Lessons learned from physician participation in lethal injection: Is *Carter v. Canada* a death knell for medical self-regulation?

Joel B. Zivot, MD · Kenneth Arenson, JD

Received: 27 October 2015 / Revised: 20 November 2015 / Accepted: 16 December 2015 / Published online: 6 January 2016
© Canadian Anesthesiologists' Society 2016

In this issue of the *Journal*, Mottiar, Grant, and McVey¹ ponder implications of the 2015 Supreme Court of Canada (SCC) decision in *Carter v. Canada*² that decriminalized physician-assisted death (PAD). We contend that this decision is very troubling for the independence of the profession of medicine, but not because of the legal rightness or wrongness of assisted death. Absent thoughtful regulations, *Carter* may be corrosive to the self-regulated nature of the profession of medicine.

In their article, Mottiar *et al.*¹ refer to the case of lethal injection. As a portent, lethal injection in the United States (US) unambiguously shows the results of rulings such as *Carter*, striking the heart of self-regulation and exposing the conflict occurring when state and professional interests collide. The state has the stick, the law, while the profession has nothing beyond its existential notion of itself and the goodwill of the public. If the medical profession imagined that it had immunity to state power, *Carter* demonstrates that real power is at the behest of the state to grant or revoke. It is a bitter realization, and the loser here will be the public good unless safeguarded by regulatory schemes under development.

The SCC suspended its *Carter* ruling for one year to allow for a regulatory response. This is under development among the provinces, but time may run out unless leeway is granted by the SCC. Those developing legislation could protect against the weakening of self-regulation. Unless the

path is altered, the arc of the story, which begins with the oath by medical professionals to “first do no harm”, will end with the doctors empowered to offer death as a “treatment”.

Carter came to the courts as an attack on the section in the criminal code proscribing assisted death. The assumption here was that physicians would be willing to assist in the death without consideration of alternatives. It is not essential to the decision or to the SCC’s reasoning that physicians must assist in the euthanasia. Another group trained to assist in the death, call them euthanists³ for now, could obviate the need for physician assistance. *Carter* is one more in a long line of cases placing patient autonomy at the apex of the decision tree of treatment or no treatment. Under common law in Canada, only the patient or his substitute decision maker can decide to cease life-sustaining measures in the intensive care unit (ICU), never the intensivist. Families usually listen to professional advice when considerate of their end of life beliefs and practices. Courts will enjoin a hospital to continue life support whose ICU physician vows to discontinue treatment without consent.⁴ Indeed, the withdrawal of treatment *is* treatment, the SCC ruled in *Cuthbertson v. Rasouli*.^{5,6}

Autonomy belongs to the patient and, like a liberty or a freedom, no one has the right to object. Since the SCC’s recent *Carter* ruling, autonomy extends to the choice to actively seek death if the *Carter* conditions are present:

“...the person has a grievous and irremediable condition (including an illness, disease or disability) that causes enduring suffering that is intolerable to the individual in the circumstances of his or her condition.”²

Professional medical practice ranges from moral to technical in scope. Provinces create medical practice acts,

J. B. Zivot, MD (✉)
Department of Anesthesiology, Emory University School of
Medicine, 1364, Clifton Road NE, Atlanta, GA 30322, USA
e-mail: joel.zivot@emoryhealthcare.org

K. Arenson, JD
Kenneth Arenson Professional Corporation, Attorney, 588
Spadina Ave, Toronto, ON M5S2H2, Canada

for example, *The Medical Act* in Manitoba,⁷ and the *Regulated Health Professions Act* for Ontario,⁸ which provide administrative frameworks through physician colleges. Provincial physician colleges intend public protection from harmful and fraudulent activities scattered around the edges of what doctors do. Colleges grant licensure to physicians, allowing doctors to turn what they know into what they may do. The medical license is the seal of approval that transforms the tapestry of complex medical activity into a service worth buying. It relieves the public's burden of wondering if the offered elixir is merely snake oil. Provincial colleges are comprised of physicians and members of the lay public who, in exchange for self-regulation, owe a duty to protect the public from harm resulting from improper conduct by doctors.⁹ All self-regulated professions work this way.

