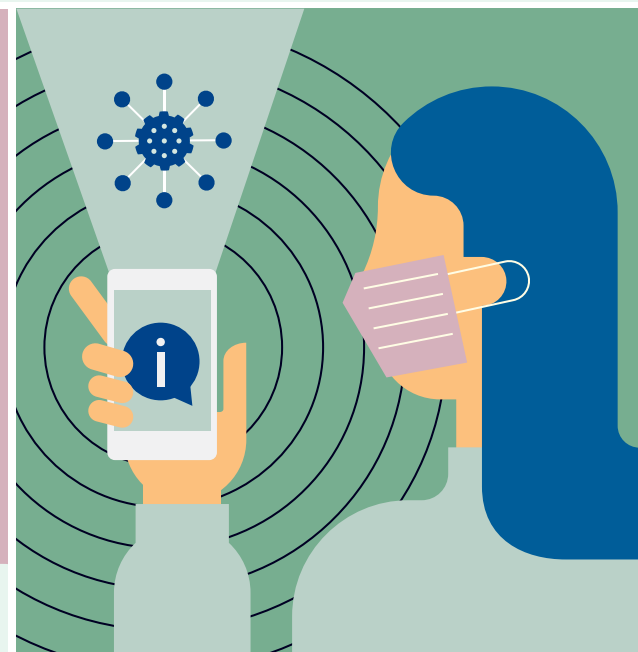


VOCATION M.D.



COLLÈGE
DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

DANS CETTE ÉDITION

1

Améliorer les soins, un kilomètre à la fois

D'origine anichinabée, la résidente Jessie Nault travaille à la mise sur pied d'une clinique mobile, qui sillonnera bientôt la Vallée-de-la-Gatineau et l'Abitibi-Témiscamingue pour offrir des soins adaptés à la réalité des communautés autochtones. Entretien avec une visionnaire inspirante et passionnée.



Compétence ou sécurisation culturelle?

Alors que la compétence culturelle s'inscrit dans les curriculums des programmes universitaires en santé depuis des années, c'est davantage le concept de sécurisation culturelle qui s'impose dorénavant. En quoi ces approches rendent-elles les soins plus équitables ou sécurisants? On se penche sur la question.

2

3

Rédiger ou ne pas rédiger l'ordonnance... telle est la question!

Si vous êtes résidente ou résident, certains proches et membres de votre famille vous ont peut-être déjà sollicité une consultation médicale ou un renouvellement d'ordonnance. Quelles sont les règles en la matière et comment réagir dans une telle situation? Tous les détails ici.

Elles ont brisé le plafond de verre

La contribution des femmes en médecine est longtemps restée dans l'ombre. À l'occasion du 175^e anniversaire du CMQ, découvrez le parcours de quatre pionnières de la profession. Grâce à leur audace et à leur détermination, elles ont tracé la voie pour les générations à venir!

4

5

Le secret professionnel : gare aux fuites!

Le secret professionnel est l'un des piliers de la relation patient-médecin... Pour respecter ce principe fondamental et éviter de fâcheuses conséquences, tant pour soi que pour les autres, lisez ces quelques rappels utiles.

Connaissez-vous bien la clé DSQ?

Testez vos connaissances au sujet de cette toute petite clé... qui vient avec de grandes responsabilités!

6

SUR L'ÉCRAN RADAR

Les 12 et 13 juin prochains se tiendra, dans la ville de Québec, la 52^e édition du Congrès annuel de la Fédération des ordres de médecins du Canada (FOMC), consacrée aux enjeux de discrimination et de racisme dans les soins de santé. À l'occasion de son 175^e anniversaire, le Collège des médecins est particulièrement fier que le Québec soit la province hôte de ce Congrès cette année. Lors de la première Journée nationale de la vérité et de la réconciliation, tenue le 30 septembre 2021, la FOMC s'est notamment engagée à éradiquer le racisme dirigé envers les Autochtones dans l'ensemble des soins de santé au Canada. Lisez sa [déclaration](#).



PROCHAINES DATES À RETENIR

5 JUILLET **Activité de formation ALDO-Québec** (français)

16 AOÛT **Activité de formation ALDO-Québec** (anglais)

15 SEPTEMBRE **Activité de formation ALDO-Québec** (français)

RAPPEL

Pour l'obtention du permis d'exercice, n'oubliez pas de remplir votre [demande d'inscription médicale](#) au plus tard un mois avant la date prévue de votre entrée en pratique. Si c'est déjà fait, ignorez simplement ce rappel!





AMÉLIORER LES SOINS, UN KILOMÈTRE À LA FOIS

D'origine anichinabée, la Dre Jessie Nault termine actuellement sa résidence en obstétrique-gynécologie à l'Université de Montréal. Travaillant à la mise sur pied d'une clinique mobile, le Bimaadiziwin (qui signifie «une bonne vie en santé» en anishinaabemowin), elle compte parcourir bientôt la Vallée-de-la-Gatineau et l'Abitibi-Témiscamingue, avec d'autres collègues médecins spécialistes, pour offrir les meilleurs soins possibles aux patients, autochtones ou non, résidant loin des grands centres. Membre de comités locaux et pancanadiens sur des enjeux liés aux questions autochtones, Jessie Nault a reçu le Prix du leadership en responsabilité sociale du Conseil médical du Canada en 2021. Entretien avec une visionnaire passionnée.

