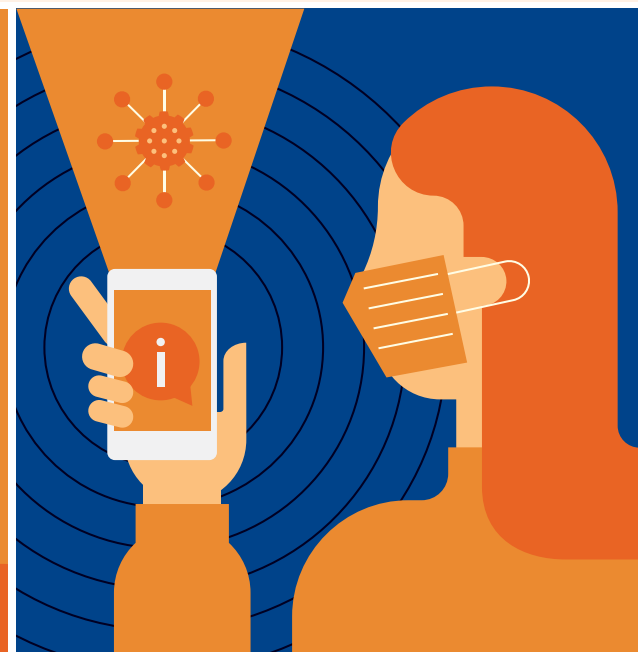




VOCATION M.D.



COLLÈGE
DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

Dans cette édition

De chirurgien à médecin de famille : le parcours remarquable d'un diplômé international en médecine

D'origine algérienne, le Dr Soufiane Bensaidane est arrivé au Canada il y a près de 20 ans. Il nous partage son parcours, mais aussi sa vision de l'enseignement, de la médecine familiale, du travail en région, et nous expose certains préjugés malheureux qui existent encore sur le terrain.

1

2

Pour en finir avec la « normalisation raciale »

La normalisation raciale consiste à effectuer des ajustements aux résultats de tests ou à établir des calculs de risque en fonction de la racisation d'une personne. Ce principe influence-t-il certaines de vos décisions cliniques? Regardons-y de plus près.

Bien utiliser votre clé DSQ : les 3 règles d'or

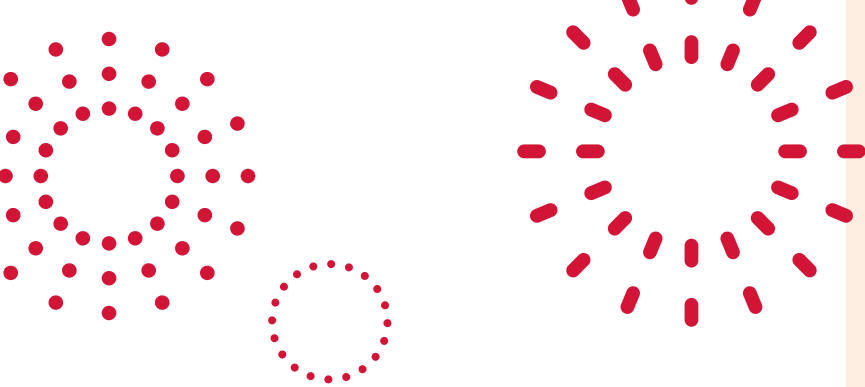
Si vous avez commencé à vous servir de votre clé DSQ, vous savez combien elle est utile pour accéder à une foule d'informations cruciales contenues dans le dossier d'une patiente ou d'un patient. Découvrez les 3 règles d'or à respecter pour en faire bon usage.

3

4

Le secret professionnel en cas de danger imminent ou grave

Comment réagir si l'on juge, dans un contexte clinique, qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes? Faut-il en parler? Si oui, à qui et comment? Voici ce que la déontologie en dit!



175 ans d'histoire

Cette année, le Collège des médecins célèbre son 175^e anniversaire!

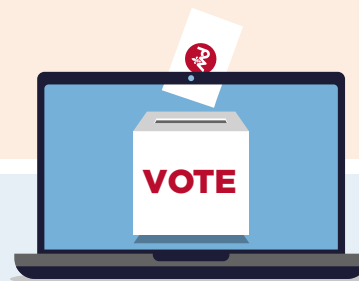
Jusqu'à quel point connaissez-vous le CMQ et son histoire? Osez mettre vos connaissances à l'épreuve grâce à la rubrique «Faites le test!» à la fin de ce bulletin!