Self-regulation assumes that only practitioners can understand, and therefore regulate, the standard of practice. Indeed, elected officials fulfill their duty by deferring to medical colleges. In the Canadian single-payer healthcare system, the government pays physicians, but the government does not set the standard of practice, only the rate of remuneration. The *Canada Health Act*¹⁰ requires a public authority to administer healthcare on a nonprofit basis. It is false to claim that physicians are public officials as physicians do not practice medicine according to government-generated policy. The government is neither qualified nor capable of setting practice standards beyond the negotiated rate of pay for services generated by practicing physicians.

In the US, the clash between state interests and medical opinion or medical board activity continues to be adjudicated around the issues arising out of killing by lethal injection. Recently,¹¹ the debate has focused on medical opinion that the prisoner is too ill to be executed painlessly, as required by the Eighth amendment of the US constitution that requires punishment to be not "needlessly cruel".¹² Lethal injection, first proposed by doctors,¹³ was the perfect answer to the 8th amendment with the original three-drug cocktail that was the sequential intravenous injection of sodium thiopental, followed by pancuronium bromide and finally potassium chloride. The paralytic always assured that outwardly death was quiet and peaceful, even if, inadvertently, it was death by suffocation. In *Baze v. Rees*, the Supreme Court of the United States (SCOTUS) upheld the constitutionality of lethal injection execution in capital punishment.¹⁴ *Baze* is important because it reasons that, if capital punishment is constitutional, a method must be available to carry it out. What we consider cruel changes contemporaneously with the evolution and development of civil society. In execution, the only real way to measure cruelty is from the perspective of the observer as the now dead inmate

would be unable to comment. Use of lethal injection has begun to unravel, not because of moral objection, but rather because of drug shortages.¹⁵ Alternatives to the original three-drug cocktail have frantically come forward and as a result, for the first time, lethal injection executions have alarmed observers with the condemned crying out and struggling as they lay dying.¹⁶

These cases are not immediately relevant to the *Carter* dilemma. In 2009, however, a most important case to the present Canadian context was decided in North Carolina (NC) that concerns medical board regulatory activity. The NC department of corrections went to court to challenge the NC medical board's threat of disciplinary proceedings against any physician who agreed to participate in an execution by lethal injection.¹⁷

The American Medical Association¹⁸ and the American Board of Anesthesiology¹⁹ have statements objecting to physician assistance in capital punishment. In response, states pass secrecy laws shielding doctors willing to participate.²⁰ When they have prior knowledge, medical boards and professional medical societies have warned of disciplinary proceedings to forestall such physician activity – and rightly so – but when put before the courts, the medical board loses. This occurred in NC when the warden was unable to hire physicians to attend the execution to monitor the prisoner and pronounce death for fear they would face such disciplinary charges. The NC Department of Corrections sued the medical board and won a declaration that it must walk back its threat.²¹ On appeal to the NC Supreme Court (NCSC), anticipating the path adopted by SCOTUS in *Baze*, the state high court reasoned that, if lethal injection is legal, physician participation must also be legal. The majority of the NCSC upheld the trial decision by claiming to find a distinction between "mere participation in the execution", which medical practice the court ruled could not be proscribed by the medical board, while at the same time, the NCSC opined that the medical board "would retain disciplinary power over a licensed medical doctor who participates in an execution". A physician's practices at an execution that the board retains power to regulate are not defined. The meaning is wrung out of "participation" because:

"To allow defendant to discipline its licensees for mere participation would elevate the created Medical Board over the creator General Assembly."²²

The interest of the state trumps the interest of the profession every time, and the accepted meaning of words will not stand in the way. The principle of *Department of Corrections v. Medical Board [N.C.]* likely will be argued in Canada in analogous circumstances citing *Carter*, objecting to any restraints on PAD by provincial colleges.