Racontez-nous un peu votre parcours.

Je suis originaire de Maniwaki, une municipalité québécoise au nord d'Ottawa. Toute ma famille y vit encore, pour la majorité, et c'est là où je souhaite m'établir lorsque j'aurai terminé ma résidence. Je suis d'origine anichinabée et je suis fière de mes racines. J'ai vécu aussi une partie de ma vie à Gatineau, parce que c'était plus facile pour mes études et le travail de mes parents.

L'idée de devenir médecin m'est venue assez rapidement. Je me souviens que ma grand-mère avait un dictionnaire médical et que j'aimais le feuilleter et regarder les images avant même de savoir lire. J'ai chéri le rêve d'être médecin tout au long de mes études et j'ai obtenu les notes nécessaires pour être admise au baccalauréat en biologie, avec spécialisation en métabolisme, à l'Université d'Ottawa. Par la suite, toujours à Ottawa, j'ai intégré le programme de doctorat en médecine dédié aux étudiants autochtones.

Quelles sont les particularités de ce programme pour étudiants autochtones à l'Université d'Ottawa ?

Au moment où j'ai participé à ce programme, il y avait sept places réservées pour des étudiants autochtones. Dans ma cohorte, nous étions seulement quatre. En cours d'année, des activités culturelles ou des groupes de discussion étaient organisés. Tout au long de nos études, si on en ressentait le besoin, du soutien nous était offert, que ce soit dans la sphère éducative ou personnelle.

Depuis que je fais ma résidence à l'Université de Montréal, je constate qu'il y a le même principe au Québec. Certaines places dans les programmes sont réservées aux étudiants autochtones qui veulent entrer en médecine.

Étiez-vous déjà sensibilisée aux enjeux de sécurisation culturelle avant d'arriver en médecine ?

J'ai eu très peu à fréquenter des milieux de soins durant ma jeunesse. C'est surtout lorsque je suis arrivée en médecine que j'ai pu constater les enjeux. Pendant mes études, j'ai fait un stage d'un mois dans une clinique d'Ottawa spécialisée dans les soins aux Autochtones vivant en milieu urbain. C'est là où j'ai perçu plus directement la façon dont les patients autochtones pouvaient se sentir par rapport aux milieux hospitaliers traditionnels. Certains patients, par exemple, fréquentaient cette clinique plutôt que de se diriger vers la salle d'urgence d'un hôpital, même si leur situation requérait des soins immédiats, car ils s'y sentaient plus en sécurité. D'autres parcouraient des kilomètres pour venir à cette clinique parce qu'ils faisaient davantage confiance aux professionnels qui y travaillaient.

À un certain moment, l'état de santé de mon grand-père a nécessité de la dialyse. Dans notre municipalité, ce traitement n'était pas offert. Il fallait parcourir 2h30 de route pour obtenir des soins de santé plus spécialisés. L'enjeu de la distance est déterminant pour plusieurs membres de ces communautés. Heureusement, l'hémodialyse a fini par être offerte à l'Hôpital de Maniwaki et mon grand-père a pu recevoir ses soins près de chez lui.

Certains patients fréquentaient cette clinique plutôt que de se diriger vers la salle d'urgence d'un hôpital, même si leur situation requérait des soins immédiats, car ils s'y sentaient plus en sécurité.

Qu'est-ce qui fait en sorte qu'il n'est pas sécurisant pour les gens des communautés autochtones de fréquenter certains milieux de soins ?

Je pense que la réponse est très complexe. Malheureusement, peu importe d'où l'on vient ou qui l'on est, nous avons des biais qui vont s'exprimer de différentes façons. Parfois, des phrases seront dites ou des traitements seront proposés alors que les professionnels de la santé n'ont aucune idée de la réalité du patient. Par exemple, pour les Premières Nations, certains médicaments ou soins de santé sont remboursés par le Programme des services de santé non assurés du gouvernement fédéral, mais pas tous. Imaginez que vous avez parcouru des centaines de kilomètres pour voir un médecin et que vous retournez dans votre communauté avec votre ordonnance... pour apprendre à la pharmacie que ce médicament n'est pas couvert et qu'il faut le déboursier de votre poche, alors que vous n'en avez pas les moyens. Comment pourrez-vous alors contacter de nouveau ce médecin? On sait bien qu'avec l'état actuel du réseau de la santé, l'accès aux soins est difficile. C'est le genre de barrière qui fera en sorte que le patient se sentira dépourvu et non sécurisé parce qu'il ne sera pas adéquatement traité pour son problème.

Le concept des sept générations est également important dans la culture autochtone. Ce qui se passe aujourd'hui aura un impact sur les sept prochaines générations. Et une chose qui s'est produite il y a sept générations a encore un impact aujourd'hui. Au Canada, certaines histoires d'horreur ont eu lieu dans des milieux de soins, et malheureusement encore récemment. De génération en génération, l'information se transmet oralement, et le sentiment d'insécurité, de peur, d'ostracisation se perpétue. Je crois qu'il y a actuellement plusieurs initiatives importantes pour changer les choses. Mais cela prendra probablement sept générations pour produire son plein effet. Donc, il faut commencer dès maintenant pour avoir un impact dans le futur.

