Document generated on 08/06/2025 4:56 a.m.

Canadian Journal of Bioethics
Revue canadienne de bioéthique

L'objection de conscience des professionnels de la santé : une revue intégrative

Chantal Caux, Jérôme Leclerc-Loiselle and Jocelin Lecomte

Volume 4, Number 2, 2021

Éthique et AMM
MAiD Ethics

URI: https://id.erudit.org/iderudit/1084449ar
DOI: https://doi.org/10.7202/1084449ar

See table of contents

Publisher(s)

Programmes de bioéthique, École de santé publique de l'Université de Montréal

ISSN

2561-4665 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Caux, C., Leclerc-Loiselle, J. & Lecomte, J. (2021). L'objection de conscience des professionnels de la santé : une revue intégrative. *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, *4*(2), 25–35. https://doi.org/10.7202/1084449ar

Article abstract

The entry into force in Quebec of the law regulating medical assistance in dying seems to have revived discussions on the concept of conscientious objection (CO) among health professionals. In order to better understand this concept, an integrative review of 39 articles, both national and international, was carried out. To be considered for this review, the articles had to include a definition of CO and at least one criterion justifying its acceptability, or not, in the Western context of care. A theoretical representation of the data extracted from the articles was developed by an inductive thematic process. This representation, which illustrates CO and its criteria of acceptability in the health field, is articulated in relation to four interconnected poles. Two of these poles, care and professional competence, underlie the very definition of CO since without one or the other, the latter cannot exist. The other two poles, collective and individual, convey the values and powers involved when it comes to CO in a healthcare context. The interaction between these four poles illustrates the criteria of acceptability or non-acceptability of CO. This representation of CO thus makes possible a dynamic view of CO and has the advantage of being adaptable to various types and contexts of care, beyond medical assistance in dying. It also offers a theoretical basis for further exploration of this concept.

© Chantal Caux, Jérôme Leclerc-Loiselle and Jocelin Lecomte, 2021

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Canadian Journal of Bioethics
Revue Canadienne de Bioéthique

C Caux, J Leclerc-Loiselle, J Lecomte
Can J Bioeth / Rev Can Bioeth. 2021;4(2):25-35

ARTICLE (ÉVALUÉ PAR LES PAIRS / PEER-REVIEWED)

L'objection de conscience des professionnels de la santé : une revue intégrative

Chantal Caux[a], Jérôme Leclerc-Loiselle[a], Jocelin Lecomte[b]

Résumé
L'entrée en vigueur au Québec de la loi encadrant l'aide médicale à mourir semble avoir ranimé les discussions sur le concept d'objection de conscience (OC) chez les professionnels de la santé. Afin de mieux comprendre ce concept, une revue intégrative de 39 écrits, tant nationaux qu'internationaux, a été réalisée. Pour être retenus, les écrits devaient inclure une définition de l'OC et au moins un critère justifiant son acceptabilité, ou non, en contexte occidental de soins. Une représentation théorique des données extraites des écrits a été élaborée par un processus de thématisation inductif. Cette représentation, qui illustre l'OC et ses critères d'acceptabilité dans le domaine de la santé, s'articule autour de quatre pôles interreliés. Deux d'entre eux, soin et compétence professionnelle, sous-tendent la définition même de l'OC, puisque sans l'un ou l'autre de ces pôles, cette dernière ne peut exister. Les deux autres pôles, collectif et individuel, rappellent les valeurs et pouvoirs impliqués lorsqu'il est question d'OC dans un contexte de soins. L'interaction entre ces quatre pôles permet d'illustrer les critères d'acceptabilité ou de non-acceptabilité de l'OC. Cette représentation de l'OC permet ainsi de porter un regard dynamique sur celui-ci et présente l'avantage d'être adaptable à divers types et contextes de soins, dépassant l'aide médicale à mourir. Il propose également une assise théorique pour poursuivre l'exploration de ce concept.

Mots-clés
objection de conscience, professionnels de la santé, revue intégrative, aide médicale à mourir

Abstract
The entry into force in Quebec of the law regulating medical assistance in dying seems to have revived discussions on the concept of conscientious objection (CO) among health professionals. In order to better understand this concept, an integrative review of 39 articles, both national and international, was carried out. To be considered for this review, the articles had to include a definition of CO and at least one criterion justifying its acceptability, or not, in the Western context of care. A theoretical representation of the data extracted from the articles was developed by an inductive thematic process. This representation, which illustrates CO and its criteria of acceptability in the health field, is articulated in relation to four interconnected poles. Two of these poles, care and professional competence, underlie the very definition of CO since without one or the other, the latter cannot exist. The other two poles, collective and individual, convey the values and powers involved when it comes to CO in a healthcare context. The interaction between these four poles illustrates the criteria of acceptability or non-acceptability of CO. This representation of CO thus makes possible a dynamic view of CO and has the advantage of being adaptable to various types and contexts of care, beyond medical assistance in dying. It also offers a theoretical basis for further exploration of this concept.

Keywords
conscientious objection, health professionals, integrative review, medical assistance in dying

Affiliations
[a] Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Montréal, Canada
[b] Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal, Montréal, Canada
Correspondance / Correspondence: Chantal Caux, chantal.caux@umontreal.ca

INTRODUCTION

Émanant juridiquement de la liberté fondamentale de conscience stipulée à l'article 2(a) de la Charte canadienne des droits et libertés (1), le concept d'objection de conscience (OC) reconnaît, au professionnel de la santé canadien, le droit de refuser d'offrir ou de participer à un soin qu'il perçoit comme incompatible avec ses valeurs centrales (2) ou qu'il juge comme étant immoral (3).

Au Québec, l'adoption de la *Loi concernant les soins de fin de vie* (4), venant baliser l'aide médicale à mourir (AMM), s'est attardée sur ce concept tels qu'en témoignent les mémoires déposés par divers regroupements professionnels (médecins, infirmiers, avocats et pharmaciens) dans le cadre de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité. Suivant ces discussions, l'article 50 de cette loi reconnaît au professionnel de la santé la possibilité d'invoquer son OC afin de ne pas participer à l'AMM, à savoir ne pas agir à l'encontre de sa conscience (2). Dans cette même ligne de pensée, les balises des ordres professionnels québécois, notamment le collège des médecins du Québec (5), l'ordre des pharmaciens du Québec (6) ou l'ordre des infirmières et infirmiers du Québec (7), reconnaissent les convictions individuelles, comme raisons justifiant le droit d'un professionnel de refuser de fournir des services ou des soins.

Dans la foulée du processus ayant mené à l'adoption et à la mise en œuvre de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, des interrogations concernant l'OC semblent cependant avoir davantage imprégné l'espace clinique. En effet, et bien que ces affirmations ne soient pas appuyées empiriquement[1], il a été rapporté que, dans certains milieux cliniques, l'OC appartiendrait désormais au registre du droit acceptable afin de justifier un refus de soins, mais pour des raisons qui ne tireraient pas toujours

[1] Ces propos ont été rapportés aux auteurs (CC et JLL) dans le cadre de leurs activités d'enseignement universitaire aux cycles supérieurs ou lors de discussions avec des intervenants des milieux cliniques.

2021 C Caux, J Leclerc-Loiselle, J Lecomte. Creative Commons Attribution 4.0 International License
ISSN 2561-4665

leur source d'un conflit de valeurs centrales ou en raison de convictions personnelles. L'OC aurait été invoquée par des professionnels pour, entre autres, éviter de faire connaître leur accord avec la prestation de l'AMM ; cet accord risquant de mener à de l'intimidation ou des représailles de la part de collègues ou de proches opposés à l'AMM. L'OC aurait également été mentionnée pour justifier un refus de soin lors d'une surcharge de travail, de l'obligation de réaliser un temps supplémentaire ou encore en l'absence d'équipements protecteurs adéquats. De plus, l'OC aurait été appelée également pour refuser des soins de santé autres que l'aide à mourir, telle la vaccination. Ces propos rapportés trouvent résonnance chez certains auteurs qui soulignent du même coup la nécessité de mieux définir et délimiter l'OC (8,9). De même, le manque de clarté quant aux limites de l'OC soulève la crainte d'une invocation de plus en plus répandue, ce qui pourrait entraver l'accès de certaines personnes au réseau de la santé ou à des soins, notamment à la contraception, à l'interruption volontaire de grossesse ou à l'euthanasie (10).

