



Protection of Conscience Project

www.consciencelaws.org

ADVISORY BOARD

Dr. Shahid Athar, MD
*Expert-conseil en
endocrinologie
et en médecine interne
École de médecine de l'Indiana
Indianapolis, Indiana, É.-U.*

J. Budziszewski, PhD
*Professeur, départements du
gouvernement et de
philosophie,
Université du Texas,
Austin, É.-U.*

Abdulaziz Sachedina, PhD
*Département d'études religieuses
Université de Virginie,
Charlottesville, Virginie, É.-U.*

Roger Trigg, MA, DPhil
*Directeur académique, Centre
d'études de la religion dans la vie
publique, Collège Kellogg,
Université d'Oxford,
Royaume-Uni*

Lynn D. Wardle, JD
*Professor of Law,
Professeure de droit,
École de droit J. Reuben Clark,
Université Brigham Young,
Salt Lake City, Utah, É.-U.*

ÉQUIPE DE PROJET

Spécialiste des droits de la personne

Rocco Mimmo, LL.B., LL.M.
*Centre Ambrose de la liberté de
religion, Sydney, Australie*

Administrateur
Sean Murphy

Présentation au Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir

Parlement du Canada (31 janvier 2015)

I. Introduction

I.1 Le Protection of Conscience Project ne se prononce pas sur l'acceptation de l'euthanasie ou de le suicide médicalement assisté, ni sur le bien-fondé de la légalisation de ces procédures. L'objectif du Protection of Conscience Project est de s'assurer que les travailleurs de la santé qui s'opposent à pratiquer des homicides et des suicides ou à y participer pour des raisons de conscience ou de religion ne sont pas obligés de le faire, ni punis ou désavantagés en cas de refus.

II. Recommandations provinciales-territoriales

II.1 Le Groupe consultatif provincial-territorial d'experts sur l'aide médicale à mourir a formulé 43 recommandations concernant la mise en œuvre de la décision de la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Carter c. Canada (Procureur général)*.¹ Les recommandations suivantes sont particulièrement préoccupantes:

- Que les établissements portant opposition soient obligés de préparer l'homicide ou le suicide assisté dans un autre établissement en amorçant le transfert de patients/résidents;
- Que les médecins ou les travailleurs de la santé portant opposition soient obligés de permettre activement l'homicide ou le suicide par
 - l'octroi de références,
 - la préparation des transferts directs,
 - l'inscription ou la prise de mesures permettant l'inscription de patients à un système d'euthanasie et de suicide assisté similaire à un système de transplantation d'organes.

II.2 Ces recommandations ne correspondent pas à une véritable acceptation de la liberté de conscience et de religion, pour autant que de nombreux objecteurs de conscience considèrent raisonnablement qu'elles sont parties à une complicité inacceptable des homicides et des suicides. Le caractère raisonnable de leur position peut être vérifié en la considérant dans le contexte du droit et de la politique publique.