Je crois qu'il y a actuellement plusieurs initiatives importantes pour changer les choses. Mais cela prendra probablement sept générations pour produire son plein effet. Donc, il faut commencer dès maintenant pour avoir un impact dans le futur.

Parlez-nous du projet de clinique mobile que vous êtes à mettre sur pied.

C'est un projet qui me tient énormément à cœur et me passionne. Il peut s'appliquer à plusieurs situations et auprès de nombreuses communautés. Cela part d'une réflexion personnelle, mais aussi d'échanges avec des gens autour de moi, très certainement mon grand-père justement. Comme je le mentionnais, il avait besoin de parcourir beaucoup de route au départ pour obtenir ses traitements de dialyse. En pensant à l'histoire de mon grand-père, je me suis dit : comment peut-on aller au-devant des patients? J'avais le désir de mieux desservir les personnes, autochtones ou non, vivant en milieu rural ou dans des régions plus éloignées. Mon objectif est d'offrir des soins spécialisés, personnalisés, culturellement sécurisants, dans les communautés, et possiblement même dans la langue de la personne, si des membres de la famille peuvent servir d'interprètes.

En cours de route, d'autres questions se sont posées. Par exemple, même si les dispensaires de soins accomplissent un travail extraordinaire avec les moyens dont ils disposent, ils n'ont pas nécessairement l'équipement dont j'aurai besoin

pour faire mon travail et donner un bon service aux patientes. Donc, je me suis dit qu'il faudrait que j'apporte mon matériel. D'où l'idée pour mes patientes de me déplacer avec mon appareil d'échographie, mes instruments de gynécologie, peut-être même certains médicaments de base que je pourrais offrir directement pour leur éviter de faire beaucoup de route pour se rendre à la pharmacie.

En parlant de cette idée autour de moi, certains collègues d'autres spécialités ont manifesté leur envie de m'accompagner. Tranquillement, c'est ainsi que l'idée a pris forme. Celle d'un autobus — ou d'une clinique mobile — avec des médecins spécialistes qui voyagent parmi les communautés pour leur offrir des soins de qualité, autant que si l'on était en clinique tertiaire, dans un grand centre urbain.

Prévoyez-vous travailler uniquement sur la route ?

C'est sûr que je ne peux pas offrir toute la gamme de soins en gynécologie à partir d'une clinique mobile. J'ai besoin d'une salle d'accouchement, d'une équipe autour de moi, d'un bloc opératoire pour faire plusieurs interventions. Mais une fois qu'un lien de confiance sera créé avec ces patientes, elles seront plus à l'aise de venir me voir à la clinique. Elles me connaîtront et sauront alors qu'elles recevront des soins culturellement sécurisants, à la hauteur de ce qu'elles méritent.

Cette continuité sera très importante et il en ira de même avec les autres spécialistes qui participeront à la clinique mobile. J'espère que nous pourrons ramener cette confiance des patients autochtones envers les professionnels de la santé. Je pense que ça pourrait faire une énorme différence.

Quand comptez-vous lancer ce projet ?

Dans le meilleur des mondes, ce sera en 2023. La pandémie a rendu les choses plus difficiles. On continue de se réunir, de faire avancer les choses, mais il faut être réaliste. Dès que l'on pourra se lancer, on le fera avec la plus grande joie du monde.

Trouvez-vous que les médecins sont actuellement bien outillés pour travailler avec les Premières Nations ?

Je crois qu'un effort particulier est fait. Des programmes sont mis en place pour mieux former les futurs professionnels de la santé à la réalité des patients autochtones. C'est toutefois à géométrie variable d'un programme à l'autre, d'une université à l'autre, d'une personne à l'autre. Je donne souvent l'exemple de mon collègue résident en chirurgie générale, qui allait obtenir son diplôme l'année suivante et qui n'avait jamais entendu parler de pensionnats autochtones. Cette personne, qui va probablement être un excellent médecin par ailleurs, va sûrement côtoyer des patients autochtones dans sa pratique. Pourtant, il ignore la base même de ce qui a été problématique dans notre histoire au Canada. Je pense que les prochaines générations de médecins auront certains outils, mais il reste des manques.

Que souhaitez-vous dire aux apprenantes et apprenants en médecine ?

Parfois, on peut avoir des craintes: est-ce que je fais la bonne chose? Est-ce que je la fais correctement? Est-ce que je peux créer des traumatismes en raison de ce que je fais? Certaines personnes s'empêchent de tendre la main à cause de cette peur de ne pas faire la bonne chose. On ne peut pas tout savoir. Mais on peut faire notre possible, rester humble envers le patient, avouer ce qu'on ne connaît pas, demander comment on peut l'aider... je pense que c'est fondamentalement un très bon départ.

COMPÉTENCE OU SÉCURISATION CULTURELLE?

