

ACTUALITÉ M.D.

Collège des médecins du Québec | N° 3 - Octobre 2023



LES SOINS DE FIN DE VIE AU QUÉBEC : OÙ EN SOMMES-NOUS ?



Soigner au nord
du 55^e parallèle

Sécurisation culturelle
et soins de santé

Médecins et
médias sociaux

Dans cette édition

Octobre 2023

3

Mot du président

4

Les soins de fin de vie
au Québec: où en sommes-nous?

11

Soigner au nord du 55^e parallèle

16

Sécurisation culturelle et soins
de santé: rebâtir la confiance

21

Médecins et médias sociaux...
pour le pire et le meilleur!

26

Direction des études médicales: la porte
d'entrée pour exercer la médecine au Québec

30

Retour en images
sur le 3^e Rendez-vous du Collège

Mot du président

Chères lectrices, chers lecteurs,

Le dernier trimestre de 2023 est déjà entamé! Tout au long de l'année, l'actualité médicale ne nous a donné aucun répit, et c'est tant mieux.

Au cours des derniers mois, d'importants projets de loi ont été mis de l'avant, dont le n° 11 sur les soins de fin de vie adopté en juin dernier, sans oublier l'imposant projet de loi n° 15, présentement à l'étude, visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace.

Le CMQ suit de près ces dossiers et bien d'autres thèmes d'actualité qui auront un impact sur la qualité des soins et leur accessibilité. Au-delà des réformes et des textes législatifs, c'est surtout le volet humain qui retient notre attention dans ce numéro d'*Actualité M.D.*

Des soins et des humains

D'emblée, aborder les soins de fin de vie nous apparaît incontournable. Nous y consacrons d'ailleurs la 3^e édition des Rendez-vous du Collège, tenue le 20 septembre dernier. Dans cette édition, nous traitons le sujet sous trois angles: celui des législations (québécoise et fédérale), celui de la Commission sur les soins de fin de vie et celui du CMQ. Où en sommes-nous et vers quoi tendons-nous? Voilà des questions auxquelles nous nous attarderons, aux côtés d'experts.

Sur le terrain

Au cours des derniers mois, j'ai eu le privilège de poursuivre la tournée des pôles en santé du Québec que j'avais amorcée en 2022. Je suis allé à la rencontre des usagers du réseau, des membres du personnel soignant, des gestionnaires et de la communauté étudiante, qui m'ont fait entrevoir les enjeux propres à leur réalité. Mon séjour au Nunavik fut d'ailleurs particulièrement marquant. J'y ai fait la connaissance d'êtres dévoués qui font preuve d'autant d'ingéniosité que d'humanité pour soigner la population dans des conditions loin d'être optimales. La Dre Geneviève Auclair en fait partie. Elle nous partage ici des bribes de son quotidien et nous laisse entrevoir les défis colossaux vécus au nord du 55^e parallèle.

Questions de société

Enfin, toujours dans le but d'ouvrir la discussion et la réflexion sur de grands enjeux sociétaux, nous nous penchons sur la sécurisation culturelle, notamment en lien avec les communautés autochtones. C'est une question de première importance pour le Collège des médecins, qui accorde une place prépondérante aux principes de diversité, d'équité et d'inclusion.

Nous vous proposons également une incursion dans l'univers des médias sociaux, vu par quatre médecins qui font œuvre utile dans une mer de désinformation.

Un regard sur nos activités

Enfin, en compagnie de la Dre Marie-Josée Bédard, nous vous offrons une vue de l'intérieur sur la Direction des études médicales du CMQ, qui joue un rôle déterminant dans l'admission et l'intégration des nouveaux médecins au Québec.

Vous souhaitez échanger avec nous sur ces thèmes ou d'autres questions d'actualité en santé? Écrivez-nous à l'adresse communications@cmq.org.

Bonne lecture!



Mauril Gaudreault, M.D.



Les soins de fin de vie au Québec : où en sommes-nous ?

Il y a les législations québécoise et fédérale qui balisent l'aide médicale à mourir. Il y a aussi la Commission sur les soins de fin de vie (CSFV), une entité indépendante qui exerce une surveillance, analyse les données et joue un rôle-conseil en la matière. Puis il y a le Collège des médecins (CMQ) qui surveille la qualité de l'ensemble des soins de fin de vie. Tour d'horizon de la question et aperçu des prochains jalons à franchir.

QUELS SONT LES QUATRE TYPES DE SOINS DE FIN DE VIE ?

1. **Le refus ou la cessation de traitement**, un droit enchâssé dans les chartes et les lois qui assure une distinction claire entre euthanasie et refus de traitement.
2. **Les soins palliatifs (SP)**, des soins complets et actifs prodigués aux personnes souffrantes dont la maladie ne répond plus aux traitements curatifs. Sans accélérer ni retarder le décès, ils préservent la meilleure qualité de vie possible jusqu'au dernier souffle, amoindrissant douleur et autres symptômes dans le respect des enjeux sociaux et spirituels propres à chaque être.
3. **La sédation palliative continue (SPC)**, qui peut être dispensée de façon terminale ou intermittente, lorsque de la détresse, de la souffrance et/ou des symptômes réfractaires accablent une personne dont le pronostic de survie est de moins de deux semaines. Les protocoles de sédation sont laissés au jugement clinique du médecin.
4. **L'aide médicale à mourir (AMM)**, qui est administrée par un médecin, au moyen de médicaments ou de substances, à une personne en fin de vie qui en fait la demande. Ce soin clinique, éthique et légal met un terme à la souffrance en entraînant le décès.