5

Sur l'écran radar

Alors que des élections générales se déroulent cet automne au Québec, le Collège n'est pas en reste! Le 5 octobre, les médecins de la région de la Métropole éliront quatre administratrices et administrateurs. Au total, le CA comporte 16 membres qui se réunissent plusieurs fois par année pour discuter d'enjeux importants pour la profession et la société: accès aux soins, collaboration interprofessionnelle, racisme systémique et plus encore!

Un vote à la présidence aura également lieu le 20 octobre, alors que se termine le premier mandat du Dr Mauril Gaudreault.



Dates à retenir

17 octobre

Date limite pour l'immatriculation des étudiantes et étudiants réguliers

26 octobre et 15 novembre

Activité de formation ALDO-Québec (français, en webdiffusion)

13 décembre

Activité de formation ALDO-Québec (anglais, en webdiffusion)

Rappel - Permis d'exercice

Pour éviter des délais lors de la délivrance de votre permis d'exercice, assurez-vous d'avoir rempli les conditions suivantes:

- déposer votre diplôme de médecine (M.D.) sur la plateforme inscriptionmed.ca;
- réussir l'examen de votre spécialité;
- obtenir le titre de Licencié du Conseil médical du Canada (LCMC);
- fournir une preuve de connaissance du français ou réussir l'examen de l'OQLF (pour les diplômés obtenus à l'Université McGill);
- participer à l'activité de formation ALDO-Québec.

Certains rappels vous seront envoyés par courriel au cours de l'année, restez à l'affût!

De chirurgien à médecin de famille: **le parcours remarquable d'un diplômé international en médecine**

Professeur de clinique à l'Université Laval, responsable des stages en région et d'un groupe de résidents d'un GMF-U, le Dr Soufiane Bensaidane exerce également la médecine à l'Hôpital Saint-François d'Assise. Il est co-chargé du Groupe d'intérêt des diplômés internationaux en médecine de l'Université Laval, qui offre un soutien aux diplômés hors Canada et États-Unis venus poursuivre leurs études au Québec.



Vous avez étudié la médecine et pratiqué la chirurgie en Algérie, votre pays d'origine. Quelles circonstances vous ont amené à immigrer au Canada?

L'Algérie est un merveilleux pays, toutefois l'instabilité politique et les séquelles atroces d'une longue guerre civile ont motivé cette décision de quitter. À l'époque, mes enfants étaient jeunes et nous avons choisi, ma femme et moi, de leur donner cette chance.

Le Canada est un pays d'accueil et la procédure d'immigration nous semblait bien faite. Comme nous sommes francophones, nous visions d'abord et avant tout le Québec. Ma femme est ingénieure en électronique et c'est grâce à elle si nous avons été acceptés. C'était en 2004 et malgré la pénurie de médecins, il n'y avait aucun processus encourageant la venue de médecins étrangers.

Quel a été votre parcours professionnel une fois dans votre pays d'accueil?

J'avais travaillé comme chirurgien pendant 10 ans en Algérie avant de m'établir ici. Comme je souhaitais continuer à exercer la médecine, j'ai entrepris le processus d'équivalence et passé les examens du Collège des médecins et ceux du Conseil médical du Canada. Une fois cette étape réussie, il me restait à effectuer une résidence en chirurgie et ensuite je pourrais travailler. J'ai donc postulé au Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS) dans trois spécialités médico-chirurgicales. Malheureusement, je n'ai pu trouver de programme qui m'accepte.

Je me suis alors déniché un emploi dans une compagnie de placement d'infirmières qui desservait certaines régions éloignées. Grâce à une subvention, cette compagnie a pu m'envoyer dans le Grand Nord! C'est la première région

que j'ai visitée! Je me suis rendu à Kuujuaq, Puvirnituq et Inukjuak, où j'ai pu observer comment ça fonctionnait. Au retour, j'ai conçu puis donné une formation pour les infirmières qui partaient dans le Nord.

Qu'est-ce qui vous a poussé à effectuer une réorientation vers la médecine familiale ?

Une médecin de Kuujuaq, qui donnait des cours avec moi, m'a fait découvrir l'univers de la médecine familiale. Tout cela était nouveau pour moi. Cela dit, en faisant mon processus d'équivalence, j'avais dû refaire en quelque sorte mes études en médecine et acquérir des notions de psychiatrie, dermatologie, et bien d'autres. Ces connaissances m'avaient donné une base dans plusieurs domaines et c'est ainsi que j'ai décidé de postuler en médecine familiale.