Ces observations sur le terrain, couplées aux transformations avérées ou possibles quant à l'AMM, pourraient mener à des expressions encore plus nombreuses de l'OC. En fait, de nouvelles pratiques telles l'AMM suivie du don d'organes, l'abolition annoncée par la Cour supérieure du Canada du critère « fin de vie » auparavant requis pour la prestation de l'AMM (11), et le possible élargissement de l'accès à l'AMM pour les personnes majeures devenues inaptes ou pour raison de santé mentale, ou encore pour les personnes mineures (12), ajoutent ainsi à la pertinence de réfléchir sur le concept d'OC.

L'angle privilégié pour la réflexion dans le cadre de cette recherche est la réalisation d'une revue intégrative d'écrits sur l'OC. Ce type de revue, par un exercice de comparaison, de catégorisation et de synthèse des données extraites d'écrits de tous types, permet de développer une compréhension ciblée d'un concept (13). Cette revue intégrative avait donc pour but de décrire, par l'élaboration d'une représentation théorique, le concept d'objection de conscience chez les professionnels de la santé.

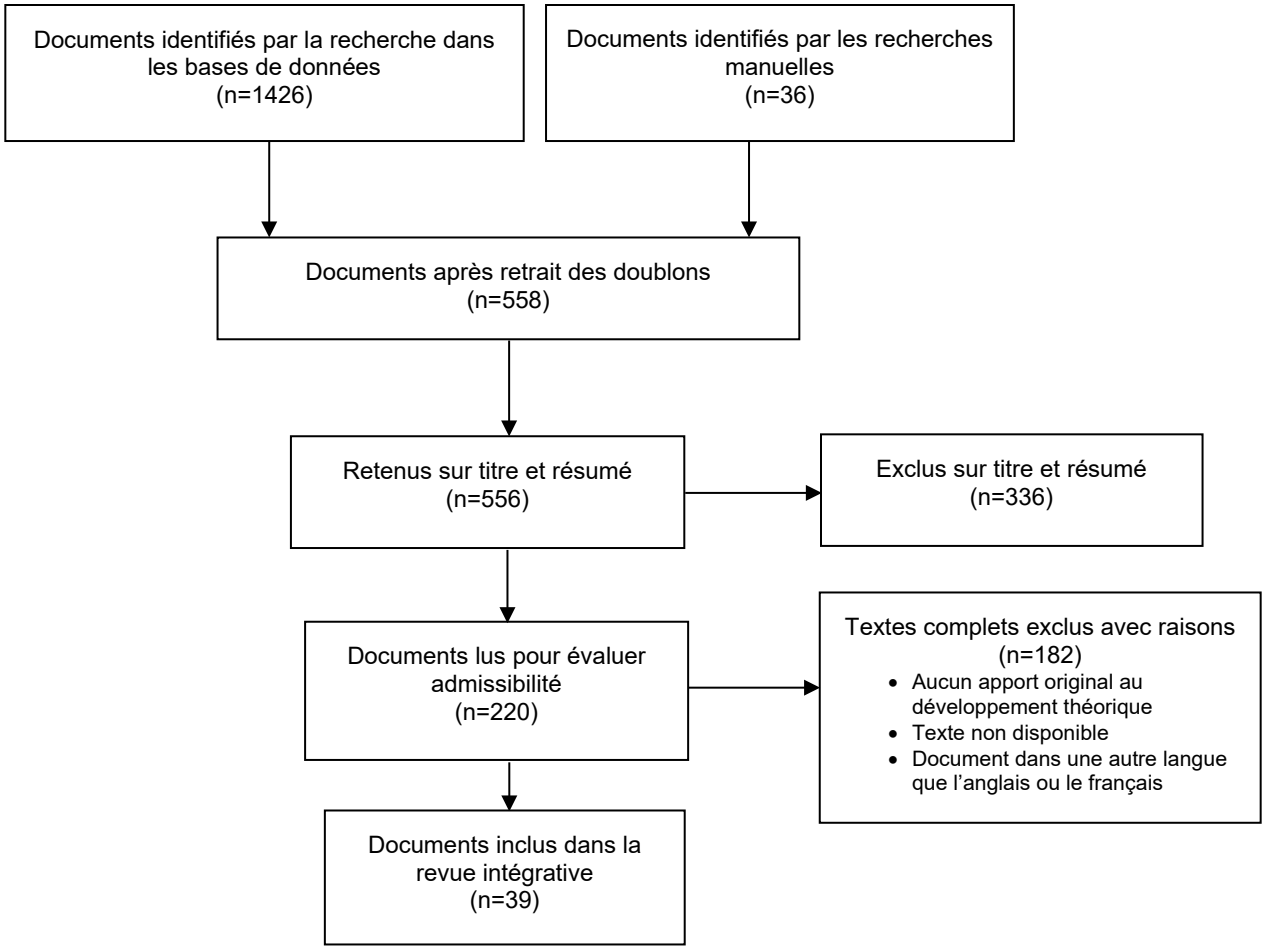
MÉTHODOLOGIE

Une revue intégrative respectant un processus systématique a été effectuée suivant les étapes itératives décrites par Whittemore and Knafl (13). Ces étapes sont les suivantes: 1) formulation de la problème; 2) rechercher les écrits pertinents; 3) évaluer la qualité des écrits; 4) extraire les données et 5) colliger, résumer et présenter les résultats (13). L'objectif de ce type de revue de synthèse est d'intégrer des écrits faisant état de données ou de connaissances tant empiriques que non-empiriques afin d'en arriver à formuler une compréhension renouvelée de l'objet à l'étude (13). La revue intégrative est donc pertinente en raison des descriptions et traitements pluriels, tant théoriques qu'empiriques, du concept d'OC retrouvés dans les écrits. De plus, en réponse au discours limité quant à la description du concept d'OC dans le réseau de la santé, une revue intégrative favorise l'identification de pistes pour l'application directe en pratique (13).

Comme recommandé par Whittemore and Knafl (13), la population visée et le concept principal ont été circonscrits afin, dans un premier temps, de délimiter l'étendue de la recherche documentaire. Ainsi, considérant les objectifs visés par cette revue intégrative, la population ciblée est les professionnels du milieu de la santé et le concept principal, l'objection de conscience.

En collaboration avec une bibliothécaire, la stratégie de recherche a été bâtie pour neuf bases de données des domaines du droit, de l'éducation et de la santé, à savoir : CINAHL, MEDLINE, EMBASE, Pubmed, PsycINFO, ERIC, Philosopher's Index, Westlaw et CanLII. La stratégie de recherche suivante a été utilisée: "Conscientious object*" ET ("Nurs* OR "Physician*" OR "Doctor*"OR "Healthcare" OR "Health professional*"). Les sites internet de gouvernements, des ordres professionnels québécois et la Société québécoise d'information juridique (SOQIJ) ont été consultés afin d'identifier des documents liés au concept à l'étude. En plus du critère de population et celui de concept, les critères d'inclusion sont: 1) devis de recherche qualitatifs, quantitatifs, mixtes, synthèses des connaissances, analyse de textes de loi, écrits théoriques et écrits d'opinion. Les écrits théoriques comprenaient les documents synthétisant ou proposant une élaboration théorique, guidée par une ou des théories existantes, tandis que les écrits d'opinion comprenaient ceux discutant des valeurs, des croyances ou des sentiments des auteurs ; 2) de langue française ou anglaise ; 3) année de publication située entre 2008 et 2019. Considérant la grande quantité d'écrits sur l'OC au cours des dix dernières années, le critère de 10 ans a été introduit tant pour des raisons de faisabilité, que pour circonscrire la portée de la revue intégrative aux réflexions visant l'opérationnalisation de l'OC dans la pratique des professionnels de la santé.