Au Canada, l'importance de la compétence culturelle (CC) est reconnue depuis longtemps, comme le démontre sa présence dans les curriculums des programmes universitaires en santé. Toutefois, on parle maintenant davantage de sécurisation culturelle. Concrètement, qu'est-ce que cela signifie? Ces approches parviennent-elles à rendre les soins réellement plus équitables, impartiaux ou sécurisants? Coup d'œil sur ces deux concepts fondamentaux.

De la compétence culturelle...

C'est dans les années 1980 que naît l'intérêt d'étudier l'impact des facteurs culturels sur le diagnostic et le traitement d'une maladie. Pour mieux comprendre ces facteurs, on introduit alors le concept de compétence culturelle (CC) dans les soins de santé. La CC est considérée comme une «approche pour améliorer la prestation des services et soins de santé aux groupes issus de minorités ethniques, en ayant pour but de diminuer les disparités ethniques en santé¹».

Au fil des ans, la notion de CC sera critiquée et révisée. On lui reproche principalement de suggérer que la culture peut être «réduite à des compétences techniques pour lesquelles les cliniciens peuvent être formés et développer une expertise²». Pour remédier à ces failles, plusieurs définitions et autres concepts verront le jour : sensibilité culturelle, humilité, respect, adaptation, compétence transculturelle. Malheureusement, ils ne feront qu'alimenter la confusion, sans parvenir à cibler les interventions nécessaires pour assurer des soins équitables.

... à la sécurisation culturelle

Introduit dans les années 1990, le concept de sécurisation culturelle (SC) adopte un regard différent. La SC met l'accent non pas sur la culture de l'individu, mais plutôt sur les différentes facettes de la société qui peuvent influencer le bien-être ou le mal-être d'une personne dans un contexte de soins. Les différences dues à des incidents historiques, à la décolonisation et aux relations de pouvoir sont notamment prises en compte. La SC invite également la professionnelle ou le professionnel à poser un regard sur soi, et à réfléchir aux façons d'améliorer les soins de santé, en favorisant une relation ouverte, de confiance, dans un environnement sécurisant.

LE SUJET VOUS INTÉRESSE ?

Voici quelques références à consulter :

Elana Curtis et collab. (2019). “Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: a literature review and recommended definition”. *International Journal for Equity in Health*, 18:174.

Lucy Mkandawire-Valhmu (2018). *Cultural Safety, Healthcare and Vulnerable Populations. A Critical Theoretical Perspective*, Routledge, 132 p.



Surtout, dans une logique de SC, c'est à la patiente ou au patient qu'il revient de déterminer si la rencontre est sécurisante.

De plus, la SC évite de créer un stress sur les professionnels issus de minorités culturelles, qui se sentent souvent en conflit de loyauté entre les personnes de leur communauté et les institutions, se retrouvant même parfois à assumer un rôle de médiation ou de traduction. Finalement, elle permet de considérer l'ensemble des circonstances entourant les soins.

Compétence culturelle	Sécurisation culturelle
se place du point de vue de la personne qui dispense les soins	considère que c'est à la patiente ou au patient de déterminer si la rencontre est sécurisante
met l'accent sur la culture de l'individu : langue, ethnicité, nationalité	étudie les différentes facettes de la société qui peuvent influencer le bien-être ou le mal-être d'une personne dans un contexte de soins
cherche à comprendre « l'autre culture », notamment à l'aide d'un questionnaire	invite le personnel soignant à poser un regard sur soi et à voir comment il est possible de créer un climat d'ouverture et de confiance
ne tient pas compte des rapports de pouvoir et des inégalités sociales	prend en considération les différences liées à des incidents historiques, à la décolonisation et aux relations de pouvoir

¹ Curtis E., R. Jones, D. Tipene-Leach, C. Walker, B. Loring, S.-J. Paine et P. Reid (2019). “Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: a literature review and recommended definition”. *International Journal for Equity in Health*, 18:174 (Traduction libre).

² Kleinman A. et Benson P. (2006). “Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix it”. *PLoS Medicine*, 3:1673-1676 (Traduction libre).

VOTRE RÔLE, VOS RESPONSABILITÉS

Dans chaque édition de ce bulletin, un concept du guide [Rôle et responsabilités de l'apprenant et du superviseur](#) est mis en relief. Dans le texte qui suit, découvrez ce qui est autorisé ou non en matière de rédaction d'ordonnances, pour votre entourage et vous.

RÉDIGER OU NE PAS RÉDIGER L'ORDONNANCE... TELLE EST LA QUESTION!

Si vous êtes résidente ou résident, certains proches et membres de votre famille vous ont peut-être déjà sollicité une consultation médicale ou un renouvellement d'ordonnance.

Une petite faveur difficile à refuser...

En effet, il peut être tentant de céder à la demande de renouvellement d'ordonnance de votre tante qui a négligé de prendre son rendez-vous de suivi avec son médecin traitant. Et que dire du cousin qui souhaiterait que vous lui prescriviez une IRM pour accélérer l'investigation de sa blessure à l'épaule ?