Date de la révision: 31 janvier,
2016

III. Complicité dans le droit et la politique publique

- III.1 En ce qui concerne le contexte juridique, à l'exception de la décision dans l'affaire *Carter*, les médecins qui ont agi en conformité avec n'importe laquelle de ces recommandations seraient exposés à des poursuites criminelles comme partie à une infraction de meurtre au premier degré ou de suicide assisté, ou de complot en vue de commettre un meurtre au premier degré ou un suicide assisté. De plus, ils seraient tenus civilement responsables de tout dommage résultant des homicides ou des suicides auxquels ils ont pris part.
- III.2 Le contexte de politique publique est apporté par le cas de Maher Arar. En 2002, Maher Arar, un citoyen canadien, a été détenu à New York, interrogé et « remis » aux autorités syriennes par les autorités américaines. Il a été emprisonné pendant près d'un an en Syrie, « interrogé, torturé et détenu dans des conditions dégradantes et inhumaines ». ² Une enquête subséquente « complète et détaillée » « n'a, en fin de compte, fourni aucun élément de preuve indiquant qu'il avait commis une infraction criminelle » et n'a divulgué « aucun élément de preuve [qu'il] représentait une menace pour la sécurité du Canada ». ³ Une commission d'enquête a été nommée pour enquêter sur « les actions des responsables canadiens relativement à Maher Arar ». ⁴
- III.3 Ce qui a préoccupé la population canadienne et le gouvernement était de savoir si le Canada était complice de la torture de Maher Arar. Cette préoccupation est soulevée à plusieurs reprises dans le rapport de la commission d'enquête, la note d'information au commissaire de la GRC, ⁵ le témoignage de l'ambassadeur du Canada en Syrie, ⁶ les références à la complicité de la GRC dans sa déportation, ⁷ la perception de complicité des agents du SCRS qui ont rencontré M. Arar en Syrie, ⁸ la suggestion que la preuve de complicité pourrait faire apparaître un « type d'inconduite », ⁹ et les conclusions et recommandations du rapport. ¹⁰
- III.4 La question de la complicité a de nouveau été soulevée en 2007 quand un article publié dans le *Globe and Mail* de Toronto a allégué que les prisonniers transportés en Afghanistan par les troupes canadiennes et remis aux autorités afghanes ont été maltraités et torturés. ¹¹ On peut y lire que : « Le gouvernement du Canada peut difficilement avancer qu'il ne savait pas ce qui se passait. Au mieux, il a essayé de ne pas savoir; au pire, il savait et il n'a rien fait ». ¹² À cet égard, la complicité n'est pas seulement en faisant une mauvaise action, mais aussi en n'agissant pas et en gardant le silence.
- III.5 L'enquête Arar et les préoccupations soulevées par les articles du *Globe and Mail* sur les détenus afghans ont du sens à condition qu'une personne puisse être moralement responsable des actes commis par une autre personne : voilà la position exacte qu'ont adoptée les médecins qui refusent de se conformer aux exigences de trouver un collègue pour tuer des patients ou les aider à se suicider.
- III.6 La décision *Carter* a changé la loi sur le meurtre et le suicide assisté en créant des exceptions dans des circonstances définies, mais elle n'a pas changé le raisonnement sous-jacent à la loi sur les parties à l'infraction; le même raisonnement qui a poussé la commission d'enquête à enquêter sur le traitement de Maher Arar, le même raisonnement qui a été la bougie d'allumage de l'éditorial du *Globe and Mail* sur le traitement des détenus afghans, et le

même raisonnement utilisé par les médecins et les professionnels de la santé qui refusent de faciliter l'euthanasie ou le suicide assisté par l'octroi de références.

- III.7 Il est impossible de rejeter le raisonnement sous-jacent à la loi sur les parties à l'infraction criminelle, à la responsabilité civile et à la politique publique sur la complicité dans les cas de torture comme n'ayant aucune portée juridique ou éthique pour l'exercice et la protection des libertés fondamentales de conscience et de religion.

IV. Complicité forcée dans les cas d'homicides et de suicides

- IV.1 Le Groupe consultatif d'experts provincial-territorial et certains individus ou groupes influents ou puissants sont d'avis qu'une classe de privilégiés ou d'érudits, certains professionnels ou des institutions étatiques peuvent légitimement obliger des personnes à participer à des homicides ou à des suicides et à les punir si elles refusent.
- IV.2 Rien de tel n'est cité ou sous-entendu dans l'arrêt *Carter*. Il ne s'agit pas d'une limitation raisonnable des libertés fondamentales, mais une attaque répréhensible de ces libertés et une grave violation de la dignité humaine. Du point de vue de l'éthique, c'est illogique, car cela suppose l'existence d'une obligation morale ou éthique de faire ce qu'une personne croit être mal. Du point de vue des libertés civiles et juridiques, c'est très dangereux. Si l'État peut exiger que les citoyens participent aux meurtres d'autres personnes et menacer de les punir ou de faire de la discrimination à leur égard s'ils refusent, alors que pourrait-il ne pas exiger? Néanmoins, le Groupe semble se heurter à une certaine résistance sur le plan de la participation forcée à des homicides et des suicides, comme une montagne « uniquement canadienne » à gravir.¹³
- IV.3 Si tel est le cas, c'est une réponse légitime à une exigence uniquement canadienne. D'autres pays ont démontré qu'il est possible d'offrir des services d'euthanasie et de suicide assisté sans museler les libertés fondamentales. Aucun autre pays n'a besoin de « références efficaces », de « transferts directs » amorcés par des médecins ou d'autres contraintes obligeant les médecins à participer aux services d'euthanasie et de suicide assisté (annexe A). Il semble qu'ils reconnaissent un point soulevé par la Dre Monica Branigan lors de sa comparution devant le Comité : « il est impossible de bâtir un système durable sur la détresse morale. »¹⁴

