and social services (chapter S-4.2) that operates a local community service centre, a hospital centre or a residential and long-term care centre, as well as the Cree Board of Health and Social Services of James Bay established under the Act respecting health services and social services for Cree Native persons (chapter S-5);

(2) "palliative care hospice" means a community organization that holds an accreditation granted by the Minister under the second paragraph of section 457 of the Act respecting health services and social services and has entered into an agreement with an institution under section 108.3 of that Act in order to secure all or some of the care required by its users;

(3) "end-of-life care" means palliative care provided to end-of-life patients and medical aid in dying;

(4) "palliative care" means the total and active care delivered by an interdisciplinary team to patients suffering from a disease with reserved prognosis, in order to relieve their suffering, without delaying or hastening death, maintain the best quality of life possible and provide them and their close relations the support they need;

(5) "continuous palliative sedation" means care that is offered as part of palliative care and consists in administering medications or substances to an end-of-life patient to relieve their suffering by rendering them unconscious without interruption until death ensues; and

(6) "medical aid in dying" means care consisting in the administration by a physician of medications or substances to an end-of-life patient, at the patient's request, in order to relieve their suffering by hastening death.

CHAPTER II

RIGHTS WITH RESPECT TO END-OF-LIFE CARE

4. Every person whose condition requires it has the right to receive end-of-life care, subject to the specific requirements established by this Act.

Such care is provided to the person in a facility maintained by an institution, in a palliative care hospice or at home.

This section applies within the framework of the legislative and regulatory provisions relating to the organizational and operational structure of institutions and the policy directions, policies and approaches of palliative care hospices and within the limits of the human, material and financial resources at their disposal. It complements the provisions of the Act respecting health services and social services and of the Act respecting health services and social services for Cree Native persons that relate to the rights of users and beneficiaries.

CHAPTER IV

SPECIAL REQUIREMENTS FOR CERTAIN END-OF-LIFE CARE

DIVISION I

CONTINUOUS PALLIATIVE SEDATION

24. Before giving consent to continuous palliative sedation, an end-of-life patient or, where applicable, the person who may give consent to care on behalf of the patient must among other things be informed of the prognosis for the illness, the irreversible nature of the sedation and the anticipated duration of the sedation.

In addition, the physician must make sure that the request is being made freely, in particular by ascertaining that it is not being made as a result of external pressure.

Consent to continuous palliative sedation must be given in writing on the form prescribed by the Minister and be filed in the patient's record.

25. If the patient giving consent to continuous palliative sedation cannot date and sign the form referred to in section 24 because the patient cannot write or is physically incapable of doing so, a third person may do so in the patient's presence. The third person may not be a member of the team responsible for caring for the patient, a minor or a person of full age incapable of giving consent.

DIVISION II

MEDICAL AID IN DYING

26. Only a patient who meets all of the following criteria may obtain medical aid in dying:

(1) be an insured person within the meaning of the Health Insurance Act (chapter A-29);

(2) be of full age and capable of giving consent to care;

(3) be at the end of life;

(4) suffer from a serious and incurable illness;

(5) be in an advanced state of irreversible decline in capability; and

(6) experience constant and unbearable physical or psychological suffering which cannot be relieved in a manner the patient deems tolerable.

The patient must request medical aid in dying themselves, in a free and informed manner, by means of the form prescribed by the Minister. The form must be dated and signed by the patient.

The form must be signed in the presence of and countersigned by a health or social services professional; if the professional is not the attending physician, the signed form is to be given by the professional to the attending physician.

27. If the patient requesting medical aid in dying cannot date and sign the form referred to in section 26 because the patient cannot write or is physically incapable of doing so, a third person may do so in the patient's presence. The third person may not be a member of the team responsible for caring for the patient, a minor or a person of full age incapable of giving consent.

28. A patient may, at any time and by any means, withdraw their request for medical aid in dying.

A patient may also, at any time and by any means, request that the administration of medical aid in dying be put off.

29. Before administering medical aid in dying, the physician must

(1) be of the opinion that the patient meets all the criteria of section 26, after, among other things,

(*a*) making sure that the request is being made freely, in particular by ascertaining that it is not being made as a result of external pressure;

(*b*) making sure that the request is an informed one, in particular by informing the patient of the prognosis for the illness and of other therapeutic possibilities and their consequences;

(*c*) verifying the persistence of suffering and that the wish to obtain medical aid in dying remains unchanged, by talking with the patient at reasonably spaced intervals given the progress of the patient's condition;

(*d*) discussing the patient's request with any members of the care team who are in regular contact with the patient; and

(*e*) discussing the patient's request with the patient's close relations, if the patient so wishes;

(2) make sure that the patient has had the opportunity to discuss the request with the persons they wished to contact; and

(3) obtain the opinion of a second physician confirming that the criteria set out in section 26 have been met.