LE VOLET LÉGAL : QUÉBEC ET FÉDÉRAL

Le Québec à l'avant-garde

Une lectrice de *La Presse* publiait récemment cette réflexion dans le quotidien: «Connaître un être brillant en tous points et le voir se dégrader jusqu'à ce qu'il ne sache plus porter une fourchette à sa bouche... Être inconscient de ce qui l'entoure, écrivait Brigitte Meunier, c'est un point de non-retour pour un humain. Choisir de partir en évitant le pire de la déchéance. En se respectant et en respectant ceux qui nous entourent. Préparer cette éventualité n'est que sagesse», concluait-elle.

De l'autre côté de la lunette, le Dr Louis Roy, inspecteur au CMQ comptant plus de 30 années de pratique en soins palliatifs, s'exprime ainsi: «Force est de constater que les moyens mis à la disposition des médecins ont des limites. Malgré les avancées thérapeutiques, nous n'arrivons malheureusement pas à soulager tous les symptômes et les gens en fin de vie continuent de souffrir. Être gardés en état d'inconscience en attendant la mort est inacceptable pour quantité de patients en fin de vie. Et la souffrance ainsi infligée aux proches qui voient des êtres chers dépérir sous leurs yeux est très souvent insoutenable.»

Après avoir entendu quantité de témoignages de cette nature de la part de médecins ainsi que de personnes malades et proches aidantes, la Commission québécoise spéciale sur la question de mourir dans la dignité a déposé son rapport le 22 mars 2012. Par la suite, le projet de loi n° 52 est officiellement devenu, le 5 juin 2014, la *Loi concernant les soins de fin de vie* (LCSFV), ralliant à la cause une majorité de députés de l'Assemblée nationale. Visant à assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité, la LCSFV leur donne dès lors le droit d'exprimer librement et clairement leurs dernières volontés, suivant des balises bien établies.



Critères d'admissibilité à l'AMM selon la *Loi québécoise (LCSFV)*

- › La personne souffrante doit être majeure et apte à consentir aux soins;
- › Elle doit être assurée au sens de la *Loi sur l'assurance maladie*;
- › Elle doit être atteinte d'une maladie grave et incurable ET sa situation doit se caractériser par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;
- › Elle doit éprouver des souffrances physiques ou psychiques persistantes et insupportables ne pouvant être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables.

Deux législations distinctes

Il y a près de 10 ans, le Québec instaurait un nouveau paradigme, auquel le Canada a mis plus de temps à adhérer. C'est en 2016 que le projet de loi C-14 est entériné par la Chambre des communes et le Sénat, et que la *Loi canadienne en matière d'aide médicale à mourir* entre en vigueur, permettant aux personnes qui souffrent d'une maladie, d'un problème de santé ou d'une incapacité grave et incurable de demander l'AMM et de l'obtenir suivant des critères d'admissibilité précis. En 2021, des ajustements y ont été apportés (loi C-7) et dès 2024, le trouble mental fera partie des critères d'admissibilité. Un pas législatif que Québec n'a pas souhaité franchir, compte tenu de l'absence de consensus populationnel et de réticences formulées par les experts, notamment en ce qui a trait aux distinctions ambiguës entre pensées suicidaires et volonté de recevoir l'AMM.

«Ce qu'il faut préciser, c'est qu'au fédéral, il n'y a pas de loi comme telle sur l'AMM, explique l'honorable Pierre J. Dalphond, ex-juge devenu sénateur canadien et membre du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir. Pour établir un cadre de pratique strict en la matière, le Canada vient plutôt réglementer son *Code criminel*, en proposant des amendements qui ont ensuite force de loi, ajoute-t-il. Ce fut le cas après l'arrêt Carter, par la Cour suprême, afin de consentir aux personnes le droit de mettre dignement fin à leurs souffrances, avec l'aide de médecins. Puis, devant la décision de la Cour supérieure du Québec à la suite des contestations de Nicole Gladu et de Jean Truchon, des amendements ont été apportés afin de permettre aux

personnes atteintes de handicaps incurables de recourir à l'AMM pour les soulager de souffrances devenues insoutenables», précise le sénateur.