V. Compétence fédérale et provinciale

- V.1 Les gouvernements provinciaux disposent de la compétence principale sur la législation relative aux droits de la personne, assujettie à la *Charte canadienne des droits et libertés*. En raison du sujet abordé dans ce cas particulier (homicide et suicide), le gouvernement fédéral dispose de la compétence en matière de droit criminel.
- V.2 Le droit criminel n'est pas utilisé pour appliquer ou défendre les libertés et les droits fondamentaux proprement dits. À cet égard, le Canada table sur la législation relative aux droits de la personne. Toutefois, le Canada utilise le droit criminel pour prévenir et punir les violations flagrantes des libertés fondamentales qui posent aussi une grave menace pour la société : surveillance électronique illégale, incarcération et torture, etc.

- V.3 La coercition, l'intimidation ou d'autres formes de pressions visant à obliger les citoyens à participer à un homicide ou un à suicide sont à la fois une violation flagrante des libertés fondamentales et une grave menace pour la société qui justifie le recours au droit criminel.
- V.4 Pour cette raison, peu importe la décision qui sera rendue sur les lois régissant l'euthanasie et le suicide assisté, le Protection of Conscience Project propose que le gouvernement fédéral en fasse une question de droit et de politique publique nationale : personne ne peut en obliger une autre à participer à un homicide ou à un suicide et personne ne peut être puni ou désavantagé pour avoir refusé de le faire, même si l'homicide ou le suicide n'est pas une infraction criminelle. L'annexe B propose une modification au *Code Criminel* visant à atteindre cet objectif.

Notes

1. Groupe consultatif provincial-territorial d'experts sur l'aide médicale à mourir, *Rapport final* (30 novembre 2015).
(<http://www.consciencelaws.org/archive/documents/2015-12-14-prov-panel.pdf>) Pour des commentaires sur le *Rapport*, voir MurphyS. « A uniquely Canadian approach to freedom of conscience: Experts recommend coercion to ensure delivery of euthanasia and assisted suicide », *Protection of Conscience Project*, 22 janvier 2016.
(<http://www.consciencelaws.org/law/commentary/legal073-012.aspx>)
2. Commission d'enquête sur les actions des responsables canadiens relativement à Maher Arar, *Rapport sur les événements concernant Maher Arar : Analyse et recommandations*, (ci-après, « Enquête Arar : Analyse et recommandations »), p. 9
(http://epe.lac-bac.gc.ca/100/206/301/pco-bcp/commissions/maher_arar/07-09-13/www.ararcommission.ca/fr/AR_French.pdf) (consulté le 27 janvier 2016).
3. *Enquête Arar : Analyse et recommandations*, p. 39
(http://epe.lac-bac.gc.ca/100/206/301/pco-bcp/commissions/maher_arar/07-09-13/www.ararcommission.ca/eng/AR_English.pdf) (consulté le 27 janvier 2016).
4. *La vice-première ministre rend public le mandat de la commission d'enquête publique sur l'affaire Maher Arar*.
(http://epe.lac-bac.gc.ca/100/206/301/pco-bcp/commissions/maher_arar/07-09-13/www.ararcommission.ca/eng/Terms_of_Reference.pdf)(consulté le 27 janvier 2016) [EN ANGLAIS SEULEMENT].
5. Commission d'enquête sur les actions des responsables canadiens relativement à Maher Arar, *Rapport sur les événements concernant Maher Arar : Les faits*, (ci-après « Enquête Arar ») Vol. 1, p. 71
(http://epe.lac-bac.gc.ca/100/206/301/pco-bcp/commissions/maher_arar/07-09-13/www.ararcommission.ca/fr/Vol_I_French.pdf) (consulté le 27 janvier 2016).
6. *Enquête Arar* : Vol. I, p. 293.
7. *Enquête Arar* : Vol. I, p. 324-325.