Les résidentes et résidents sont autorisés à rédiger et à signer des ordonnances pharmacologiques et des demandes d'investigation ou de consultation **uniquement** pour les patients soignés dans le cadre de leur formation. De plus, l'article 70 du *Code de déontologie des médecins* stipule que: «Le médecin doit, sauf dans les cas d'urgence ou dans les cas qui manifestement ne présentent aucune gravité, s'abstenir de se traiter lui-même ou de traiter toute personne avec qui il existe une relation susceptible de nuire à la qualité de son exercice, notamment son conjoint et ses enfants.»

En effet, on estime que le jugement clinique peut facilement être altéré par l'émotion ou par d'autres facteurs subjectifs lorsqu'il est question des membres de sa famille ou de proches. Ces personnes sont donc d'emblée exclues du groupe de patients dont la résidente ou le résident a la responsabilité dans le cadre de sa formation, et ce, même pour des cas qui manifestement ne présentent aucune gravité.

Que faire si votre cousin insiste ?

Si certains membres de votre famille ou proches se montrent particulièrement insistants, dites-leur simplement que le code de déontologie et les obligations liées à votre statut de résident ne vous permettent pas de leur rendre cette faveur. Encouragez-les plutôt à contacter leur médecin traitant ou à prendre rendez-vous dans une clinique.



RAPPEL IMPORTANT: Il est interdit de se rédiger à soi-même une ordonnance pharmacologique.

Les ordonnances pharmacologiques

Si vous êtes résidente ou résident, selon les activités professionnelles qui vous sont confiées par votre superviseur, vous pouvez rédiger des ordonnances pharmacologiques pour les patients que vous soignez dans le cadre de votre formation. Ces ordonnances n'ont pas à être contresignées par votre superviseur afin d'être honorées par les pharmaciens.

Au moment d'exécuter l'ordonnance, la pharmacienne ou le pharmacien est en mesure de vérifier votre statut inscrit à la RAMQ (actif ou inactif). Si vous n'avez pas de statut actif (ex.: congé de maternité, congé de maladie) et n'êtes donc pas en stage, elle ou il peut refuser de délivrer l'ordonnance. C'est pourquoi il est important d'informer à l'avance votre superviseur d'un changement de votre statut en cours de stage. Vous éviterez ainsi certains maux de tête à vos patients lors de leurs prochains suivis.

Les examens de laboratoire, tests, imageries et investigations

La rédaction d'ordonnances visant des examens de laboratoire, des tests, des imageries et des demandes de consultation peut vous être confiée par votre superviseur et, dans ces cas, ne pas nécessiter de contresignature de sa part. Toutefois, vous devez vous assurer que ces ordonnances contiennent obligatoirement les informations suivantes, écrites lisiblement :

- Nom, prénom et numéro «R» de la résidente ou du résident;
- Nom, prénom et numéro de permis du (de la) superviseur(e) ou du médecin traitant.

Plusieurs médecins peuvent avoir le même nom. Le numéro de permis permet de s'assurer qu'il s'agit de la bonne personne.

Ces informations permettront d'assurer une continuité dans les soins et les suivis. Car n'oublions pas que lorsque vous terminerez votre stage, les résultats d'investigations des patients qui étaient sous votre responsabilité devront demeurer accessibles au superviseur ou au médecin traitant.

ELLES ONT BRISÉ LE PLAFOND DE VERRE

À l'occasion de son 175^e anniversaire, le Collège des médecins du Québec célèbre sa riche histoire, qui est aussi celle de la médecine au Québec. Longtemps, la contribution des femmes en médecine est restée dans l'ombre. Voici le portrait de quatre pionnières exceptionnelles qui ont tracé la voie pour les générations à venir.



OCTAVIA GRACE

(1868-1948)

RITCHIE

La Dre Octavia Grace Ritchie est la première femme à recevoir un diplôme de médecine au Québec en 1891. Fervente militante pour les droits des femmes et spécialiste en gynécologie, elle est la première femme à prononcer le discours d'adieu à McGill en 1888, qu'elle conclut avec le plaidoyer suivant: «Il faut que les femmes de cette ville et de cette province aient accès à une formation en médecine. Cela se fera un jour, mais quand?»



IRMA LEVASSEUR

(1877-1964)

Première médecin canadienne-française à obtenir une licence de pratique du CMQ en 1903, la Dre Irma LeVasseur est une pédiatre qui a voué sa vie aux soins des enfants. Ses multiples initiatives pour venir en aide aux enfants malades et handicapés ne sont malheureusement pas valorisées à son époque. Ainsi, bien qu'elle cofonde l'Hôpital Sainte-Justine (premier hôpital pédiatrique au Québec) et l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, la Dre LeVasseur termine sa vie dans la solitude et la pauvreté. Il faudra attendre les années 1980 pour qu'elle obtienne enfin la reconnaissance qu'elle mérite.

Photo: CHU de Québec-Université Laval



LE SAVIEZ-VOUS ?

C'est en 2018 que, pour la première fois de son histoire, le Québec a compté plus de femmes que d'hommes pratiquant la médecine.

Actuellement,

52%

des médecins au Québec sont des femmes.