Ce qui me plaisait, c'est le fait de toucher à tout. Le médecin de famille ici, ce n'est pas comme le médecin généraliste en Algérie, qui est limité et doit envoyer les patients rapidement aux spécialistes. Ici, on peut réaliser toute une panoplie de gestes techniques et couvrir plusieurs domaines. Par exemple, maintenant je fais de la chirurgie mineure, ce qui me ramène à ce que j'ai toujours aimé.

Quel a été votre parcours comme médecin de famille ?

Quand j'ai fini ma résidence en médecine de famille, en 2009, j'ai décroché un poste à l'Hôtel-Dieu de Québec. Je passais la moitié de mon temps là et l'autre moitié à Trois-Rivières. Au bout d'un an et demi, je suis devenu urgentologue à temps plein à Québec, mais j'ai toujours continué à faire du dépannage en région. Je faisais de l'hospitalisation et de l'urgence dans plusieurs hôpitaux, notamment à Matane, à Buckingham, à Sept-Îles aussi. Avec la pandémie, toutefois, j'ai dû arrêter.

Que retirez-vous de ces expériences dans plusieurs régions du Québec ?

Je trouve que la médecine est beaucoup plus intéressante dans des centres éloignés, où il y a moins de médecins spécialistes. C'est le médecin de famille qui doit se «casser la tête» et trouver la solution. Tout dépend de lui. Même le rapport avec les gens est différent. Les patients sont très reconnaissants de ce que l'on fait là-bas, on ressent leur gratitude et c'est valorisant.

Je trouve que la médecine est beaucoup plus intéressante dans des centres éloignés, où il y a moins de médecins spécialistes. C'est le médecin de famille qui doit se «casser la tête» et trouver la solution.

La façon d'enseigner ou de pratiquer la médecine est-elle similaire au Québec et en Algérie ?

Au fond, c'est totalement différent. En Algérie, le système est à peu près calqué sur celui de la France. Au Québec, c'est beaucoup moins hiérarchique. Chaque médecin est maître de ce qu'il fait. On peut avoir à prendre des décisions collégiales, en équipe, bien sûr, mais c'est différent. Pour l'enseignement, ce qui m'a vraiment plu ici, c'est la formation pédagogique des enseignants. En France ou en Algérie, on estime que si tu es médecin, tu es capable d'enseigner... alors que ce n'est pas toujours vrai. On a nos capacités, nos habiletés de communication innées, ça c'est une chose. Mais enseigner la médecine, c'est autre chose. Ça s'apprend. Et quand on l'apprend, on est plus efficace, on passe mieux le message.

Quelle est la notion la plus importante à inculquer aux étudiantes et étudiants ?

Pour moi, la médecine, c'est une vocation. L'empathie, le fait de bien communiquer, d'écouter, de comprendre la douleur d'une personne, tout cela s'apprend, on peut l'enseigner. Mais l'humanisme, se dévouer pour le patient, le comprendre vraiment et le soutenir dans les moments difficiles, c'est vraiment plus difficile à apprendre. En tant qu'enseignant, on doit jouer un rôle de modèle, transmettre cet humanisme et cette passion de la médecine et de l'humain dans le « non verbal », par nos comportements.

Pour moi, la médecine, c'est une vocation.

Vous êtes responsable des stages en région en médecine familiale à l'Université Laval. Pourquoi est-ce important pour vous ?

Je suis très sensible à cette problématique. Il se trouve que les régions sont en train de se dégarnir à la vitesse grand V. Ce n'est pas pour rien que je partais faire du dépannage en région... Il n'y avait pas de médecins, tout simplement.

J'essaie d'envoyer un maximum d'apprenants en stage en région parce qu'ils peuvent ainsi avoir la pique et vouloir retourner là-bas. Des médecins coordonnateurs sur place veillent à les sensibiliser non seulement aux avantages de la région, mais aussi aux attraits de la médecine familiale.

Vous trouvez que la région est une bonne vitrine pour la médecine de famille ?

En effet, la région est un bon moyen de « vendre » la médecine familiale parce que les médecins de

famille y ont une très grande autonomie. Là-bas, le médecin de famille fait de tout. Il examine une femme enceinte, puis voit un cas en psychiatrie, fait la suture d'une plaie, met un plâtre, et ainsi de suite. Les apprenants peuvent être attirés par cette autonomie et cette polyvalence.

Aujourd'hui, vous offrez un soutien aux diplômés internationaux en médecine. Expliquez-nous.