8. *Enquête Arar* : Vol. I, p. 338-339.
9. *Enquête Arar* : Vol. II, p. 843
(http://epe.lac-bac.gc.ca/100/206/301/pco-bcp/commissions/maher_arar/07-09-13/www.ararcommission.ca/fr/Vo_II_French.pdf) (consulté le 27 janvier 2016)..
10. *Enquête Arar : Analyse et recommandations*, p. 32, 38, 213-214, 291, 376-377.
11. Smith, Graeme, « From Canadian custody into cruel hands », *Globe and Mail*, 23 avril 2007
(<http://www.theglobeandmail.com/news/world/from-canadian-custody-into-cruel-hands/articleA585956/?page=all>) (consulté le 27 janvier 2016).
12. Éditorial, « The truth Canada did not wish to see », *Globe and Mail*, 2 avril 2007
(<http://www.theglobeandmail.com/opinion/the-truth-canada-did-not-wish-to-see/article1074431/>)
(consulté le 27 janvier 2016) [TRADUCTION].
13. Réunion n° 5, PDAM – Comité mixte spécial sur l’aide médicale à mourir, 26 janvier 2016.
Maureen Taylor, speaking for the Provincial-Territorial Expert Advisory Group on Physician Assisted Dying - 19:07:53 à 19:08:11
([http://parlvu.parl.gc.ca/XRender/en/PowerBrowser/PowerBrowserV2/20160126/-1/24370?useragent=Mozilla/5.0 \(Windows NT 6.1; WOW64; Trident/7.0; SLCC2; .NET CLR 2.0.50727; .NET CLR 3.5.30729; .NET CLR 3.0.30729; Media Center PC 6.0; .NET4.0C; .NET4.0E; InfoPath.3; GWX:DOWNLOADED; rv:11.0\) like Gecko](http://parlvu.parl.gc.ca/XRender/en/PowerBrowser/PowerBrowserV2/20160126/-1/24370?useragent=Mozilla/5.0%20(Windows%20NT%206.1;%20WOW64;%20Trident/7.0;%20SLCC2;%20.NET%20CLR%202.0.50727;%20.NET%20CLR%203.5.30729;%20.NET%20CLR%203.0.30729;%20Media%20Center%20PC%206.0;%20.NET4.0C;%20.NET4.0E;%20InfoPath.3;%20GWX:DOWNLOADED;%20rv:11.0)like%20Gecko)) (consulté le 28 janvier 2016).
14. Réunion n° 6, PDAM – Comité mixte spécial sur l’aide médicale à mourir, 27 janvier 2016.
Dr. Monica Branigan, speaking for the Canadian Society of Palliative Care Physicians - 17:29:02 à 17:29:30
([http://parlvu.parl.gc.ca/XRender/en/PowerBrowser/PowerBrowserV2/20160127/-1/24367?useragent=Mozilla/5.0 \(Windows NT 6.1; WOW64; Trident/7.0; SLCC2; .NET CLR 2.0.50727; .NET CLR 3.5.30729; .NET CLR 3.0.30729; Media Center PC 6.0; .NET4.0C; .NET4.0E; InfoPath.3; GWX:DOWNLOADED; rv:11.0\) like Gecko](http://parlvu.parl.gc.ca/XRender/en/PowerBrowser/PowerBrowserV2/20160127/-1/24367?useragent=Mozilla/5.0%20(Windows%20NT%206.1;%20WOW64;%20Trident/7.0;%20SLCC2;%20.NET%20CLR%202.0.50727;%20.NET%20CLR%203.5.30729;%20.NET%20CLR%203.0.30729;%20Media%20Center%20PC%206.0;%20.NET4.0C;%20.NET4.0E;%20InfoPath.3;%20GWX:DOWNLOADED;%20rv:11.0)like%20Gecko)) (consulté le 28 janvier 2016) [TRADUCTION].