MARTHE

PELLAND

La Dre Marthe Pelland est la première Québécoise francophone à être admise à l'étude de la médecine en 1924 à l'Université de Montréal. Brillante et fonceuse, elle termine en tête de sa promotion en 1930 en obtenant la seule mention *Summa cum laude* (très haute distinction) accordée à sa cohorte. Elle est l'une des premières femmes médecins à se spécialiser en neurologie. Toutefois, on en sait bien peu sur sa carrière et sur ses réalisations. Aujourd'hui, elle prête son nom à plusieurs prix pour souligner l'apport des femmes en médecine.



MAUDE ABBOTT

(1868-1940)

Diplômée de l'Université Bishop's en 1894, la Dre Maude Abbott est une pionnière dans l'étude de la cardiologie et de l'enseignement médical au Québec. Comme conservatrice du Musée médical de McGill, elle révolutionne l'enseignement de la pathologie en utilisant le musée comme outil pédagogique. Alors que certains collègues refusent de l'appeler docteure, elle écrit en 1936 l'*Atlas des maladies cardiaques congénitales*, qui jettera les bases de la chirurgie cardiaque moderne.

Photo: Musée McCord/II-150659



Envie d'en savoir plus sur l'histoire de la médecine au Québec ?
Écoutez les premiers épisodes du balado *175 ans d'histoire* du CMQ!

ÉCOUTER

LA DÉONTOLOGIE

ET VOUS

Au-delà des textes officiels de codes et de règlements qui balisent la pratique médicale, cette rubrique aborde des enjeux déontologiques sous un angle pratico-pratique. Découvrez comment ces notions s'appliquent dans des situations du quotidien.

LE SECRET PROFESSIONNEL : GARE AUX FUTURES !

Tout le monde a déjà entendu parler du secret professionnel. Il s'agit du devoir qu'a le professionnel d'assurer la confidentialité des informations transmises par ses clients. En médecine, ce principe est fondamental pour tisser une relation de confiance avec les patients. Si vous possédez un certificat d'immatriculation du CMQ (étudiants), le respect du secret professionnel vous concerne aussi.

Que dit le code de déontologie ?

Les articles 20 et 21 du [Code de déontologie des médecins](#) encadrent de manière précise et assez directive l'application du secret professionnel dans le cadre de l'exercice de la médecine. La prochaine édition de VOCATION M.D. abordera l'article 21, mais pour l'instant attardons-nous à ce que dit l'article 20.

20. Le médecin, aux fins de préserver le secret professionnel :

1° doit garder confidentiel ce qui est venu à sa connaissance dans l'exercice de sa profession ;

2° doit s'abstenir de tenir ou de participer, incluant dans des réseaux sociaux, à des conversations indiscrettes au sujet d'un patient ou des services qui lui sont rendus ou de révéler qu'une personne a fait appel à ses services ;

3° doit prendre les moyens raisonnables à l'égard des personnes qui collaborent avec lui pour que soit préservé le secret professionnel ;

4° ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle au préjudice d'un patient ;

5° ne peut divulguer les faits ou confidences dont il a eu personnellement connaissance, sauf lorsque le patient l'y autorise ou lorsque la loi l'y autorise ou l'ordonne, ou lorsqu'il y a une raison impérative et juste ayant trait à la santé ou la sécurité du patient ou de son entourage ;

6° ne peut révéler à l'entourage du patient un pronostic grave ou fatal si celui-ci le lui interdit ;

7° doit, lorsqu'il exerce auprès d'un couple ou d'une famille, sauvegarder le droit au secret professionnel de chaque membre du couple ou de la famille ;

8° doit prendre les moyens raisonnables pour que soit préservé le secret professionnel lorsqu'il utilise ou que des personnes qui collaborent avec lui utilisent les technologies de l'information ;

9° doit documenter dans le dossier du patient toute communication faite à un tiers, avec ou sans le consentement du patient, d'un renseignement protégé par le secret professionnel.

Quelques éléments à garder en tête

Plusieurs personnes gravitent dans les milieux de soins. Certaines ne sont pas des professionnels. Et même s'il n'y a que des professionnels autour de vous, ceux-ci n'ont pas à connaître des renseignements sur des personnes qui ne sont pas leurs patients. À votre poste de travail, à la cafétéria ou dans les couloirs, la discrétion est la règle d'or.

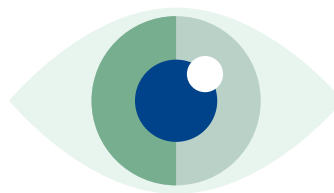
Il est tentant de prendre une photo d'une lésion rarissime, mais c'est plus complexe qu'un simple clic de téléphone cellulaire. Les photos de patients ne peuvent être prises qu'avec le consentement spécifique de ceux-ci et dans un objectif clinique, scientifique ou pédagogique, sous la supervision d'une professionnelle ou d'un professionnel habitué à gérer ces situations.

Face à un pronostic grave ou fatal, c'est la volonté de la patiente ou du patient qui doit vous guider (voir le point 6 de l'article 20 du code de déontologie).

La présence des proches représente un défi lorsqu'il s'agit de préserver le secret professionnel. Validez avec la patiente ou le patient ce qui lui convient et notez-le au dossier. Il est souhaitable de revalider régulièrement, puisqu'elle ou il pourrait avoir changé d'idée.