Medical-associated killing is ambiguous, mixed up in the blender of language about the reduction of suffering; the resulting product leaves a peculiar aftertaste. It is the job of the court not only to influence but also to reflect public opinion. *Carter* implies that the Canadian public wants access to death in a manner that they believe doctors can provide. The public may believe that killing is healing even though the profession has classically objected to that claim. The public may also believe that suicide is a right and the corollary duty falls on the medical profession. In fact, suicide is a freedom and confers no obligation on doctors. In Canada, the profession of medicine would more likely claim that killing is not healing, and the colleges would therefore seek to discipline physicians engaging in such actions. The spectre of a legal action to overturn such a college provision would directly challenge the self-regulation of the practice of medicine. *Carter* enables the provincial or federal government to regulate physicians directly in a manner that could seriously compromise the public good. Medical practices possess extraordinary power with respect to both life and death, and the use of that power by a government for its own political needs is a corrosive and dangerous policy. Furthermore, PAD is not practiced in an objective and scientific manner, even where it is legal. This was seen in the ETHICUS study,²³ a prospective observational study on end-of-life practices in 37 ICUs from 17 European countries. The study showed that the decision to terminate life support (including in one jurisdiction where the practice was legal) often depended on non-medical criteria such as geographic and religious factors.

In the US, certain actions by physicians are legally protected and held secret within the state's interests and therefore exempt from medical board scrutiny. In Canada, secrecy laws around PAD practices do not yet exist, but by decriminalizing PAD, medical colleges wanting to restrict the practice of PAD may not prevail in a court challenge. How then to deal with a public demand for assisted death and the SCC acknowledgement of such a freedom? A new non-physician technician specialty in assisted death (i.e., *euthanist*) could be established for their clients who meet the *Carter* test – it is beyond the scope of this editorial to unpack this proposal.

Secrecy or claims that the state or provincial interest supersedes college authority undermine medical professionalism, squelch public scrutiny, and interfere with the evolution and maturation of medical practices in civil society. The profession of medicine has gained self-regulation and, in exchange, guarantees public protection. Unless the new regulations provide a bulwark, it is conceivable that *Carter* will bluntly set that aside, and we are all correspondingly less safe as a consequence.

Leçons que nous pouvons tirer de la participation médicale à l'injection létale: la cause *Carter c. Canada* sonne-t-elle le glas de l'autorégulation médicale?

Dans ce numéro du *Journal*, Mottiar, Grant et McVey¹ réfléchissent aux implications de la décision de la Cour suprême du Canada (CSC) de 2015 dans la cause *Carter c. Canada*,² qui décriminalise l'aide médicale à mourir (AMM). Selon nous, cette décision est très inquiétante pour l'indépendance de la profession médicale – mais cela n'a rien à voir avec une notion légale du bien ou du mal fondé de l'AMM. En l'absence de toute réglementation raisonnée, la cause *Carter* pourrait corroder la nature autorégulée de la profession médicale.

Dans leur article, Mottiar *et coll.*¹ font une analogie avec le cas de l'injection létale. L'exemple de l'injection létale aux États-Unis peut être interprété comme un présage de ce qui nous attend à la suite de décisions telles que celle de la Cour dans la cause *Carter*. En effet, cet exemple montre, sans ambiguïté aucune, que l'autorégulation vient d'être touchée au cœur; d'autre part, il expose également le conflit qui se manifeste lorsque les intérêts de l'État et ceux d'une profession entrent en collision. L'État détient le bâton, la Loi, alors que la profession n'a rien, si ce n'est sa notion existentielle de soi-même et le bon-vouloir du public. Si la profession médicale s'imaginait qu'elle était à l'abri du pouvoir de l'État, la cause *Carter* démontre sans équivoque que l'État peut accorder ou révoquer le pouvoir véritable. Cette prise de conscience est difficile, et le bien public sera le grand perdant, à moins qu'il ne soit épargné par les projets de régulation en cours de développement.

La CSC a suspendu sa décision dans la cause *Carter* pour un an, de façon à permettre aux instances régulatrices de se retourner et de créer un cadre pour l'AMM. Ce cadre est en cours de développement dans les provinces, mais le temps pourrait venir à manquer à moins que la CSC ne leur accorde un délai supplémentaire. Les instances mettant au point la législation ont le pouvoir de contrer l'affaiblissement de l'autorégulation. Si rien n'est fait pour modifier la trajectoire sur laquelle la décision de la Cour nous a placé, alors, la Grande Histoire, celle qui commence par le serment des professionnels de la médecine d'« Avant tout, ne pas nuire », se terminera par des médecins ayant le pouvoir de proposer la mort comme « traitement ».