Annexe A

Comparaisons internationales

A1. Pays-Bas

- A1.1 L'homicide consensuel et le suicide assisté demeurent interdits aux Pays-Bas par le *Code pénal*. La *Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act* néerlandaise (loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide) n'autorise en fait ni le suicide médicalement assisté ni l'euthanasie, mais fournit aux médecins qui adhèrent à ses exigences un moyen de défense opposable à une accusation criminelle.¹ À cet égard, elle est analogue aux dispositions du *Code criminel* canadien concernant l'avortement thérapeutique de 1969 à 1988 et aux exemptions offertes dans la décision *Carter*.
- A1.2 L'une des exigences de la loi néerlandaise est que le médecin estime la demande du patient mûrement réfléchie. Il doit aussi croire les souffrances du patient durables et intolérables. Un médecin qui aurait tué un patient, aidé un patient à se suicider ou facilité ou encouragé l'un ou l'autre de ces actes sans entretenir ces deux convictions n'aurait aucun moyen de défense contre une accusation de meurtre ou de suicide assisté.
- A1.3 Les médecins qui s'opposent à l'euthanasie et au suicide assisté pour des raisons de conscience ne croient généralement pas qu'une demande à l'un de ces deux égards puisse être « mûrement réfléchie ». Il se pourrait par ailleurs qu'ils ne jugent pas les souffrances d'un patient « durables et intolérables », particulièrement si elles peuvent être soulagées. Le moyen de défense susmentionné est toutefois conditionnel à ces deux convictions; le doute ne suffit pas, en cas d'accusations criminelles, pour s'en prévaloir.
- A1.4 L'interdiction légale d'homicide et de suicide assisté ne se trouvant pas, dans de telles circonstances, supplantée, il ne saurait y avoir d'obligation, de la part des médecins qui s'opposent à ces actes, d'offrir l'euthanasie ou l'aide médicale au suicide ni de procéder à des aiguillages vers lesdites procédures. Ces médecins n'ont pas l'obligation de commettre un crime ni d'y collaborer. La Société royale néerlandaise pour l'avancement de la médecine (KNMG) ne laisse d'ailleurs planer aucun doute à ce propos :
- Les médecins ne sont jamais légalement tenus de satisfaire une demande d'euthanasie. Si, pour quelque raison que ce soit, ils s'opposent à l'euthanasie, ils n'ont pas à coopérer.²
- A1.5 Il n'existe, aux Pays-Bas, aucun devoir de participation à l'euthanasie ou au suicide assisté ni devoir d'aiguillage vers ces mêmes procédures.

A2. Luxembourg

- A2.1 Un médecin qui refuserait de pratiquer l'euthanasie ou l'aide au suicide doit aviser le patient de son refus et des motifs le justifiant.

Le médecin qui refuse de donner suite à une demande d'euthanasie ou d'aide au suicide est tenu, à la demande du patient ou de la personne de confiance, de

communiquer le dossier médical du patient au médecin désigné par ce dernier ou par la personne de confiance.³

A2.2 Il s'agit là d'un transfert de dossier médical à l'initiative du patient.

A3. Belgique

A3.1 Un médecin qui refuserait de pratiquer l'euthanasie ou l'aide au suicide doit aviser le patient de son refus et des motifs le justifiant et, à la demande du patient, transférer le dossier médical à un autre médecin.⁴

A3.2 L'obligation d'aviser le patient et de procéder, sur demande, au transfert des dossiers est identique à celle contenue dans la législation du Luxembourg. Il est ici question d'un transfert de dossiers médicaux à l'initiative du patient.

A3.3 L'homicide consensuel demeure en outre interdit en Belgique. Comme la loi des Pays-Bas, la *Loi relative à l'euthanasie de la Belgique du 28 mai 2002* n'autorise pas vraiment l'euthanasie, mais fournit aux médecins qui adhèrent à ses exigences un moyen de défense opposable à une accusation criminelle.⁵ À cet égard, elle est analogue aux dispositions du *Code criminel* canadien concernant l'avortement thérapeutique de 1969 à 1988 et aux exemptions offertes dans la décision *Carter*.

A3.4 L'une des exigences de la loi belge est que le médecin s'assure que la demande du patient est mûrement réfléchi. Il doit aussi s'assurer que le patient « se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée ». Un médecin qui aurait tué un patient ou facilité ou encouragé l'homicide sans avoir effectué toutes ces vérifications n'aurait aucun moyen de défense contre une accusation de meurtre.

A3.5 Les médecins qui s'opposent à l'euthanasie pour des raisons de conscience ne croient généralement pas pouvoir s'assurer du caractère « mûrement réfléchi » d'une demande à cet effet. Ils sont par ailleurs peu susceptibles de penser que la situation d'un patient peut être décrite comme une « situation médicale sans issue » et pourraient fort bien croire que les souffrances peuvent être atténuées. Le moyen de défense susmentionné est toutefois conditionnel à une conclusion ferme à ces deux égards; le doute ne suffit pas, en cas d'accusations criminelles, pour s'en prévaloir.