Tout comme vous ne laisseriez jamais un dossier traîner à la vue de n'importe qui, prenez soin également de fermer vos dossiers électroniques lorsque vous vous absentez et ne laissez personne utiliser votre clé DSQ.

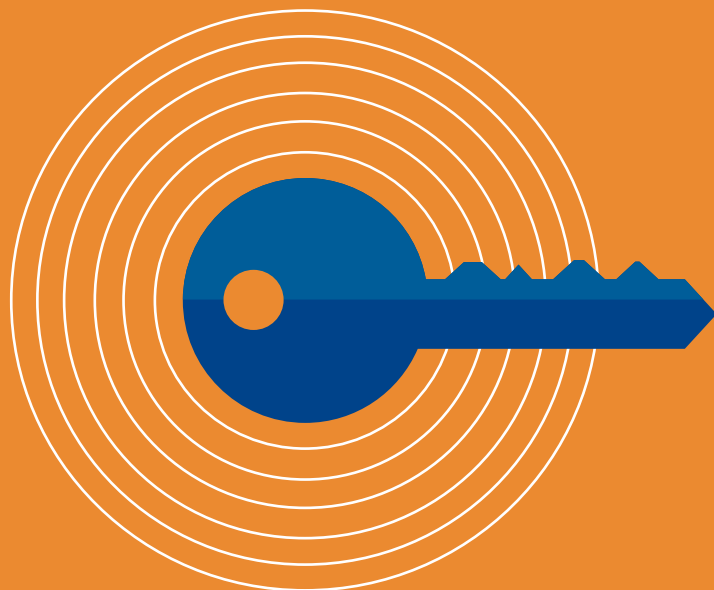
Secret professionnel et médias sociaux font rarement bon ménage. Avant de publier toute information sur vos comptes en ligne, prenez une pause, réfléchissez aux impacts de cette publication sur la confidentialité des renseignements et, en cas de doute, optez pour la prudence!



Tout le monde sait que les murs ont des oreilles, mais dorénavant ce sont aussi les yeux et les oreilles de nos appareils électroniques qui sont omniprésents! Faisons preuve de vigilance...

Les manquements aux devoirs et obligations liés au secret professionnel peuvent avoir de graves conséquences, tant sur la confiance des patients ou des autres professionnels envers le corps médical, que sur l'image de la profession et même sur votre carrière.

Le secret professionnel est l'un des piliers de la relation patient-médecin... prenons-en soin!



CONNAISSEZ-VOUS BIEN **LA CLÉ DSQ?**

Le DSQ, ou Dossier santé Québec, est ce puissant outil provincial sécurisé qui permet de collecter et de conserver des renseignements de santé sur la plupart des personnes qui reçoivent des soins au Québec. Testez vos connaissances sur cette toute petite clé... qui vient avec de grandes responsabilités!

BONNE CHANCE!

FAITES LE TEST!

1. Parmi les énoncés suivants, identifiez celui qui est faux au sujet de la clé DSQ :

- a. Les patients peuvent se désinscrire du programme et il sera alors impossible de consulter leurs renseignements.
- b. Il est interdit d'utiliser la clé DSQ dans des cabinets privés.
- c. Il ne faut jamais laisser une clé DSQ dans un ordinateur pour faciliter la consultation par toute une équipe de soins.
- d. Prêter sa clé DSQ, c'est comme prêter son nom et sa signature électronique; les consultations au DSQ sont archivées et associées au propriétaire de la clé et non pas à la personne à qui la clé fut prêtée.

2. Les personnes qui participent au DSQ ont tous les droits suivants, sauf un. Lequel ?

- a. Droit de refus
- b. Droit d'accès à l'information
- c. Droit de faire ajouter des résultats d'examen provenant de l'étranger, validés par un technicien de laboratoire du pays émetteur
- d. Droit de rectification d'un renseignement de santé les concernant
- e. Droit de porter plainte

3. Lorsque vous consultez le DSQ avec votre clé, toutes les affirmations suivantes sont vraies, sauf une. Laquelle ?

- a. Il est facile de savoir quand vous vous êtes branché(e) et sur quel poste.
- b. Il est facile de voir exactement ce que vous avez consulté, avec la date et l'heure de consultation.
- c. Une notification est envoyée à la personne dont vous avez consulté le dossier.
- d. Si vous êtes nombreux à utiliser la même clé (ce qui est interdit), le système indiquera que c'est le détenteur autorisé de la clé qui a consulté tous les dossiers.

4. Selon l'article 20 du Code de déontologie des médecins, lequel de ces énoncés au sujet du DSQ est vrai ?

- a. Ce que le médecin voit dans le DSQ est aussi secret que ce qu'il voit dans le dossier du patient.
- b. Tout est secret dans le DSQ, sauf les médicaments parce qu'il s'agit d'une suggestion, il n'est pas certain que le patient les consomme.
- c. Si un proche vous questionne au sujet de l'état de santé de son frère, vous pouvez lui montrer son dossier DSQ, mais sans commenter ou fournir d'explications. Le secret professionnel est ainsi préservé.
- d. En acceptant de s'inscrire au DSQ, le patient renonce au secret professionnel.