On a créé, avec la Dre Josette Castel, le Groupe d'intérêt des diplômés internationaux en médecine de l'Université Laval. L'objectif est d'aider les diplômés en médecine hors Canada et États-Unis (DHCEU). On leur donne nos coordonnées et, s'ils ont des problèmes, ils nous appellent. Chaque année, une semaine d'intégration est organisée pour eux, comme cela se fait dans les autres facultés de médecine québécoises. Lors de cette semaine, la Dre Castel et moi rencontrons ces médecins. Nous leur présentons quelques notions cliniques, puis je prends toujours une demi-heure pour leur parler des « vraies choses », de leurs craintes...

Quelles sont leurs craintes ?

Ce sont des gens qui viennent jouer leur carrière ici. Je le sais, car je suis passé par là. Ils ont choisi la médecine, ils aiment la médecine, et ils viennent ici pour X raisons. Ils veulent continuer à exercer et ça dépend juste d'une résidence de deux à cinq années... Ils veulent performer et sont capables de le faire, mais parfois, ils font face à des préjugés ou ils rencontrent d'autres DHCEU qui n'ont pas réussi, et qui leur dressent un tableau sombre ou leur donnent des conseils qui ne sont pas toujours très avisés. C'est ce que je tente de déconstruire. Je leur explique qu'ils sont capables, que s'ils ont les compétences, il n'y a rien à craindre. Le fait pour eux de discuter avec un médecin étranger, devenu professeur, cela leur donne un peu d'assurance. La confiance est extrêmement importante.

Au fil de votre carrière, avez-vous été confronté à certains préjugés dans vos milieux de travail ?

Ah oui, c'est sûr! Ce n'est pas toujours rose. Avec les DHCEU, je parle des préjugés, du racisme, car c'est leur plus grosse crainte. Est-ce que ça existe vraiment? Oui.

En fait, de façon générale, dans le milieu médical et de l'enseignement, je dirais qu'il n'y a pas de préjugés ou de racisme. Quand il y a un préjugé, c'est souvent lié à une mauvaise expérience avec une personne. Je me rappelle très bien quand j'ai commencé ma résidence en médecine familiale. Je faisais un stage à l'urgence du CHUL. J'ai fait 4 ou 5 gardes, tout était impeccable, puis je suis tombé sur une patronne qui m'a descendu d'une façon extraordinaire dans sa feuille de rétroaction. Je n'en revenais pas. J'ai parlé à son collègue et j'ai dit «Mais ce n'est pas possible, regardez ce qu'elle a écrit, est-ce que vous pensez que je suis comme ça?» Il était étonné, mais il m'a expliqué que cette personne avait justement eu une très mauvaise expérience avec un médecin qui venait d'Algérie, ce qui l'avait probablement rendue méfiante. Quand même, une expérience comme ça peut démolir quelqu'un. Si je n'avais pas eu le soutien des autres patrons de l'équipe du CHUL, j'aurais été vraiment mal en point.

Et de la part des patients, en avez-vous déjà ressenti ?

C'est une très bonne question. Personnellement, je souris quand parfois, en région, on me dit naïvement «de quelle race vous êtes...?» Ça ne me dérange pas du tout. On m'a même déjà appelé Docteur Ben Laden au lieu de Docteur Bensaidane. En fait, je rigole avec eux, car je sais que ce n'est pas mal intentionné.

À l'inverse, dans les grandes villes, il arrive parfois que les patients semblent moins vous croire ou vous faire confiance, parce que vous êtes d'ailleurs. Il faut qu'ils vous découvrent... et je comprends ça. Vous savez, quand je suis venu ici, j'ai fait un stage d'un mois en périnatalité et

j'ai voulu diriger ma pratique future vers l'obstétrique. Il y avait des gestes techniques, une bonne dose d'adrénaline et j'adorais ça. Normalement, pour faire de la périnatalité, on doit suivre une quinzaine de patientes durant sa résidence. Chaque fois qu'une patiente enceinte appelait l'UMF pour avoir un suivi médical et que mon nom était proposé, la patiente refusait. Je n'ai donc pu recruter aucune patiente, tout simplement. Pourtant, je crois que j'aurais pu être un très bon obstétricien. C'est juste que je ne m'appelle pas Tremblay mais Bensaidane. Alors je me suis orienté vers l'urgence.

On m'a même déjà appelé Docteur Ben Laden au lieu de Docteur Bensaidane. En fait, je rigole avec eux, car je sais que ce n'est pas mal intentionné.