A3.6 L'interdiction légale d'homicide ne se trouvant pas, dans de telles circonstances, supplantée, il ne saurait y avoir d'obligation de la part des médecins qui s'opposent d'offrir l'euthanasie ni de procéder à des aiguillages vers ladite procédure. Ces médecins n'ont pas l'obligation de commettre un crime ni d'y collaborer.

A4. Oregon

A4.1 Un médecin incapable d'offrir l'aide au suicide ou se refusant à le faire doit, à la demande du patient, transférer le dossier médical à un autre médecin. Il s'agit là d'un transfert de dossiers médicaux à l'initiative du patient, comme celui exigé au Luxembourg et en Belgique.

A4.2 La *Death with Dignity Act* (loi sur la mort dans la dignité) de l'Oregon permet aux

établissements de soins de santé d'interdire la « participation » au suicide assisté sur leur propriété. Dans cette situation particulière – lorsqu'un médecin souhaite aiguiller un patient vers le suicide assisté – la loi stipule que la « participation » ne comprend pas l'aiguillage. L'établissement de soins de santé peut donc interdire la fourniture d'une dose mortelle de médicaments sur sa propriété, mais ne peut interdire l'aiguillage par un médecin consentant vers une source externe.⁶

- A4.3 La définition spéciale de « participation » dans cette situation précise, qui a pour but d'exclure l'aiguillage, confirme que le terme serait normalement compris comme englobant l'aiguillage; dans le cas contraire, une définition spéciale n'aurait pas été nécessaire.

A5. Washington (État)

- A5.1 Un médecin incapable d'offrir l'aide au suicide ou se refusant à le faire doit, à la demande du patient, transférer le dossier médical à un autre médecin. Il s'agit là d'un transfert de dossiers médicaux à l'initiative du patient, comme celui exigé au Luxembourg, en Belgique et en Oregon.
- A5.2 La *Death with Dignity Act* (loi sur la mort dans la dignité) de l'État de Washington permet aux établissements de soins de santé d'interdire la « participation » au suicide assisté sur leur propriété. Dans cette situation particulière – lorsqu'un médecin souhaite aiguiller un patient vers le suicide assisté – la « participation » ne comprend pas l'aiguillage. L'établissement de soins de santé peut donc interdire la fourniture d'une dose mortelle de médicaments sur sa propriété, mais ne peut interdire l'aiguillage par un médecin consentant vers une source externe.⁷ La disposition en question est identique à celle de la *Death with Dignity Act* de l'Oregon.
- A5.3 La définition spéciale de « participation » dans cette situation précise, qui a pour but d'exclure l'aiguillage, confirme que le terme serait normalement compris comme englobant l'aiguillage; dans le cas contraire, une définition spéciale n'aurait pas été nécessaire.

A6. Vermont

- A6.1 La question de l'aiguillage est abordée dans la *Patient Choice and Control at the End of Life Act* (loi relative au choix et au contrôle du patient en fin de vie) du Vermont, qui impose aux médecins souhaitant offrir l'aide au suicide – et à eux seuls – un devoir d'aiguillage [art. 5283a)(7)].⁸ Aucun devoir d'aiguillage n'est cependant imposé aux médecins qui refuseraient de participer au suicide assisté.
- A6.2 La loi indique plutôt que « médecin, pharmacien, *infirmières ou autres personnes* n'ont aucune obligation, que ce soit *en vertu d'une loi* ou d'un contrat, de *participer* à la fourniture d'une dose mortelle de médicaments à un patient » [art. 5285a), traduction, italique ajouté]. On remarquera plus particulièrement qu'elle annule toute obligation dont l'existence pourrait être avancée en common law ou en application d'une autre loi.
- A6.3 Puisqu'au Vermont, seuls les médecins peuvent prescrire une dose mortelle de médicaments et que seuls les médecins et les pharmaciens peuvent la dispenser, l'extension de la protection aux infirmières ou autres personnes indique que le terme « participer » est utilisé dans la loi en son sens normal, pour englober les autres actes qui pourraient contribuer à la fourniture d'une dose mortelle de médicaments, comme l'aiguillage.