5. Vous avez trouvé une clé DSQ par terre, dans la salle d'urgence de l'hôpital où vous effectuez un stage. Quelle est la meilleure chose à faire ?

- a. Je la garde, ça me fera une clé de surplus.
- b. Je demande qu'on annonce à l'interphone qu'une clé DSQ a été trouvée à l'urgence.
- c. Je branche la clé, je compose trois mauvais codes pour la bloquer et je la jette à la poubelle.
- d. Je contacte les agents de sécurité, les archivistes ou la direction de l'enseignement, qui m'aideront à remettre cet objet perdu à la personne responsable des clés DSQ dans l'établissement.

VOIR LES RÉPONSES

CONNAISSEZ-VOUS BIEN LA CLÉ DSQ ?

CORRIGÉ - EXPLICATIONS

1. Parmi les énoncés suivants, identifiez celui qui est faux au sujet de la clé DSQ :

- b. Il est interdit d'utiliser la clé DSQ dans des cabinets privés.

La clé DSQ peut être utilisée en cabinet privé. De plus, les patients peuvent effectivement se désinscrire.

2. Les personnes qui participent au DSQ ont tous les droits suivants, sauf un. Lequel ?

- c. Droit de faire ajouter des résultats d'examens provenant de l'étranger, validés par un technicien de laboratoire du pays émetteur

Actuellement, les personnes qui participent au DSQ ne peuvent faire ajouter à leur dossier des résultats d'examens provenant de l'étranger. Les règles qui encadrent la confirmation des résultats d'examens de laboratoire, et la responsabilité à l'égard de ceux-ci, varient d'un état à l'autre, tout comme les contrôles de qualité.

3. Lorsque vous consultez le DSQ avec votre clé, toutes les affirmations suivantes sont vraies, sauf une. Laquelle ?

- c. Une notification est envoyée à la personne dont vous avez consulté le dossier.

Les patients ne sont pas notifiés lorsqu'un professionnel consulte leur dossier, mais ils peuvent demander l'accès à cette information, tout comme un syndic du CMQ pourrait le faire lors d'une enquête liée à un mésusage de la clé.

4. Selon l'article 20 du Code de déontologie des médecins, lequel de ces énoncés au sujet du DSQ est vrai ?

- a. Ce que le médecin voit dans le DSQ est aussi secret que ce qu'il voit dans le dossier du patient.

Tout comme un dossier médical, le contenu du DSQ est confidentiel, y compris la liste de médicaments qui y figure.

5. Vous avez trouvé une clé DSQ par terre, dans la salle d'urgence de l'hôpital où vous effectuez un stage. Quelle est la meilleure chose à faire ?

- d. Je contacte les agents de sécurité, les archivistes ou la direction de l'enseignement, qui m'aideront à remettre cet objet perdu à la personne responsable des clés DSQ dans l'établissement.

Il faut remettre la clé à une personne responsable et sensibilisée au secret professionnel ou aux personnes habilitées à fournir des clés et à en disposer. L'annonce à l'interphone pourrait inciter une personne qui n'était pas détentrice de la clé à s'en déclarer propriétaire et il vous sera difficile de le confirmer. Heureusement, il est quasiment impossible que cette personne puisse consulter les informations contenues sur cette clé, puisque celle-ci est sécurisée.



DES COMMENTAIRES? DES IDÉES DE SUJETS À ABORDER DANS CE BULLETIN? **ÉCRIVEZ-NOUS!**



communications@cmq.org



Instagram



Facebook



YouTube

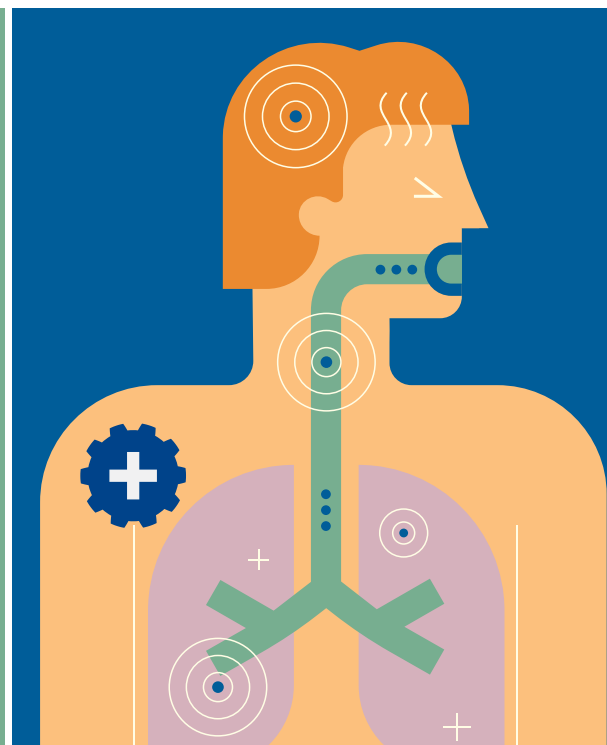


Twitter



LinkedIn

ISSN 2564-2715



COLLÈGE
DES MÉDECINS
DU QUÉBEC