Encore aujourd'hui, certains résidents nés au Québec, dont le nom a une consonance étrangère, vivent le même problème. Chaque année, la secrétaire vient me voir au sujet de trois ou quatre personnes: «Dr Bensaidane, qu'est-ce que je fais? Cette patiente ne veut pas avoir ce résident...» Juste à cause d'un nom! Et pourtant, ce résident est né ici et parle avec l'accent québécois!

Dès que les gens se rencontrent, c'est différent. Souvent, après que la personne vous connaît, ça y est, elle ne jure que par vous.

Que peut-on faire pour améliorer les choses ?

Regardez dans les médias, combien d'immigrants voyez-vous? Il y a en a certes plus qu'avant, mais il y en a peu encore! À mon avis, il faudrait que les gens s'habituent à voir des noms «bizarres», à découvrir de nouveaux visages, à entendre des accents différents. Parfois, il suffit juste qu'on ait la chance de se connaître et puis ça y est... on se découvre et le problème est réglé.

Pour en finir avec la « normalisation raciale »

En mai 2021, dans une [lettre ouverte](#) rédigée avec la Nation Atikamekw, le Collège reconnaissait officiellement l'existence du racisme systémique dans le système de santé québécois. Depuis ce temps, il s'est engagé à saisir toutes les opportunités pour promouvoir l'équité, la diversité et l'inclusion dans l'exercice de la médecine. S'attaquer au problème de la normalisation raciale s'inscrit dans cet objectif et, pour y parvenir, le Collège a besoin de vous!

Normalisation raciale: de quoi parle-t-on?

La normalisation raciale (*race norming* en anglais) est l'une des facettes du racisme systémique en santé, présente de façon insidieuse dans plusieurs domaines de la médecine. On parle de normalisation raciale lorsque des ajustements aux résultats de tests ou que des calculs de risque sont effectués en fonction de la racisation d'une personne.



Racisation: Processus par lequel une personne est, en raison de certaines de ses caractéristiques, assimilée à une « race humaine » déterminée (Wikipedia)

La normalisation raciale repose sur l'idée de différences supposées, sur le plan médical, entre personnes de « races » différentes. Malheureusement, elle fait souvent état des conséquences du racisme et ne fait rien pour corriger les causes de disparité. Pire encore, en influençant des décisions médicales, la normalisation raciale risque de contribuer à perpétuer et même amplifier des inégalités sur le plan de la santé.

Afin d'assurer des soins équitables pour toutes et tous, il faut absolument réévaluer la pertinence de ces valeurs ajustées, des notions de risque et des algorithmes décisionnels basés sur des différences dites « raciales ».

Exemples de normalisation raciale en médecine

[Calcul du risque d'insuffisance cardiaque](#)

[Calcul du débit de filtration glomérulaire](#)

[Calcul de l'indice Kidney Donor Profile Index \(KDPI\)](#)

[Calcul du risque de cancer du sein](#)

[Calcul du risque d'ostéoporose](#)

Source: Vyas, D., L. Eisenstein et D. Jones (2020)



Exemples de stéréotypes racistes (Adapté de: Amutah, C. et collab. (2021))

Type	Description	Exemple
Sémantique	Utiliser des étiquettes imprécises et non biologiques qui confondent race et ascendance	Employer des termes comme «caucasien», «Noirs», «Asiatiques», etc., pour dénoter des différences biologiques entre les patients
Prévalence sans contexte	Présenter des différences raciales ou ethniques pour certains problèmes de santé, sans contextualisation	Statuer sur une incidence plus élevée d'asthme chez les Autochtones, sans discuter des conditions de logement et de la difficulté d'accès à des maisons sans moisissures dans certaines communautés
Biais diagnostique lié à la race	Établir des liens entre des groupes ethniques et certaines maladies	Présenter l'anémie falciforme comme affectant seulement les personnes noires plutôt que de la qualifier de commune au sein des populations à risque de malaria
Pathologisation de la race	Tendance à associer certaines minorités à une incidence plus élevée d'une maladie	Mentionner que certains types de tumeurs cérébrales sont plus fréquents chez les personnes noires, alors que cela est faux statistiquement
Lignes de conduite basées sur la racisation	Enseigner des pratiques qui tiennent compte de catégories raciales dans le diagnostic et le traitement de maladies	Utiliser des médicaments anti-hypertenseurs différents pour les personnes noires, sans se questionner sur les fondements de cette recommandation

Et vous, dans votre exercice?

Dans son guide [Rôle et responsabilités de l'apprenant et du superviseur](#), le Collège fait mention de la responsabilité, pour l'apprenante ou l'apprenant, de «contribuer de façon constructive à l'amélioration des pratiques et à l'évaluation des programmes de formation, des superviseurs et des milieux de formation». Identifier des pratiques non équitables, en raison d'une normalisation raciale injustifiée, est une façon bien concrète de répondre à cet engagement.