Figure 1 : Diagramme de flux de la recherche documentaire



La figure 1 illustre le diagramme de flux rapportant le nombre d'articles retenus à chacune des étapes de la recherche documentaire ainsi que la raison motivant les exclusions d'écrits (14). D'abord, tous les titres et les résumés des 556 articles identifiés ont été lus. Ceux correspondant aux critères d'inclusion et dont les textes complets étaient disponibles ont été retenus. La liste des références de tous ces articles a été consultée afin d'identifier d'autres écrits pertinents. En plus, 22 documents traitant de l'OC provenant d'ordres professionnels québécois ont été identifiés de même que 54 documents issus des bases de données en droit. Un total de 220 documents a été conservé. Suivant cette première sélection, les 220 documents ont été lus intégralement pour s'assurer de leur éligibilité et 182 ont été rejetés. Cette deuxième étape a été effectuée par deux auteurs, à savoir les premier et deuxième auteurs du présent manuscrit (CC et JLL), pour 50 articles préalablement sélectionnés de manière aléatoire, et ce, afin de circonscrire et de raffiner les critères de sélection. Ce raffinement des critères a été effectué suivant un processus de comparaison, réalisé indépendamment par les deux auteurs, entre le contenu des articles et le but de la revue intégrative. Les auteurs ont par la suite mis en commun leurs critères. Ces derniers s'avérant très similaires, les critères finaux ont été définis. Ainsi, en plus de correspondre aux critères d'inclusion précédemment mentionnés, les documents retenus pour l'analyse et qui constituent le corpus des données présentées ici devaient inclure a) une définition de l'OC et b) au moins un argument sous-tendant la légitimité (ou non) de l'OC ou au moins une condition d'acceptabilité ou de non-acceptabilité de l'OC. Au total, 39 articles ont été conservés pour la revue intégrative.

L'évaluation de la qualité des écrits a été effectuée à travers l'évaluation de leur pertinence pour la question de recherche et le développement de l'illustration théorique sur l'OC (Figure 1) (13). En effet, les écrits primaires identifiés étant en grande majorité de nature théorique ou liés à des opinions de cliniciens ou de chercheurs, l'évaluation de leur qualité, selon les outils actuels, n'était pas possible. Tel que recommandé par Whittemore et Knafl (13), la valeur informationnelle des écrits pour la question de recherche est un critère à envisager lorsque les écrits théoriques ou d'opinions dominent.

Les argumentaires théoriques d'experts (bioéthiciens, philosophes, médecins et juristes) sont les documents les plus prévalents parmi les écrits identifiés sur l'OC (n=31). Un éditorial, un avis de comité d'experts, trois études qualitatives et deux synthèses des écrits ont aussi été retenus. En plus de ces documents, le code de déontologie d'un ordre professionnel de la santé, qui fait mention explicite de l'OC a été consulté. Les caractéristiques des écrits sont résumées dans le tableau 1.

Tableau 1. Principales caractéristiques des écrits retenus

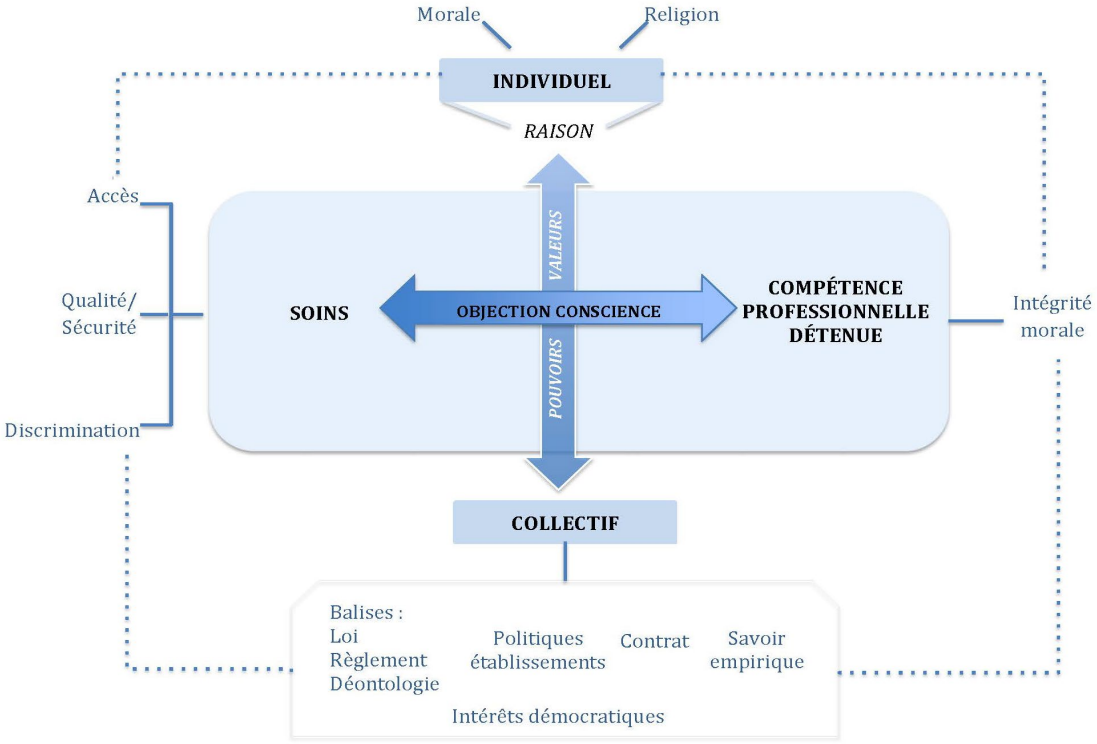
#	Auteur(s)	Année	Pays	Type de connaissances	Type de document	Professionnel d'intérêt	Objet d'intérêt
1	Ancell et al.	2017	États-Unis	Non-empirique	Argumentaire théorique	Médecins	Général
2	Association des infirmières et infirmiers du Canada	2017	Canada	Non-empirique	Code de déontologie	Infirmières	Général
3	Bitzer	2016	Allemagne	Non-empirique	Éditorial	Médecins	Interruption volontaire de grossesse (IVG)
4	Buchbinder et al.	2016	États-Unis	Empirique	Étude qualitative : Non spécifié (analyse secondaire et recension des écrits)	Médecins, Infirmières, Gestionnaires	IVG
5	Campbell	2011	Royaume-Uni	Non-empirique	Argumentaire théorique	Non spécifié	Article 9 de la Convention européenne des droits de l'homme
6	Card	2014	États-Unis	Non-empirique	Argumentaire théorique	Médecins	Général
7	Card	2017a	États-Unis	Non-empirique	Argumentaire théorique	Médecins	Général
8	Card	2017b	États-Unis	Non-empirique	Argumentaire théorique	Médecins	Général
9	Christie et al.	2016	Canada	Non-empirique	Argumentaire théorique	Non spécifié	Aide médicale à mourir (AMM)
10	Clarke	2017	Australie	Non-empirique	Argumentaire théorique	Médecins	Général
11	Committee on Bioethics	2010	États-Unis	Non-empirique	Opinion de comité expert	Médecins	Soins rencontrés en pédiatrie (vaccination, circoncision, etc.)
12	Deckers	2010	Royaume-Uni	Non-empirique	Argumentaire théorique	Professionnels de la santé	IVG
13	Fiala et al.	2017	Suède	Non-empirique	Argumentaire théorique	Professionnels de la santé	Santé reproductive
14	Fleming et al.	2018	Royaume-Uni	Empirique	Synthèse théorique	Infirmières et sages-femmes	IVG
15	Ford et al.	2010	Canada	Non-empirique	Argumentaire théorique	Infirmières	Général
16	Frader et al.	2009	États-Unis	Non-empirique	Argumentaire théorique	Médecins	Tests génétiques
17	Giubilini	2014	Royaume-Uni	Non-empirique	Argumentaire théorique	Non spécifié	Général
18	Giubilini	2017	Royaume-Uni	Non-empirique	Argumentaire théorique	Non spécifié	Général
19	Harter	2015	États-Unis	Non-empirique	Argumentaire théorique	Médecins	Général
20	Kennett	2017	Australie	Non-empirique	Argumentaire théorique	Non spécifique	Perspective Kantienne
21	Lachman	2014	États-Unis	Non-empirique	Argumentaire théorique	Infirmières	Général
22	Lamb et al.	2018	Canada	Empirique	Étude qualitative : Phénoménologie	Infirmières	Général
23	Lertxundi et al.	2016	Espagne	Empirique	Étude qualitative : Exploratoire	Non spécifié	IVG
24	Liberman	2017	États-Unis	Non-empirique	Argumentaire théorique	Non spécifié	Général
25	Maclure et al.	2017	Canada	Non-empirique	Argumentaire théorique	Non spécifié	AMM
26	Magelssen	2012	Norvège	Non-empirique	Argumentaire théorique	Non spécifié	Général
27	Meaney et al.	2012	États-Unis	Non-empirique	Argumentaire théorique	Non spécifié	Général
28	Morton et al.	2009	Canada	Non-empirique	Argumentaire théorique	Non spécifié	Général
29	Savulescu et al.	2017	Royaume-Uni	Non-empirique	Argumentaire théorique	Médecins	AMM
30	Schuklenk	2018	Canada	Non-empirique	Synthèse théorique	Non spécifié	Général
31	Schuklenk et al.	2017	Canada	Non-empirique	Argumentaire théorique	Non spécifié	Général
32	Shanawani	2016	États-Unis	Non-empirique	Argumentaire théorique	Non spécifié	Général
33	Shaw et al.	2014	Canada	Non-empirique	Argumentaire théorique	Médecins, infirmières pharmaciens, dentistes	Politiques publiques
34	Stahl et al.	2017	États-Unis	Non-empirique	Argumentaire théorique	Non spécifié	Général
35	Sulmasy	2008	États-Unis	Non-empirique	Argumentaire théorique	Non spécifié	Général
36	Sutton et al.	2010	Canada	Non-empirique	Argumentaire théorique	Non spécifié	Conscience
37	Weinstock	2014	Canada	Non-empirique	Argumentaire théorique	Non spécifié	Place de la religion
38	West-Oram et al.	2016	Allemagne	Non-empirique	Argumentaire théorique	Non spécifié	IVG
39	Wester	2015	Norvège	Non-empirique	Argumentaire théorique	Médecins, infirmières et pharmaciens	Général