La cause *Carter* est passée devant la Cour pour fustiger la section du Code criminel interdisant l'aide à mourir. La présomption, ici, étant que les médecins seraient d'accord d'aider leurs patients à mourir sans envisager d'alternatives. Que les médecins aient l'obligation d'aider à l'euthanasie n'a aucun poids ni dans la décision, ni dans le raisonnement de la CSC. Un autre groupe de personnes formées à l'aide à mourir, que nous nommerons 'euthanistes'³ pour l'instant, pourraient rendre superflue l'aide des médecins. La cause *Carter* s'ajoute à la longue liste de cas plaçant l'autonomie des patients à la cime de toute décision de traitement ou de non-traitement. Selon la common law, au Canada, seul le patient ou la personne s'y substituant pour prendre les décisions peut décider d'interrompre les mesures de maintien de la vie à l'unité des soins intensifs (USI) – jamais l'intensiviste. La plupart du temps, les familles suivent l'avis professionnel qui leur est donné lorsque ce dernier tient compte de leurs croyances et pratiques de fin de vie. Un tribunal peut forcer un hôpital à maintenir les fonctions vitales d'un patient lorsque son médecin promet d'interrompre le traitement sans consentement.⁴ En effet, le retrait ou l'interruption d'un traitement *est* un traitement, selon la décision de la CSC dans la cause *Cuthbertson c. Rasouli*.^{5,6}

L'autonomie appartient au patient et, comme toute liberté, personne ne peut s'y opposer. Depuis la décision récente de la CSC dans la cause *Carter*, cette autonomie s'étend désormais au choix de rechercher activement la mort si les conditions énumérées dans la cause *Carter* sont remplies:

« ... la personne souffre de problèmes de santé graves et irrémédiables (y compris une affection, une maladie ou un handicap) lui causant des souffrances persistantes qui lui sont intolérables au regard de sa condition. »²

Le champ de la pratique médicale professionnelle recoupe des aspects moraux tout comme d'autres aspects techniques. Les provinces rédigent des lois sur la pratique médicale, par exemple, la *Loi médicale* du Manitoba,⁷ ou la *Loi sur les professions de la santé réglementées* en Ontario⁸; ces lois procurent des cadres administratifs par le biais des Collèges de médecins. Les Collèges de médecins provinciaux ont pour but de protéger le grand public de toute activité nocive ou frauduleuse qui prend place dans la périphérie du travail des médecins. Les Collèges accordent les permis de pratique aux médecins, permettant à ces derniers d'appliquer leurs connaissances en pratique. Le permis d'exercice de la médecine constitue le sceau d'approbation qui transforme toute activité médicale complexe en un service digne d'achat. Cela soulage le fardeau du public, qui n'a plus besoin de se demander si la potion offerte n'est pas juste de la poudre de perlimpinpin.

Les Collèges provinciaux sont composés de médecins et de membres du grand public qui, en échange de l'autorégulation, ont le devoir de protéger le public de tout mal résultant de la mauvaise conduite d'un médecin.⁹ Toutes les professions autorégulées fonctionnent de la même façon.

L'autorégulation se fonde sur le fait que seuls les praticiens peuvent comprendre, et donc réguler, la norme de leur pratique. Par exemple, nos élus remplissent leurs devoirs en s'en remettant aux Collèges médicaux. Dans le système de soins de santé canadien où il n'y a qu'un payeur, le gouvernement paie les médecins; toutefois, le gouvernement n'établit pas la norme de pratique, seulement le taux de rémunération. La *Loi canadienne sur la santé*¹⁰ exige qu'une autorité publique administre les soins de santé sur une base sans but lucratif. Il est donc faux de considérer les médecins comme des fonctionnaires, étant donné qu'ils ne pratiquent pas la médecine selon des politiques établies par le gouvernement. Le gouvernement n'est ni qualifié pour, ni capable d'établir des normes de pratique au-delà du taux négocié de paiement pour les services rendus par les médecins praticiens.