A7. Californie

A7.1 La loi sur le suicide assisté de Californie prévoit la possibilité, pour les fournisseurs de soins de santé, de refuser de « participer » de quelque manière que ce soit à la prestation de l'aide au suicide. Ils peuvent refuser « d'informer un patient concernant ses droits » au suicide assisté et refuser de l'aiguiller vers un médecin offrant l'aide au suicide.⁹

Si un fournisseur de soins de santé est incapable de donner suite à la demande d'une personne qualifiée en vertu de la présente section ou s'y refuse et que ladite personne se tourne vers un nouveau fournisseur pour obtenir des soins, elle peut demander, en vertu de la loi, une copie de ses dossiers médicaux.¹⁰

[TRADUCTION]

A7.2 Un établissement pourrait interdire à ses employés, à ses sous-traitants ou à d'autres personnes travaillant, dans le cadre de leur emploi, sur sa propriété de participer au suicide assisté,¹¹ pourvu qu'il les avise d'abord de ses politiques.¹² Cela fait, il peut prendre des mesures en cas d'infraction auxdites politiques.¹³ Il ne peut cependant interdire aux employés, aux sous-traitants et autres de participer au suicide assisté où que ce soit ailleurs.¹⁴

A7.3 Un établissement ne peut non plus interdire aux employés, aux sous-traitants ni à d'autres personnes sur sa propriété de poser un diagnostic ou d'effectuer une évaluation (même si ces actes pourraient servir à faciliter le suicide assisté), d'informer un patient du diagnostic, du pronostic, etc., de conseiller un patient relativement à la disponibilité, ailleurs, du suicide assisté ou, à la demande du patient, de l'aiguiller vers un autre fournisseur de soins de santé pour le suicide assisté.¹⁵ La disposition en question est analogue aux lois de l'Oregon (A4.2) et de Washington (A5.2).

A7.4 Dans la situation particulière décrite en A7.3, lorsqu'un médecin souhaite aiguiller un patient pour un suicide assisté, la « participation » ne comprend pas l'aiguillage. La définition spéciale de « participation » dans cette situation précise, qui a pour but d'exclure l'aiguillage, confirme que le terme serait normalement compris comme englobant l'aiguillage; dans le cas contraire, une définition spéciale n'aurait pas été nécessaire.

Notes

1. *Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act* (<http://www.eutanasia.ws/documentos/Leyes/Internacional/Holanda Ley 2002.pdf>) (consulté le 24 juillet 2015).

2. Société royale néerlandaise pour l'avancement de la médecine, *Euthanasia in the Netherlands* (<http://knmg.artsennet.nl/Dossiers-9/Dossiers-thematrefwoord/Levenseinde/Euthanasia-in-the-Netherlands-1.htm>) (consulté le 24 juillet 2015) [TRADUCTION].

3. *L'euthanasie et l'assistance au suicide : Loi du 16 mars 2009 – 25 questions, 25 réponses*. Annexe 1 : Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, chapitre VIII, article 15. Grand-Duché de Luxembourg, ministère de la Santé, ministère de la Sécurité sociale (juin 2010) (<http://www.sante.public.lu/fr/publications/e/euthanasie-assistance-suicide-questions->

reponses-fr-de-pt-en/euthanasie-assistance-suicide-questions-fr.pdf) (consulté le 24 juillet 2015).

4. Kidd D. (trad.) « Belgian Act on Euthanasia of May 28, 2002 », article 14. *Ethical Perspectives*, vol. 9, no 2-3 (2002), p. 182. (Ci-après « BAE ».) (<http://www.ethical-perspectives.be/viewpic.php?TABLE=EP&ID=59>) (consulté le 14 janvier 2016).

5. BAE, article 3.

6. Oregon, *Death with Dignity Act*, article 5(3)d(B)iii (<http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Pages/ors.aspx>) (consulté le 26 juillet 2015).

7. Washington, *Death with Dignity Act*, 70.245.190(2)d(ii)C (K"<http://app.leg.wa.gov/rcw/default.aspx?cite=70.245.190>"\h<http://app.leg.wa.gov/rcw/default.aspx?cite=70.245.190>) (consulté le 26 juillet 2015).

8. Vermont, Loi 39- *Patient Choice and Control at the End of Life Act*, (<http://legislature.vermont.gov/statutes/fullchapter/18/113>) (consulté le 25 avril 2015).