Afin d'effectuer l'analyse, les principaux éléments constitutifs des écrits (définition de l'OC, les arguments soulevés et les critères d'acceptabilité ou de non-acceptabilité de l'OC) ont été extraits. Une représentation théorique (ci-après le modèle) des données extraites a été élaborée par un processus de thématisation inductif permettant d'inférer, d'une part, les thèmes principaux inhérents au concept d'OC et, d'autre part, les liens entre ces thèmes. Ce processus s'est déroulé de manière itérative par la comparaison entre les données et la capacité du modèle à les expliquer. Ce modèle, présenté à la figure 2, a donc permis d'organiser les données ; cette organisation étant nécessaire afin d'assurer la rigueur de l'analyse dans le cadre d'une revue intégrative des écrits (13).

RÉSULTATS

La représentation résultante de l'analyse des données (Figure 2) illustre que l'OC et ses critères d'acceptabilité dans le domaine de la santé s'articulent par rapport à quatre pôles sur deux axes inter-reliés. L'interaction entre ces quatre pôles permet de soutenir des critères définissant l'acceptabilité ou non de l'OC. Cette section présente ces pôles de même que leurs composantes en y intégrant les critères d'acceptabilité. D'une part, l'OC doit être reliée à une prestation de soin et une compétence détenue par un professionnel de la santé pour offrir ce soin (le pôle ***soins*** et ***compétence professionnelle détenue***). D'autre part, la prise en charge de l'OC s'exprime, dans des contextes professionnels, en fonction des valeurs privilégiées par des *individus*, incluant leur raison, ou par les *collectivités* ainsi que les pouvoirs qui leur sont attribués (le pôle ***individuel*** et ***collectif***).

Figure 2 : Modèle de l'OC réalisé suivant une revue intégrative



L'OC s'articule avant tout en fonction d'un professionnel de la ***santé compétent*** et d'une prestation de ***soins*** puisque sans l'un ou l'autre de ces pôles, l'OC ne peut exister (15). Selon les écrits, l'OC prend la forme d'un compromis (16) où le professionnel est exempté d'agir (17) ou d'offrir un soin (18), s'abstient de participer (19-21), ou refuse (15,20,22-28) à une prestation de soins et qu'il exprime sa résistance (3) ; Savulesku et Shuklenk (29) utilisant d'ailleurs l'expression « *treatment deniers* » pour décrire ce professionnel.

Puisqu'un professionnel de la santé ne délaisse pas sa conscience lorsqu'il intègre une profession (26), cette OC devient justifiée lorsque le soin est incompatible ou entre en conflit avec les valeurs centrales (19,22,30) ; les croyances éthiques centrales (20), les arguments moraux (25), les croyances personnelles, morales ou religieuses (15,23,24,27) du professionnel de la santé, voire lorsque le soin demandé par le patient est perçu par le professionnel comme étant immoral (3). Ces croyances, valeurs ou arguments sont les éléments constitutifs du thème *intégrité morale* de la figure 2. En effet, cette expression, intégrité morale, est apparue pertinente lors de l'analyse, car elle englobe qui constitue la moralité des personnes, à savoir ce qui concerne l'agir humain par rapport au bien et au mal (31), qu'elle soit basée ou non sur la religion. L'OC serait ainsi appelée pour protéger l'intégrité morale du professionnel lui, entre autres, évitant, entre autres, les remords, la culpabilité ou de la honte.

Si, comme le souligne Weinstock (32), il y a des avantages à ce que des gens adhérant des valeurs religieuses œuvrent en santé, les conséquences d'accepter des exemptions de soins basées sur de telles valeurs demeurent à explorer. Ces propos ne vont toutefois pas dans le même sens que ceux de Savulescu et Schuklenk (29) qui mentionnent que, sans démonstration qu'une croyance religieuse fait d'une personne un meilleur professionnel de la santé, il n'y a pas lieu de reconnaitre cette croyance par une OC. En fait, ces propos opposés tendent à illustrer le flou qui demeure, suivant l'analyse des données, quant à la place des valeurs religieuses au regard de l'OC.

L'acceptation d'une OC est alors ancrée dans la *raison* de l'individu notamment sur le respect absolu de l'autodétermination dans l'expression des valeurs morales et religieuses. En poussant à l'extrême un tel raisonnement quant à l'acceptabilité de l'OC, un professionnel devrait refuser une prestation de soins pour lequel il est compétent si elle porte atteinte à son intégrité morale, sans que son refus n'ait à être justifié. Dans le cas d'une pratique professionnelle, il pourrait également refuser la référence à un collègue compétent par crainte de complicité morale dans l'action ou le service (25). Pour soutenir cela, Sutton et Upshur (33) mentionnent notamment que l'OC doit être reconnue comme un droit humain, tel que défini par la Déclaration universelle des droits de l'homme, lequel refus n'a donc pas à être justifié. Les *pouvoirs* sont ainsi accordés à l'individu et la primauté est liée à la nécessité de lui éviter tout préjudice par rapport à sa conscience religieuse ou morale. Aucun des écrits retenus n'avance toutefois cette position quant à l'acceptabilité absolue de l'OC ; celle-ci étant trop radicale pour être reconnue dans les milieux cliniques (26,34). Bien que cette position radicale n'ait pas été retrouvée *per se*, en revanche, d'autres écrits soulèvent une position diamétralement opposée, à savoir une non-acceptabilité, sous aucune considération, de l'OC.