Aux États-Unis, le clivage entre les intérêts de l'État et l'opinion médicale ou l'activité des Conseils médicaux continue d'être jugé autour des questions découlant de la mise à mort par injection létale. Récemment,¹¹ le débat s'est concentré sur l'opinion médicale selon laquelle le prisonnier est trop malade pour être exécuté sans douleur, comme le stipule le Huitième Amendement de la Constitution des États-Unis, qui exige que la punition ne soit pas « inutilement cruelle ». ¹² L'injection létale, proposée à l'origine par des médecins,¹³ constituait la réponse idéale au 8^{ème} Amendement. Le cocktail original était composé de trois médicaments, soit l'injection intraveineuse séquentielle de thiopental sodique, suivi de bromure de pancuronium et de chlorure de potassium. L'agent paralytique garantissait que la mort était, en apparence, calme et paisible, même si c'était par inadvertance une mort par suffocation. Dans la cause de *Baze c. Rees*, la Cour suprême des États-Unis (CSEU) a maintenu la constitutionnalité de l'exécution par injection létale pour la peine de mort.¹⁴ La cause *Baze* est importante en ce qu'elle raisonne que, si la peine de mort est constitutionnelle, alors il doit exister une façon, constitutionnelle elle aussi, de la mettre à exécution. Ce que nous considérons comme cruel change en même temps que la société civile évolue et se développe. Dans le cas d'une exécution, la seule façon de mesurer la cruauté est du point de vue de l'observateur, étant donné que le prisonnier, à présent mort, ne peut donner son avis. L'utilisation de l'injection létale commence à périliter – non pas pour des raisons morales, mais en raison de pénuries de médicaments.¹⁵ Des alternatives au cocktail original de trois agents ont frénétiquement été proposées et,

du coup, pour la première fois, les exécutions par injection létale ont alarmé les observateurs: certains condamnés se sont mis à crier et se débattre alors qu'ils étaient en train de mourir.¹⁶

Ces cas ne sont pas immédiatement pertinents au dilemme rencontré dans la cause *Carter*. En 2009 toutefois, un cas très important pour le contexte canadien actuel a été décidé en Caroline du Nord, et il touche l'activité régulatrice du Conseil médical. Le département correctionnel de Caroline du Nord est allé en Cour pour contester la menace de mesures disciplinaires du Conseil médical de Caroline du Nord contre tout médecin consentant à participer à une exécution par injection létale.¹⁷

L'Association médicale américaine¹⁸ (*American Medical Association*) et l'*American Board of Anesthesiology*¹⁹ ont publié des déclarations selon lesquelles ils s'opposent à l'assistance d'un médecin pour la peine de mort. En réponse à ces déclarations, les États passent des lois sur la protection du secret visant à protéger les médecins consentant à participer.²⁰ Lorsqu'ils sont au courant, les Conseils de médecins et sociétés médicales professionnelles ont menacé les médecins de mesures disciplinaires afin de les empêcher d'exercer une telle activité – et à juste titre – mais, lorsque ces cas sont présentés devant une cour, le Conseil médical perd sa cause. C'est ce qui s'est passé en Caroline du Nord lorsque le directeur de la prison n'a pas pu engager de médecin pour assister à l'exécution pour surveiller les signes vitaux du prisonnier et annoncer le décès de peur que le médecin ne fasse face à de telles mesures disciplinaires. Le département correctionnel de Caroline du Nord a poursuivi le Conseil médical et gagné une déclaration selon laquelle le Conseil doit revenir sur sa menace.²¹ En appel à la Cour suprême de Caroline du Nord, anticipant la voie adoptée par la Cour suprême des États-Unis dans la cause *Baze*, la Cour suprême de l'État a raisonné que, si l'injection létale est légale, alors la participation d'un médecin doit l'être aussi. La majorité de la Cour suprême de Caroline du Nord a maintenu la décision de la Cour en déclarant qu'il existait une distinction entre une « simple participation à l'exécution », une pratique médicale qui, selon la décision de la Cour, ne pouvait pas être interdite par le Conseil médical, alors que la Cour suprême, dans le même temps, était d'avis que le Conseil médical « retiendrait son pouvoir disciplinaire sur un docteur en médecine certifié qui participe à une exécution ». Les pratiques d'un médecin qui peuvent être régulées par le Conseil lors d'une exécution ne sont pas définies. La signification est arrachée du terme « participation » parce que:

« De permettre au défendant d'imposer des mesures disciplinaires aux personnes auxquelles il a accordé un

permis de pratique pour une simple participation [à l'exécution] élèverait le Conseil médical, soit le créé, plus haut que le créateur, soit l'Assemblée générale. »²²

L'intérêt de l'État l'emporte toujours sur l'intérêt de la profession, et la signification acceptée d'un mot ne suffira jamais à lui barrer la route. Le principe sous-jacent à la cause *Département correctionnel c. Conseil médical* en Caroline du Nord sera probablement disputé dans des discussions semblables mais portant sur la cause *Carter* au Canada, pour s'opposer à tout contrôle de l'AMM par les Collèges provinciaux.