Réfléchissez-y... se pourrait-il que vous employiez, vous aussi, certains algorithmes décisionnels basés sur des considérations raciales? La normalisation raciale influence-t-elle



certaines de vos décisions cliniques au quotidien? Connaissez-vous d'autres exemples de normalisation raciale que ceux présentés ici? [Écrivez-nous](#) pour nous raconter votre expérience!

Pourquoi doit-on agir ?

Le guide de l'apprenant et du superviseur souligne aussi la responsabilité d'«accueillir, respecter et traiter avec équité et de façon inclusive tout patient, ou toute autre personne, sans discrimination, sans égard à la maladie ou au handicap, à la grossesse, à l'âge, à la culture, à la dénomination religieuse, aux croyances, aux mœurs, à l'origine ethnique, au statut de citoyenneté, incluant les peuples autochtones, à l'identité de genre, à l'orientation sexuelle, au statut socio-économique, à la langue ou à toute autre forme de diversité personnelle, sociale, politique et culturelle».

Lorsque des médecins utilisent le critère de «race» comme outil diagnostique ou prédictif, ils risquent d'interpréter les disparités raciales comme étant des faits immuables plutôt que des injustices à corriger.

Il est donc important de se questionner. Le recours à la normalisation raciale est-il fondé sur des données probantes? Y a-t-il des raisons valables de considérer la racisation dans tel ou tel contexte? Est-ce que cela diminue ou accentue les iniquités en santé?

Le racisme a été intégré à la médecine par le biais de l'objectivité apparente des chiffres et par les détails que nous négligeons chaque jour dans la pratique clinique.

- Zewude et Sharma (2021)

Assurons-nous de ne pas perpétuer des notions qui sous-tendent que la race est une catégorie biologique (alors qu'elle est plutôt une construction sociale) et de garder un œil critique sur les inégalités qu'elles peuvent engendrer dans le système de santé.

Le Collège vous encourage à en discuter entre vous, avec vos superviseurs et au sein des sociétés savantes de vos spécialités.

Le sujet vous intéresse ?

Voici quelques références à consulter

Amutah, C., et collab. (2021). «[Misrepresenting Race — The Role of Medical Schools in Propagating Physician Bias](#)», *New England Journal of Medicine*, 384, p. 872-878.

McMillen, M. (2021). «[Race-Norming in Health Care: A Special Report](#)», *Health Central*.

Vyas, D., L. Eisenstein et D. Jones (2020). «[Hidden in Plain Sight — Reconsidering the Use of Race Correction in Clinical Algorithms](#) », *New England Journal of Medicine* , 383, p. 874-882.

Zewude, R. et M. Sharma (2021). «[La théorie critique de la race en médecine](#)», *Canadian Medical Association Journal*, 193 (32), E1286-1288.

Bien utiliser votre clé DSQ : les 3 règles d'or



Dès le début de vos études en médecine, vous recevez votre clé DSQ, assortie d'un mot de passe. Cette clé vous donne accès au Dossier santé Québec, ce puissant outil répertoriant les renseignements de santé de milliers de personnes, à l'échelle de la province.

Si vous avez commencé à vous servir de votre clé DSQ, vous savez combien elle est utile pour accéder à une foule d'informations cruciales contenues dans le dossier d'une patiente ou d'un patient.

Voici 3 règles d'or à respecter au moment de l'utiliser :

Se servir de cet outil uniquement pour son propre usage

Cette clé vous appartient et laisse des traces, comme des empreintes digitales ! Elle ne se prête pas et doit être désactivée en cas d'absence prolongée.

1

Consulter seulement les informations qui sont pertinentes à son travail

La clé DSQ vous permet d'aller voir les dossiers des patients DONT VOUS PRENEZ SOIN. Elle ne vous permet pas de consulter les dossiers d'autres patients, ni ceux de vos collègues, amis ou connaissances.

2

Respecter en tout temps le secret professionnel

Votre clé doit être utilisée exclusivement en établissement, dans un endroit sécuritaire, à l'abri des regards indiscrets.

3

Gardons toujours en tête que le système DSQ repose sur la confiance du public. C'est en respectant ces grands principes qu'il sera possible de préserver cette confiance et d'assurer l'inscription d'un maximum de personnes à ce système, au bénéfice de tout le réseau.