Certains auteurs s'accordent ainsi pour refuser tout accommodement au professionnel basé sur une OC, argumentant le choix individuel de joindre une profession et les responsabilités sociétales inhérentes à ce choix (24,25,29,35-38). Il n'existerait donc aucune raison valable pour considérer l'OC individuelle d'un professionnel compétent si le patient est apte à consentir au soin, que ce soin est requis, qu'il lui apporte des bénéfices et qu'il est situé dans le champ d'exercice du professionnel (*compétence*) (24,25,29). Les associations professionnelles ne devraient donc pas reconnaître l'OC comme une avenue acceptable chez leurs membres et ceux susceptibles de vivre une OC devraient choisir un autre domaine de pratique, voire quitter la profession (36, 38). De plus, en amont, cette profession ne devrait sélectionner que des candidats qui ne vivront pas d'OC (29). Le choix individuel d'une profession vient avec des responsabilités, des actions et des services à rendre, lesquels ne pourraient être modifiés ou refusés sur la base de la raison (24,36-38).

D'autres auteurs comme Ancell and Sinnott-Armstrong (15) ou Bitzer (22) justifient quant à eux la non-légitimité de l'OC en mentionnant qu'un contrat de service signé entre un individu et l'établissement doit agir comme seul cadre structurant la pratique, la raison devant être écartée une fois la signature effectuée. En plus des balises de nature légales, Card (39) et Liberman (18) ajoutent que les savoirs privilégiés par la collectivité, notamment les savoirs empiriques, c'est-à-dire les savoirs qui permettent de définir les soins requis et les compétences professionnelles, doivent être respectés. Le professionnel ne pourrait donc pas s'objecter à un soin justifié par les savoirs empiriques reconnus par le domaine de pratique.

Entre ces deux positions extrêmes, la plupart des écrits retenus amènent plusieurs conditions ou nuances et, reconnaissant la légitimité de l'OC, suggèrent plutôt d'en encadrer l'articulation en contexte de pratique (17,19,40-44) ; les normes déontologiques et légales reconnaissant pour le professionnel la possibilité de ne pas agir en y précisant certaines conditions telles que ne pas mettre la vie d'une personne en péril par cette inaction (16,30,45). Comme Wester (44) le mentionne, un état neutre doit reconnaître la diversité des conceptions morales de ses citoyens. Cela suppose une balance entre les valeurs collectives et les valeurs individuelles, afin d'assurer l'équité entre tous. Cette balance admet des conditions d'acceptation, lesquelles sont avant tout reliées aux soins eux-mêmes. En effet, l'*accès*, de même que la *discrimination* et la *qualité et la sécurité des soins* sont les trois critères récurrents au sein des écrits retenus qui permettent de définir le contexte de soins inhérent à l'OC. Ainsi, de nombreux écrits soutiennent que l'OC ne doit pas retarder ni limiter l'accès aux soins (22) ; ceux d'urgence étant reconnus comme étant non admissibles à une OC (22,23,28,46,47). Par ailleurs, l'OC ne doit pas mener à une forme de discrimination au regard de personnes ou de groupes de personnes (27) ni être justifiée par des croyances qui sont intrinsèquement discriminatoires pour certains groupes (22,23,47,48). Dit autrement, l'OC ne saurait être acceptable si elle mène à une altération de la qualité et de la sécurité des soins, que ce soit parce qu'elle entraine des impacts délétères pour les patients ou, même s'ils y ont accès, qu'elle en retarde la prestation (47). L'analyse des écrits permet d'inférer que ces trois critères sous-jacents au contexte de soins demeurent interreliés. Par exemple, une OC en santé reproductive, pourrait mener à une discrimination à l'égard d'un groupe, ici des femmes en âge de procréer, qui pourrait avoir un impact sur leur accès aux soins ou la qualité de ceux qu'elles reçoivent, ce qui entrainerait des conséquences sur leur santé.

Les nuances apportées par les écrits quant à l'acceptabilité de l'OC ont quant à elles recours à l'équilibrage entre les valeurs et les expressions des pouvoirs individuels et collectifs dans la prise en charge de l'OC (41,43). L'acceptabilité de l'OC s'appuierait d'abord sur la sincérité et l'authenticité de la croyance du professionnel (49), ce qui, toutefois, demeurerait difficile à mesurer (23,43), voire constituerait un piège – celui du relativisme éthique –, à savoir que les valeurs morales se définissent en fonction des cultures, des groupes ou des moments de l'histoire (*cultures, groups or times*) (29). Ce que Card (23,49) propose pourrait permettre d'éviter ce piège. Il s'agirait plutôt de privilégier une évaluation approfondie, par l'intermédiaire d'un comité de révision, des raisons qui sous-tendent une OC de même que des croyances des professionnels afin de statuer si ces dernières sont justifiables chez une personne raisonnable (*reasonability*). Toujours selon Card (23,49), l'objet de l'évaluation du caractère raisonnable de l'OC sont les conditions tant intrinsèques (les croyances personnelles), qu'extrinsèques (les circonstances dans lesquelles l'OC s'exerce). Cette proposition octroie ainsi le pouvoir à l'individu de refuser une prestation de soin en raison d'une OC, mais l'obligation, pour le professionnel, d'exposer sa rationalité, remet la décision d'application finale à la collectivité. D'autres écrits suggèrent des positions similaires, à savoir que le rationnel sous-tendant l'OC doit être évalué par d'autres personnes (30,50). Clarke (51) s'oppose toutefois à cette possibilité, mentionnant que la conscience n'est pas un dictat des comportements individuels, mais structure de manière « consciente » les décisions. Une telle évaluation extérieure de l'OC positionne la conscience comme dictant les comportements, et nie ainsi le caractère rationnel des individus (51). Pour réintroduire cette rationalité, Morton et Kirkwood (52) suggèrent un processus d'éducation populaire et professionnelle pour permettre aux individus de défendre leurs décisions. Cette défense oblige le professionnel à questionner ses présupposés, à développer une connaissance approfondie de lui-même et des enjeux spécifiques pour la situation où l'OC est demandée et au besoin, corriger les connaissances erronées qui pourraient être à l'origine de l'OC (52,53).

Quelques autres écrits suggèrent quant à eux de placer le fardeau de la preuve de la légitimité de l'OC uniquement sur les épaules du professionnel concerné. Ces auteurs, qui concèdent les pouvoirs au professionnel afin de respecter ses valeurs (15,18,41,43), présentent toutefois le respect de l'autonomie du patient comme le contrepoids à cette OC souhaitée. Il y a donc nécessité pour le professionnel d'être transparent et de discuter de toutes les alternatives de soins potentielles pour le patient, qu'il soit ou non en accord avec ces alternatives. Si le choix du patient contrevient à sa raison, il doit alors effectuer le transfert à un collègue, les arrangements nécessaires et assumer les frais encourus pour le patient, bref, assumer les conséquences de son OC (22,25,30,48,53).