L'aide médicale à la mise à mort est ambiguë, et s'enchevêtre dans le mélangeur du discours portant sur la réduction de la souffrance; le produit qui en résulte laisse un arrière-goût particulier. Il est du devoir de la Cour non seulement d'influencer, mais également de refléter l'opinion publique. Le jugement dans la cause *Carter* est clair: le public canadien veut avoir accès à la mort d'une façon que, selon lui, les médecins peuvent offrir. Il est possible que le public croie que la mise à mort constitue une forme de guérison, même si notre profession s'oppose traditionnellement à cette affirmation. Il se peut aussi que le public croie que le suicide est un droit et que le devoir corollaire en incombe à la profession médicale. En réalité, le suicide est une liberté et ne confère aucune obligation aux médecins. Au Canada, il est plus probable que la profession médicale déclare que tuer n'est pas guérir, et que les Collèges cherchent par conséquent à imposer des mesures disciplinaires aux médecins s'impliquant dans de tels actes. Le spectre d'un recours légal pour infirmer une telle disposition du Collège mettrait directement en péril l'autorégulation de la pratique médicale. La cause *Carter* permet aux gouvernements provinciaux et fédéral de réguler les médecins directement d'une façon qui pourrait sérieusement mettre en péril le bien public. Les pratiques médicales ont un pouvoir extraordinaire en ce qui a trait tant à la vie qu'à la mort, et l'utilisation de ce pouvoir par un gouvernement pour parvenir à ses fins politiques est une manœuvre à la fois corrosive et dangereuse. Qui plus est, l'AMM n'est pas pratiquée de façon objective et scientifique, même là où elle est légale. L'étude *ETHICUS*,²³ une étude observationnelle prospective sur les pratiques de fin de vie menée dans 37 USI de 17 pays européens, a démontré cela. Cette étude a montré que la décision d'interrompre le maintien artificiel des fonctions vitales (y compris dans un territoire où la pratique était légale) dépendait souvent de critères non médicaux, tels que des facteurs géographiques ou religieux.

Aux États-Unis, certains actes pratiqués par les médecins sont protégés par la loi et tenus secrets dans l'intérêt de l'État; ainsi, ils sont exempts de la surveillance du Conseil médical. Au Canada, les lois sur le secret entourant les pratiques d'AMM n'existent pas encore, mais

en décriminalisant l'AMM, les Collèges médicaux désirant restreindre la pratique de l'AMM pourraient ne pas prévaloir devant un tribunal. Comment peut-on alors gérer une demande du public pour l'aide à mourir et la reconnaissance, par la Cour suprême, d'une telle liberté? Une nouvelle spécialisation de technicien non médecin en aide à mourir (c.-à-d. un euthaniste) pourrait être créée pour servir les personnes qui répondent aux critères énoncés dans la cause *Carter* – mais cet éditorial n'a pas pour objectif de développer cette proposition.

Le secret ou les revendications selon lesquelles les intérêts de l'État ou de la province supplantent l'autorité du Collège médical sapent le professionnalisme médical, bafouent tout examen public et interfèrent avec l'évolution et la maturation des pratiques médicales dans la société civile. La profession médicale a gagné l'autorégulation et, en échange, garantit la protection du public. À moins que les nouvelles lois offrent un rempart, on peut imaginer que la cause *Carter* balaiera tous ces gains en un instant, ce qui nous mettra par conséquent tous en péril.

Conflicts of interest None declared.

Conflit d'intérêt Aucun.