9. *An act to add and repeal Part 1.85 (commencing with Section 443) of Division 1 of the Health and Safety Code, relating to end of life* (ci-après « HSC de la Californie ») 443.14(e)2 (<http://www.consciencelaws.org/law/laws/usa-california-002.aspx>)

10. *HSC de la Californie*, 443.14(e)3

11. *HSC de la Californie*, 443.15(a)

12. *HSC de la Californie*, 443.15(b)

13. *HSC de la Californie*, 443.15(c)

14. *HSC de la Californie*, 443.15(d)

15. *HSC de la Californie*, 443.15(f)3

Annexe B

Loi sur la protection contre l'homicide et le suicide

Article 241.1 du Code criminel

Contrainte à participer à un homicide ou à un suicide

241.1(1) Commet une infraction quiconque oblige, par l'exercice du pouvoir ou l'intimidation, une autre personne à participer à un homicide ou à un suicide.

Punir le refus de participer à un homicide ou à un suicide

241.1(2) Commet une infraction quiconque

- a) refuse d'embaucher une personne ou d'admettre une personne dans un syndicat, une association professionnelle, une école ou un programme éducatif parce que cette personne a refusé de participer à un homicide ou à un suicide;
- b) refuse d'embaucher une personne ou d'admettre une personne dans un syndicat, une association professionnelle, une école ou un programme éducatif parce que cette personne a refusé de répondre à des questions sur la participation à un homicide ou à un suicide ou d'en discuter.

Intimidation pour participer à un homicide ou à un suicide

241.1(3) Commet une infraction quiconque, dans le but de faire participer une autre personne à un homicide ou à un suicide

- a) laisse entendre que la participation à un homicide ou à un suicide est une condition d'embauche, contractuelle, d'adhésion ou de pleine participation à un syndicat ou à une association professionnelle, ou d'admission dans une école ou un programme éducatif;
- b) profère des menaces ou laisse entendre que le refus de participer à un homicide ou à un suicide portera atteinte à
 - i) ses contrats, son emploi, ses promotions, ses avantages, son salaire, ou
 - ii) son adhésion ou sa pleine participation à un syndicat ou à une association professionnelle.

Définitions

241.1(4)a) Aux fins de la présente section, « personne » comprend une organisation sans personnalité morale, un collectif ou une entreprise.

b) Aux fins du paragraphe (1), « homicide » et « suicide » comprennent la tentative d'homicide et de suicide.

Peine

241.1(5)a) Quiconque commet une infraction visée au paragraphe (1) est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement à vie.

- (b) Quiconque commet une infraction visée au paragraphe (2) est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement de dix ans.
- (c) Quiconque commet une infraction visée au paragraphe (3) est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement de cinq ans.

À propos de Protection of Conscience Project

Le Protection of Conscience Project est une initiative non confessionnelle à but non lucratif appuyée par un Conseil consultatif composé de personnes de différentes disciplines et religions, d'un spécialiste des droits de la personne et d'un administrateur, qui travaillent tous sans rémunération. Le Protection of Conscience Project a été conçu comme une initiative plutôt que comme une organisation, une association ou une société; il ne compte pas de « membres » ni de structures d'une entité incorporée. Le Protection of Conscience Project ne se prononce pas sur la moralité des procédures contentieuses. Il critique plutôt les politiques de coercition et encourage l'adaptation aux professionnels de la santé s'opposant à des procédures.

C'est une chose de limiter la liberté de conscience en adoptant des lois qui empêchent de faire tout ce qu'on veut, mais d'obliger des personnes à poser des gestes qui vont à l'encontre de leurs convictions morales ne peut se faire dans le respect des meilleures traditions et aspirations de démocratie libérale. Le Protection of Conscience Project limite donc la portée de ses activités à la défense de la liberté de conscience dans son sens le plus essentiel et fondamental. Autrement dit, les professionnels de la santé ne doivent pas être obligés de poser des gestes qu'ils estiment mauvais ni être punis pour refuser de le faire.

En 2014, le Protection of Conscience Project s'est joint à la Ligue Catholique des Droits de l'Homme et à la Freedom Alliance pour une intervention devant la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Carter c. Canada*. L'intervention visait à demander à la Cour de présenter des lois comportant des orientations suffisantes pour préserver la liberté de conscience des travailleurs de la santé si la Cour faisait abolir la loi contre l'euthanasie et le suicide assisté.