Déplaçant le fardeau de la démonstration de cette légitimité, d'autres écrits proposent de recourir aux établissements de soins comme structure de gestion de l'OC, retirant ainsi ce fardeau individuel (15,27,42). En rendant imputable l'équipe médicale et non le médecin individuellement, Ancell and Sinnott-Armstrong (15) suggèrent une meilleure prise en charge de la condition du patient par une concertation des actions professionnelles. Selon ces auteurs, trois éléments sont nécessaires aux hôpitaux ou cliniques pour favoriser ce déplacement du fardeau : 1) la publicité, afin d'informer la population des objections de conscience présentes au sein de l'établissement. La publicité permet ainsi à la population générale de porter un jugement sur les OC, favorisant un discours collectif sur cet enjeu (15,22,46) ; 2) donner l'information nécessaire au patient pour accéder au soin demandé ; et 3) défrayer les coûts, si des frais supplémentaires sont demandés aux patients (15). Selon d'autres auteurs, le cas touché par une OC individuelle doit être transféré sans délai à un collègue, celui-ci assurant la prise en charge (22,28,30,45,46,48). Les collègues doivent donc annoncer publiquement leur OC et collectivement, ils doivent assurer une couverture complète et sécuritaire pour la population (15,46,48). Cette façon d'articuler l'OC rend l'établissement et l'équipe imputable des soins et services offerts ou refusés en promouvant des valeurs collaboratives et en décentralisant le pouvoir, ce qui n'est possible que lorsque le leadership des gestionnaires est favorisé (42). De plus, l'augmentation de la tâche aux individus n'effectuant pas d'OC doit être raisonnable et acceptée par les autres membres, lors d'une prise en charge collective (27,28,30).

DISCUSSION

Cette revue intégrative avait pour but de décrire, au moyen d'une représentation théorique, le concept d'OC chez des professionnels de la santé. Elle s'inscrivait dans la foulée de la place de plus en plus grande que semble prendre l'OC dans des milieux cliniques et des discussions relatives à l'AMM dans ce contexte lors, entre autres de la Commission sur les soins de fin de vie (4). Cette revue intégrative a permis de construire une représentation modélisant l'OC (Figure 1). Cette dernière rejoint d'abord plusieurs éléments soulevés par Wicclair (54), auteur du seul volume recensé portant exclusivement sur le concept d'OC, tels les critères d'acceptabilité et les limites de celle-ci. D'ailleurs, quelques écrits retenus (17,20,30,44) pour cette revue intégrative privilégient une définition de l'OC inspirée de cet auteur. Cette représentation (54) présente l'avantage de modéliser les éléments constitutifs de l'OC ainsi que leurs relations entre eux ; modèle construit suivant un processus d'analyse et d'intégration d'écrits.

Faisant écho aux résultats d'une analyse de ce concept (55), les définitions de l'OC relevées dans les écrits sont nombreuses. Malgré tout, une zone de recouvrement définissant le concept a été identifiée suivant l'analyse, à savoir un refus de soigner du professionnel de la santé en vue de protéger son intégrité morale. Cependant, la terminologie utilisée pour la définir laisse sous-entendre, pour reprendre le terme privilégié par Fourez (56) et Fourez et Larochelle (57), une idéologie qui peut transparaitre dans la prise de position des auteurs des écrits. En fait, le choix des mots pour décrire un concept ne serait pas anodin puisque les mots sont porteurs d'un sens et véhiculent une façon de se représenter un concept (55,56). Les résultats de cette revue intégrative laissent sous-entendre des idéologies quant à l'OC au regard de la prestation de soins par les termes utilisés pour la décrire : exemption, compromis, refus ou encore « *treatment deniers* » pour qualifier les professionnels appelant l'OC. Ce choix des termes articulerait la perception de l'acceptabilité ou non de l'OC en contexte de soins et placera le fardeau de la preuve de la légitimité de cette dernière soit sur le professionnel, qui refuse une prestation de soins et qui est donc un « *treatment denier* », ou sur son environnement – qui accepte et permet ainsi ce compromis ou cette exemption de soigner. Il n'a pas été possible d'effectuer cette nuance au sein des écrits juridiques ou déontologiques retenus. En effet, les écrits de ce type demeurent peu éloquents quant aux définitions de l'OC qu'ils privilégient. Exclure ces écrits constitue une limite à cette revue intégrative puisque plusieurs n'ont pas été considérés. De même, en se centrant sur le concept d'OC, plusieurs écrits qui abordaient plutôt le concept de liberté de conscience n'ont pas été retenus. Toutefois, étant donné qu'il s'agissait d'une revue intégrative du concept d'OC, il s'avérait nécessaire qu'une telle définition, qu'elle soit originale ou tirée d'une source primaire, soit présente sans quoi il n'était pas possible d'inférer un sens accordé au concept. Le modèle proposé permet ainsi d'aborder le concept d'OC en tenant compte des idéologies. En effet, en situant l'OC par rapport à un axe collectif – individuel, il rappelle la nécessité de l'aborder selon ces deux pôles et non seulement centrée sur le professionnel et la protection de son intégrité morale.

Si la représentation de l'OC découlant de cette revue intégrative a permis de mettre en évidence que, généralement, l'intégrité morale est appelée afin de justifier et légitimer l'OC, elle ne présente pas de critères permettant de statuer sur ce qui constitue une violation de cette intégrité. Les écrits réfèrent peu aux effets de cette violation sur les professionnels. L'exploration du lien entre ces impacts et l'OC constituerait une avenue intéressante pour baliser davantage, l'acceptabilité, ou non, de l'OC. En fait, la littérature est assez abondante quant aux conséquences potentielles, tant physiques que psychologiques, d'une détresse morale vécue par un professionnel, à savoir une détresse engendrée par l'impossibilité, pour ce dernier, de poser une action qui, selon lui, serait nécessaire (28,30,41,52,55). A contrario, il y a donc lieu de s'interroger si le fait d'exprimer une OC afin de ne pas poser une action valide aux plans scientifique, déontologique et légal, et pour lequel le professionnel détient la compétence, mène aussi à une détresse morale ayant des impacts sur la santé au travail ; aucune des études retenues n'ayant traité de cet aspect. De plus, les résultats de cette revue ne précisent pas si les convictions, religieuses ou non, sont légitimes et justifient une OC. L'idée de Card (49), qui réfère à la raison afin de déterminer la légitimité d'une demande, par un comité qui l'évaluerait, a été incluse au modèle. Cependant, cette idée n'est pas sans rappeler les comités d'éthique clinique et leurs biais inhérents aux processus de prise de décision éthique. Des biais tels les stéréotypes entretenus par les membres d'un comité, les jeux de pouvoir au sein de ces derniers ou le phénomène de pensée de groupe lors de prise de décision en éthique (58) posent toute la question concernant la complexité de mettre en œuvre ce type de comité et ce, dans divers contextes de soins.

Par ailleurs, l'intégrité morale elle-même demeure peu explicitée par le modèle proposé, faute d'éléments présents dans les écrits retenus pour le définir. La signification de cette intégrité nécessiterait d'ailleurs d'être explorée davantage, et ce, non seulement afin de mieux comprendre tant les impacts de sa violation, mais aussi afin de la distinguer des autres motifs potentiels de refus de fournir un soin, tels les pressions des pairs, d'une communauté ou un climat de travail délétère (surcharge de travail, épuisement, etc.). Déjà, quelques études empiriques canadiennes se sont intéressées à mieux comprendre les raisons motivant une OC dans un contexte d'AMM. Elles se sont attardées aux OC chez des médecins québécois à l'AMM (59,60) ou à celles de huit infirmières canadiennes (53) alors qu'une autre s'est intéressée à des professionnels ontariens participant à l'AMM (61). Leurs résultats ne permettent toutefois pas d'approfondir davantage la signification de l'intégrité morale ou d'effectuer cette distinction. De plus, ces études ont toutes été réalisées avant (53,59,60) ou au tout début (61) de la légalisation de l'AMM, ce qui limite grandement la compréhension fine du processus d'OC en contexte actuel de pratique ou des effets de ces OC sur les professionnels ou leurs collègues.