References

1. Mottiar M, Grant C, McVey MJ. Physician-assisted death and the anesthesiologist. *Can J Anesth* 2016; 63: this issue. DOI: 10.1007/s12630-015-0571-0.
2. *Judgments of the Supreme Court of Canada. Carter v. Canada* (Attorney General) 2015 SCC 5, 1 SCR 331. Available from URL: <http://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/14637/index.do> (accessed November 2015).
3. Beatty PW, Richmond GW, Tepper S, DeJong G. Personal assistance for people with physical disabilities: consumer-direction and satisfaction with services. *Arch Phys Med Rehabil* 1998; 79: 674-7.
4. Golubchuk v. *Salvation Army Grace General Hospital et al.* 2008 MBQB 49. Available from URL: <http://canlii.ca/t/1vs2m> (accessed November 2015).
5. *Judgments of the Supreme Court of Canada. Cuthbertson v. Rasouli*, 2013 SCC 53, SCR. 341. Available from URL: <http://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/13290/index.do?r=AAAQAQAFMzQzNjIAAAAAAAB> (accessed November 2015).
6. Zivot JB. The withdrawal of treatment is still treatment. *Can J Anesth* 2014; 61: 895-8.
7. *Province of Manitoba. The Medical Act, C.C.S.M. c. M90.* Available from URL: <https://web2.gov.mb.ca/laws/statutes/ccsm/m090e.php> (accessed November 2015).
8. *Province of Ontario. Regulated Health Professions Act of 1991(RHPA).* Available from URL: <http://www.ontario.ca/laws/statute/91r18> (accessed November 2015).
9. Cruess SR, Cruess RL. The medical profession and self regulation: a current challenge. *AMA Journal of Ethics* 2005; volume 7: number 4.
10. *Government of Canada. Canada Health Act, 1984, c 6, s. 1.* Available from URL: <http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/C-6/FullText.html> (accessed November 2015).
11. *Bucklew v Lombardi*, 572 U.S. 134 S. Ct. 2333 (2014); *Johnson v Lombardi et. al.* (Order List: 577 U.S.) November 3, 2015.
12. *U.S. Constitution. Eighth Amendment.*
13. *Human Rights Watch. So Long as They Die. Lethal Injections in the United States - 2006, April 23.* Available from URL: <https://www.hrw.org/report/2006/04/23/so-long-they-die/lethal-injections-united-states> (accessed November 2015).
14. *Supreme Court of the United States. Baze v Rees* (No. 07-5439) 217 S. W. 3d 207, affirmed. Available from URL: <https://www.law.cornell.edu/supct/pdf/07-5439P.ZS> (accessed November 2015).
15. *Torjensen I.* US hospitals face shortages of anaesthesia drug as supplies are diverted for executions. *BMJ* 2012; 344: e3310.
16. *Stern JE.* The Cruel and Unusual Execution of Clayton Lockett. *The Atlantic*, June 2015. Available from URL: <http://www.theatlantic.com/magazine/archive/2015/06/execution-clayton-lockett/392069/> (November 2015).
17. *N.C. Dep't of Corr. v. N.C. Med. Bd.*, 363 NC 189; 2009. Available from URL: <https://casetext.com/case/nc-dept-of-corr-v-nc-med-bd> (accessed November 2015).
18. *American Medical Association. Opinion 2.06: Capital Punishment. Current Opinions of the Council on Ethical and Judicial Affairs of the AMA.* Chicago, IL; 1992. Available from URL: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion206.page> (accessed November 2016).
19. *Andrews JJ; The American Board of Anesthesiology. Commentary* (May 2014) Anesthesiologists and Capital Punishment. Available from URL: <http://www.theaba.org/PDFs/BOI/CapitalPunishmentCommentary> (accessed November 2015).
20. *Death Penalty Information Center. States' Secrecy in Lethal Injections Challenged as Interference with Freedoms of Speech and Press.* Available from URL: <http://www.deathpenaltyinfo.org/states-secrecy-lethal-injections-challenged-interference-freedoms-speech-and-press> (accessed November 2015).
21. *N.C. Dep't of Corr. v. N.C. Med. Bd.*, 363 NC 189. Extent of Medical Board's disciplinary authority over licensees who participate in administration of the death penalty. *North Carolina Supreme Court Opinions*, 2009.
22. *N.C. Dep't of Corr. v. N.C. Med. Bd.* (May 1, 2009) (Docket#: 51PA08) at p. 21-22 <http://cases.justia.com/north-carolina/supreme-court/51-08-1.pdf?ts=1396137527> (accessed November 2015).
23. *Sprung CL, Cohen SL, Sjkovist P, et al.* End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. *JAMA* 2003; 290: 790-7.