Le secret professionnel en cas de danger imminent ou grave

Vous constatez des blessures suspectes chez une personne lors de son examen physique et soupçonnez un cas de violence conjugale.

Un patient vous exprime régulièrement ses idées noires et vous confie même son intention de mettre fin à ses jours.

Ces situations difficiles, voire bouleversantes, peuvent survenir dans le quotidien des médecins. Comment réagir? Faut-il en parler? Si oui... à qui et comment?

La divulgation d'informations dans des circonstances particulières

Le secret professionnel est le devoir du professionnel (y compris tout étudiant ou étudiante qui possède un certificat d'immatriculation du CMQ) d'assurer la confidentialité des informations transmises par ses clients. C'est l'un des piliers de la relation médecin-patient.

Toutefois, des exceptions existent. Si le médecin a un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort (suicide ou homicide) ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable, il peut alors divulguer les faits ou confidences dont il a eu personnellement connaissance.

Il lui revient de juger de la nature, du niveau et de l'imminence du danger pour la santé et la sécurité du patient ou de son entourage.

À qui s'adresser?

Si vous êtes témoin de ce type de situation, vous pouvez, après discussion avec votre médecin superviseur, signaler celle-ci à la personne concernée (policier, coroner ou autre¹).

Quels renseignements communiquer?

La communication doit se limiter aux renseignements nécessaires à la protection de la personne ou du groupe concerné.

Il faut inscrire au dossier les informations relatives à la transmission d'informations confidentielles, notamment la date de la communication et la nature des renseignements transmis.

¹ Pour une liste des destinataires possibles de cette communication, consultez le tableau en page 16 du document [L'accès aux renseignements personnels contenus dans le dossier médical constitué par le médecin exerçant en cabinet](#).

Retenir de l'information pour prévenir un danger

L'inverse est aussi vrai. Dans certaines situations, il sera avisé de retenir de l'information qui pourrait être préjudiciable à une personne. En effet, lorsque la transmission de renseignements contenus dans le dossier médical peut vraisemblablement causer un préjudice grave à la santé du patient, le médecin peut refuser momentanément à ce patient l'accès à son dossier.

Un exemple? Une patiente demande à son médecin de famille de consulter un rapport d'évaluation en psychiatrie, versé à son dossier médical. Or, l'état psychologique de cette patiente est très instable, celle-ci ayant fait des tentatives de suicide dernièrement et ayant évoqué un plan précis pour mettre fin à ses jours. Si le médecin estime que l'accès aux conclusions de ce rapport pourrait accentuer son état de crise et la pousser à commettre l'irréparable, il peut alors refuser à cette patiente, pour une durée déterminée, l'accès au dossier.

Dans un tel cas, il doit l'aviser par écrit de ce refus et en préciser les raisons. Il doit aussi déterminer le moment où ces renseignements pourront lui être communiqués et l'en aviser.

Pour en savoir davantage

Consultez ces publications du CMQ :

[Le signalement par le médecin du danger que représente un patient](#)

[L'accès aux renseignements personnels contenus dans le dossier médical constitué par le médecin exerçant en cabinet](#)

[Le médecin, les autorités policières et les blessures par armes à feu](#)

[Les aspects légaux, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec](#)

Pour discuter d'une situation particulière, écrivez-nous à info@cmq.org ou appelez-nous au 514 933-4441.



Que dit la déontologie?

Voici ce que mentionne l'article 60.4 du [Code des professions](#) :

Le professionnel doit respecter le secret de tout renseignement de nature confidentielle qui vient à sa connaissance dans l'exercice de sa profession.

Il ne peut être relevé du secret professionnel qu'avec l'autorisation de son client ou lorsque la loi l'ordonne ou l'autorise par une disposition expresse.

Le professionnel peut en outre communiquer un renseignement protégé par le secret professionnel, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il a un motif raisonnable de croire qu'un risque sérieux de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable et que la nature de la menace inspire un sentiment d'urgence. Toutefois, le professionnel ne peut alors communiquer ce renseignement qu'à la ou aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou aux personnes susceptibles de leur porter secours. Le professionnel ne peut communiquer que les renseignements nécessaires aux fins poursuivies par la communication.

Pour l'application du troisième alinéa, on entend par « blessures graves » toute blessure physique ou psychologique qui nuit d'une manière importante à l'intégrité physique, à la santé ou au bien-être d'une personne ou d'un groupe de personnes identifiable.