Concernant les soins, plusieurs d'entre eux, dont l'aide médicale à mourir, la fertilisation *in vitro* et l'interruption volontaire de grossesse sont mentionnés lorsqu'il est question d'OC dans les écrits retenus (Tableau 1). Toutefois, le modèle proposé ici pourrait être extrapolé pour d'autres types de soins. En effet, le soin ici est représenté non pas en fonction de sa nature, mais plutôt en fonction des impacts possibles de l'OC sur la personne devant recevoir ce soin. En effet, il s'agit de s'assurer qu'une OC n'amène pas de difficultés indues en vue de l'obtention de soins (difficulté d'accès ou délai indument allongé, discrimination, qualité et sécurité des soins compromise); engendrant des coûts supplémentaires ou un fardeau implicite sur les épaules de professionnels qui ne manifestent pas d'OC. Cette prise en compte de la diversité des soins apparait également nécessaire dans le contexte où, même certains soins pouvant être qualifiés de moins chargés émotivement, tels la vaccination ou, pour reprendre l'exemple d'Ancell et Sinnott-Armstrong (15) l'administration d'antibiotiques, et pour lesquels les preuves d'efficacité ne font aucun doute scientifiquement, pourraient faire l'objet, chez certains professionnels, d'une OC. Le modèle ouvre également la porte à l'articulation du soin en fonction du lieu géographique où il est requis. Par exemple, tel qu'il a été souligné en Ontario en contexte d'aide médicale à mourir (62), une OC à ce soin dans une région rurale pourrait ne pas avoir le même impact qu'en région urbaine en raison, entre autres, de la pénurie de personnel. Le modèle propose également une vision décloisonnée de l'OC, à savoir applicable à divers types de professionnels de la santé, puisque, ce sont les valeurs et pouvoirs collectifs, tant scientifiques, déontologiques, légaux et d'établissements qui viennent soutenir et baliser l'OC. Ces derniers étant modulés en fonction des contextes, ils s'adaptent en fonction du professionnel visé.

Enfin, dans cette ligne de pensée, ce modèle pourrait également servir de point d'ancrage pour la réalisation de documents plus concis, de consultation aisée en contexte de pratique. Plus encore, il pourrait être utile pour alimenter la réflexion sur le sujet lors de la formation visant le développement de la compétence éthique. En effet, parce que l'OC fait appel aux valeurs centrales, le développement d'une compétence éthique assurée est primordial afin d'être en mesure de reconnaitre les zones de tensions éthiques (sensibilité éthique), d'avoir les connaissances éthiques et la capacité d'y réfléchir pour les transposer en milieu de pratique. Aucun écrit recensé n'aborde l'OC sous l'angle de la compétence éthique et, sachant que celle-ci permet une gestion des problématiques éthiques (63), il s'agit là d'une piste pertinente pour réfléchir sur l'OC.

CONCLUSION

Suivant l'analyse de 39 écrits, cette revue présente l'avantage de fournir un modèle intégrateur d'éléments constitutifs du concept d'OC. Ce faisant, elle jette un pavé dans la mare pour poursuivre l'exploration de ce concept tout en étant adaptable aux divers contextes de soins. Plusieurs réflexions et pistes de recherche demeurent évidemment à être développées afin d'approfondir la compréhension de ce concept non seulement d'une perspective de soignant et d'établissement de santé en fonction des contextes où elle est appelée, mais également de celle des personnes qui reçoivent (ou devraient recevoir) les soins ; perspective qui ne semble d'ailleurs pas présente au sein des écrits – ces derniers étant généralement centrés sur les professionnels de la santé. Cette perspective apporterait un éclairage intéressant d'autant plus que l'acceptabilité d'une OC réfère, entre autres, à ses impacts sur les patients. Enfin, parce que l'OC est inextricablement liée aux valeurs des individus, il demeure pertinent pour les personnes s'y intéressant, de s'attarder à leur propre compréhension de ce concept. Sans aucunement tendre vers le relativisme éthique, il y a lieu de croire que cette compréhension n'est pas sans sous-tendre, elle aussi, une idéologie (55, 56) qui peut moduler le regard posé sur le concept d'OC.

Reçu/Received: 19/06/2020
Publié/Published: 1/12/2021

Remerciements
Les auteurs remercient la Fondation du Barreau du Québec pour son soutien financier par l'entremise de son programme d'attribution de subventions. Ils remercient également Me Lucie Lamarche pour sa participation au développement de la demande de financement et Mme Laurence Fortin-Pellerin pour la recherche d'écrits.

Acknowledgements
The authors wish to thank the Fondation du Barreau du Québec for its financial support through its grant program. They also thank Me Lucie Lamarche for her participation in the development of the funding application and Ms. Laurence Fortin-Pellerin for her research.

Conflits d'intérêts
Aucun à déclarer

Conflicts of Interest
None to declare

Édition/Editors: Tierry M. Laforce & Aliya Affdal

Les éditeurs suivent les recommandations et les procédures décrites dans le Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors de COPE. Plus précisément, ils travaillent pour s'assurer des plus hautes normes éthiques de la publication, y compris l'identification et la gestion des conflits d'intérêts (pour les éditeurs et pour les auteurs), la juste évaluation des manuscrits et la publication de manuscrits qui répondent aux normes d'excellence de la revue.

The editors follow the recommendations and procedures outlined in the COPE Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors. Specifically, the editors will work to ensure the highest ethical standards of publication, including: the identification and management of conflicts of interest (for editors and for authors), the fair evaluation of manuscripts, and the publication of manuscripts that meet the journal's standards of excellence.

Évaluation/Peer-Review: Jean Martin & Anonyme

Les recommandations des évaluateurs externes sont prises en considération de façon sérieuse par les éditeurs et les auteurs dans la préparation des manuscrits pour publication. Toutefois, être nommé comme évaluateurs n'indique pas nécessairement l'approbation de ce manuscrit. Les éditeurs de la *Revue canadienne de bioéthique* assument la responsabilité entière de l'acceptation finale et de la publication d'un article.

Reviewer evaluations are given serious consideration by the editors and authors in the preparation of manuscripts for publication. Nonetheless, being named as a reviewer does not necessarily denote approval of a manuscript; the editors of *Canadian Journal of Bioethics* take full responsibility for final acceptance and publication of an article.

RÉFÉRENCES

1. Charte Canadienne des Droits et Libertés (partie 1).1982.
2. Deschamps P. Les soins de fin de vie : repères éthiques, juridiques et sociétaux: Lexisnexis; 2017.
3. Shaw J, Downie J. Welcome to the wild, wild north: conscientious objection policies governing Canada's medical, nursing, pharmacy, and dental professions. Bioethics. 2014;28(1):33-46.
4. Gouvernement du Québec. Loi concernant les soins de fin de vie. L.Q. 2014 c.-2. Québec, Québec: Les éditeurs du Québec; 2015.
5. Collège des Médecins du Québec. Code de déontologie des médecins. 2017.
6. Ordre des pharmaciens du Québec. Code de déontologie des pharmaciens. 2008.
7. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Code de déontologie des infirmières et infirmiers. 2015.
8. Theriot KH, Connelly K. Free to do no harm: Conscience protections for healthcare professionals. Arizona State Law journal. 2017;49(2):549-605.
9. Morrison J, Allekotte M. Duty first: Towards patient-centered care and limitations on the right to refuse for moral, religious or ethical reasons. Ave Maria Law Review. 2010;9(1):141-2.
10. Fovargue S, Neal M. 'In good conscience': conscience-based exemptions and proper medical treatment. Medical Law Review. 2015;23(2):221-41.
11. Truchon c. Procureur général du Canada. QCCS 3792. 2019.
12. Gouvernement du Québec. L'aide médicale à mourir pour les personnes en situation d'inaptitude : le juste équilibre entre le droit à l'autodétermination, la compassion et la prudence. Gouvernement du Québec; 2019.
13. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. Journal of Advanced Nursing. 2005;52(5):546-53.
14. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. PLoS Medicine. 2009;6(7):e1000097.
15. Ancell A, Sinnott-Armstrong W. How to allow conscientious objection in medicine while protecting patient rights. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. 2017;26(1):120-31.
16. Giubilini A. The paradox of conscientious objection and the anemic concept of 'conscience': downplaying the role of moral integrity in health care. Kennedy Institute of Ethics journal. 2014;24(2):159-85.
17. Giubilini A. Objection to conscience: an argument against conscience exemptions in healthcare. Bioethics. 2017;31(5):400-8.
18. Liberman A. Wrongness, responsibility, and conscientious refusals in health care. Bioethics. 2017;31(7):495-504.
19. Buchbinder M, Lassiter D, Mercier R, Bryant A, Lyerly AD. Reframing conscientious care: providing abortion care when law and conscience collide. Hastings Center Report. 2016;46(2):22-30.
20. Harter TD. Toward accommodating physicians' conscientious objections: an argument for public disclosure. Journal of Medical Ethics. 2015;41(3):224-8.
21. Lertxundi R, Ibarrondo O, Merki-Feld GS, Rey-Novoa M, Rowlands S, Mar J. Proposal to inform European institutions regarding the regulation of conscientious objection to abortion. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2016;21(3):198-200.
22. Bitzer J. Conscientious objection - to be or not to be. European Journal of Contraception & Reproductive Health Care. 2016;21(3):195-7.
23. Card RF. Reasonability and conscientious objection in medicine: A reply to Marsh and an elaboration of the reason-giving requirement. Bioethics. 2014;28(6):320-6.
24. Fiala C, Arthur JH. There is no defence for 'Conscientious objection' in reproductive health care. European Journal of Obstetrics & Gynecology & Reproductive Biology. 2017;216:254-8.
25. Frader J, Bosk CL. The personal is political, the professional is not: conscientious objection to obtaining/providing/acting on genetic information. Am J Med Genet C Semin Med Genet. 2009;151c(1):62-7.

26. Meaney J, Casini M, Sagnolo AG. Objective reasons for conscientious objection in health care. The National Catholic Bioethics Center. 2012;12(4):611-20.
27. Shanawani H. The challenges of conscientious objection in health care. Journal of Religion & Health. 2016;55(2):384-93.
28. Lachman VD. Conscientious objection in nursing: definition and criteria for acceptance. Medsurg Nursing. 2014;23(3):196-8.
29. Savulescu J, Schuklenk U. Doctors have no right to refuse medical assistance in dying, abortion or contraception. Bioethics. 2017;31(3):162-70.
30. Magelssen M. When should conscientious objection be accepted? Journal of Medical Ethics. 2012;38(1):18-21.
31. Durand G. Introduction générale à la bioéthique: histoire, concepts et outils: Fides; 2005.
32. Weinstock D. Conscientious refusal and health professionals: does religion make a difference? Bioethics. 2014;28(1):8-15.
33. Sutton EJ, Upshur REG. Are there different spheres of conscience? J Eval Clin Pract. 2010;16:338-43.
34. Campbell M. Conscientious objection, health care and Article 9 of the European Convention on Human Rights. Medical Law International. 2011;11(4):284-304.
35. Schuklenk U, Smalling R. Why medical professionals have no moral claim to conscientious objection accommodation in liberal democracies. Journal of Medical Ethics. 2017;43(4):234-40.
36. Stahl RY, Emanuel EJ. Physicians, not conscripts - conscientious objection in health care. New England Journal of Medicine. 2017;376(14):1380-5.
37. West-Oram P, Buyx A. Conscientious objection in healthcare provision: a new dimension. Bioethics. 2016;30(5):336-43.
38. Schuklenk U. Conscientious objection in medicine: accommodation versus professionalism and the public good. British medical bulletin. 2018;126(1):47-56.
39. Card RF. Reasons, reasonability and establishing conscientious objector status in medicine. Journal of Medical Ethics. 2017;43(4):222-5.
40. Deckers J. The right to life and abortion legislation in England and Wales: a proposal for change. Diametros: An Online Journal of Philosophy. 2010;26:1-22.
41. Fleming V, Frith L, Luyben A, Ramsayer B. Conscientious objection to participation in abortion by midwives and nurses: a systematic review of reasons. BMC Medical Ethics. 2018;19:31.
42. Ford NJ, Fraser KD, Marck PB. Conscientious objection: a call to nursing leadership. Nursing Leadership. 2010;23(3):46-55.
43. Maclure J, Dumont I. Selling conscience short: a response to Schuklenk and Smalling on conscientious objections by medical professionals. Journal of Medical Ethics. 2017;43(4):241-4.
44. Wester G. Conscientious objection by health care professionals. Philosophy Compass. 2015;10(7):427-37.
45. Christie T, Sloan J, Dahlgren D, Koning F. Medical assistance in dying in canada: an ethical analysis of conscientious and religious objections. BioéthiqueOnline. 2016;5(14):1-9.
46. Committee on Bioethics. Policy statement--Physician refusal to provide information or treatment on the basis of claims of conscience. Pediatrics. 2010;124(6):1689-93.
47. Sulmasy DP. What is conscience and why is respect for it so important? Theoretical Medicine and Bioethics. 2008;29(3):135-49.
48. Association des infirmières et infirmiers du Canada. Code de déontologie des infirmières et infirmiers autorisés. 2017.
49. Card RF. The inevitability of assessing reasons in debates about conscientious objection in medicine. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. 2017;26(1):82-96.
50. Kennett J. The cost of conscience: Kant on conscience and conscientious objection. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. 2017;26(1):69-81.
51. Clarke S. Two concepts of conscience and their implications for conscience-based refusal in healthcare. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. 2017;26(1):97-108.
52. Morton NT, Kirkwood KW. Conscience and conscientious objection of health care professionals refocusing the issue. HEC Forum. 2009;21(4):351-64.
53. Lamb C, Babenko-Mould Y, Evans M, Wong CA, Kirkwood KW. Conscientious objection and nurses: Results of an interpretive phenomenological study. Nursing Ethics. 2018:969733018763996.
54. Wicclair MR. Conscientious Objection in Health Care: An Ethical Analysis: Cambridge University Press; 2011.
55. Lamb C, Evans M, Babenko-Mould Y, Wong CA, Kirkwood KW. Conscience, conscientious objection, and nursing: A concept analysis. Nursing Ethics. 2019;26(1):37-49.
56. Fourez G. La construction des sciences: Les logiques des inventions scientifiques. Bruxelles, Belgique: De Boeck Supérieur; 2001.
57. Fourez G, Larochelle M. Apprivoiser l'épistémologie. Bruxelles, Belgique: De Boeck Supérieur; 2009.
58. Albisser Schleger H, Oehninger NR, Reiter-Theil S. Avoiding bias in medical ethical decision-making. Lessons to be learnt from psychology research. Medicine, Health Care and Philosophy. 2011;14(2):155-62.
59. Bouthillier M-E, Opatrny L. A qualitative study of physicians' conscientious objections to medical aid in dying. Palliative Medicine. 2019;33(9):1212-20.
60. Dumont I, Maclure J. Objection de conscience et aide médicale à mourir : une étude qualitative auprès de médecins québécois. Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique. 2019;2(2):110-34.

61. Oliphant A, Frolic AN. Becoming a medical assistance in dying (MAiD) provider: an exploration of the conditions that produce conscientious participation. Journal of Medical Ethics. 2021;47(1):51.
62. Senga B. Accès à l'aide médicale à mourir : « Des inégalités claires » en Ontario. Radio-Canada. 3 mars 2020.
63. Hamric AB, Delgado SA. Ethical decision making. In: Hamric AB, Hanson CM, Tracy MF, O'Grady ET, editors. Advanced Practice Nursing. 5 ed. St-Louis: Elsevier; 2014. p. 328-58.