Les articles 20 et 21 du [Code de déontologie des médecins](#) encadrent aussi l'application du secret professionnel. L'article 20 indique que le médecin est autorisé à communiquer un renseignement protégé par le secret professionnel « lorsqu'il y a une raison impérative et juste ayant trait à la santé ou à la sécurité du patient ou de son entourage ». L'article 21 apporte des précisions :

21. Le médecin qui communique un renseignement protégé par le secret professionnel en vue de prévenir un acte de violence dont un suicide doit, pour chaque communication, indiquer dans le dossier du patient les éléments suivants :

- 1° la date et l'heure de la communication ;*
- 2° l'identité de la personne exposée au danger ou du groupe de personnes exposées au danger ;*
- 3° l'identité de la personne à qui la communication a été faite en précisant, selon le cas, qu'il s'agissait de la ou des personnes exposées au danger, de leur représentant ou des personnes susceptibles de leur porter secours ;*
- 4° l'acte de violence qu'il visait à prévenir ;*
- 5° le danger qu'il avait identifié ;*
- 6° l'imminence du danger qu'il avait identifié ;*
- 7° les renseignements communiqués.*



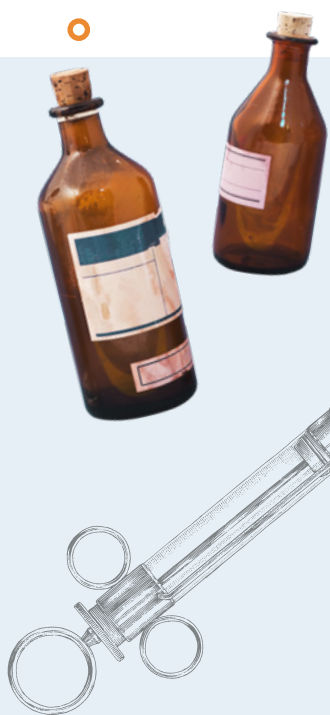
175 ans d'histoire

**Cette année, le Collège des médecins
célèbre son 175^e anniversaire!**

Jusqu'à quel point connaissez-vous le CMQ et son histoire?
Un peu, beaucoup... **à la perfection?**

Osez mettre vos connaissances à l'épreuve!

FAITES LE TEST!





Votre curiosité est piquée ?

Si vous aimez l'histoire autant que la médecine, vous adorerez le balado *175 ans d'histoire* du CMQ. En compagnie de l'historien Denis Goulet et du journaliste Bernard Derome, on y apprend des détails surprenants sur l'évolution de la pratique médicale au Québec.

Par exemple, saviez-vous qu'au milieu du 19^e siècle, des médecins avaient encore recours aux saignées, laxatifs et expectorants pour corriger les dérèglements d'humeurs qu'on associait à la maladie ? Ou que des émeutes ont éclaté à Montréal en 1885 lors d'une campagne de vaccination massive contre la variole ? À écouter !

[JE M'ABONNE AU BALADO](#)

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



communications@cmq.org



Instagram



Facebook



YouTube

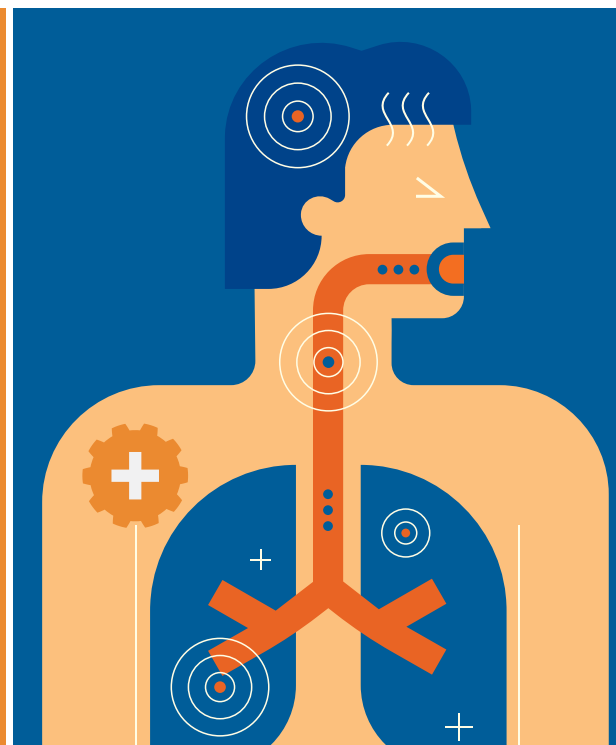


Twitter



LinkedIn

ISSN 2564-2715



COLLÈGE
DES MÉDECINS
DU QUÉBEC