Au Québec, c'est différent. En effet, le 7 juin 2023, le projet de loi n° 11 a été sanctionné par 103 des 125 députés de l'Assemblée nationale, signe d'une réelle mobilisation transpartisane sur la question des soins de fin de vie. Cette nouvelle mouture de la législation québécoise assure l'élargissement de la LCSFV de diverses façons :

- › en retirant le critère de fin de vie des conditions d'admissibilité à l'AMM;
- › en permettant aux infirmières et infirmiers praticiens spécialisés (IPS) d'administrer tous les soins de fin de vie (dès décembre 2023);
- › en permettant aux infirmières et infirmiers cliniciens et aux IPS de constater les décès au même titre que les médecins;
- › en obligeant les maisons de soins palliatifs et les hôpitaux privés à inclure l'AMM dans leur offre de soins;
- › en considérant comme admissibles à l'AMM les personnes ayant une déficience physique grave entraînant des incapacités significatives et persistantes (à compter de mars 2024);
- › en permettant aux personnes qu'une maladie cognitive rend inaptes à consentir aux soins de bénéficier d'une demande anticipée d'AMM (d'ici juin 2025).

«Ce qui fait la force de la législation québécoise, estime Luc Thériault, député bloquiste à la Chambre des communes, membre du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir et vice-président du Comité permanent de la santé, c'est que tous les soins de fin de vie y sont inscrits dans un continuum, de la cessation de traitement jusqu'à l'aide médicale à mourir, en passant par les soins palliatifs et la sédation palliative continue. Au fédéral, on judiciaire plutôt le processus politique. Les législateurs sont sans cesse à la remorque des jugements des tribunaux et font ainsi porter le fardeau légal aux personnes malades, à bout de souffle et vulnérables, qui doivent se débattre pour faire valoir leur point de vue et entamer des grèves de la faim, par exemple, pour se faire entendre.»





Une suite mouvementée

Un bras de fer s'annonce donc déjà entre Québec et Ottawa puisque pour permettre les demandes anticipées, le *Code criminel* – de juridiction fédérale – doit être amendé. Actuellement, ce dernier ne permet l'AMM que si les patientes et patients concernés y consentent jusqu'à la toute fin. Pourtant, la population semble d'emblée ralliée à la cause : lors d'un [sondage Ipsos](#) réalisé en 2022, 8 Canadiens sur 10 se disaient favorables aux demandes anticipées.

Sonia Bélanger, chargée du dossier à titre de ministre québécoise déléguée à la Santé, déclarait, au moment de l'adoption du projet de loi n° 11, en juin dernier, avoir besoin d'un délai de 24 mois pour orchestrer le processus des demandes anticipées avec les milieux de soins. « On doit rencontrer les ordres professionnels, mettre en place les programmes de formation, former correctement les professionnels compétents, monter un registre national et développer une série d'outils cliniques. » Dans la foulée, la ministre adressait une lettre au gouvernement fédéral afin « qu'il fasse cheminer le *Code criminel* suite à l'adoption de la *Loi* québécoise ». L'élue caquiste ajoutait même qu'il n'était « pas question d'être à la remorque des lois canadiennes ».

Ce qui fait dire au député fédéral Luc Thériault que le paternalisme médical est chose du passé. « Porter atteinte à l'autodétermination d'une personne, et à son consentement libre et éclairé, c'est porter atteinte à son libre choix. Le rôle de l'État n'est pas de prétendre savoir plus que l'humain ce qui est son bien. Il vise à assurer les conditions d'exercice du libre choix. Car le défi de tout être humain, c'est la qualité de la vie. Et la vie des uns n'est en rien comparable à celle des autres. »

La bataille des tribunaux

Dans la province comme à Ottawa, ce sont les tribunaux (Cour suprême du Canada et Cour supérieure du Québec) qui ont fait bouger les choses et motivé, au fil des ans, les gouvernements à élargir les pratiques en matière de soins de fin de vie. Tout cela, afin de préserver autant que possible la conscience de la personne souffrante jusqu'à la toute fin, de faciliter les adieux avec l'entourage et de favoriser la dignité de toutes et tous.

Faudra-t-il de nouveau saisir les tribunaux pour dénouer le point de discord qui semble se profiler entre Québec et le fédéral quant aux demandes anticipées d'AMM pour les personnes souffrant entre autres d'Alzheimer et de démence ? À ce chapitre, le sénateur Pierre J. Dalphond entrevoit déjà beaucoup de résistance. « Il semble y avoir un mouvement de société voulant que les choses aillent trop vite en ce qui a trait à l'élargissement de l'AMM. Par exemple, un mémo envoyé par la CSFV aux médecins québécois cet été a eu l'effet d'une douche froide dans les milieux médicaux. On voit que les AMM pratiquées sont en hausse, et même sans données réellement probantes en ce sens, on craint les abus et on appelle à la prudence », conclut le sénateur. C'est pour ces raisons que celui-ci ne serait pas surpris que les politiciens mettent la pédale douce en matière de demandes anticipées d'AMM.

ÉVALUATION ET SURVEILLANCE DE LA QUALITÉ DES AMM

- › Toute AMM doit être déclarée par le médecin l'ayant administrée.
- › La Commission sur les soins de fin de vie (CSFV) s'assure du respect des critères légaux, de concert avec le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de l'établissement de soins où est pratiquée l'AMM, ou à défaut, avec le Collège des médecins du Québec (CMQ).



SONDAGE DU CMQ

À la mi-septembre, le CMQ a sondé ses membres. Près de 1 000 médecins ont répondu à l'appel. Voici la compilation des résultats :

20 %

des médecins ont déjà pratiqué l'AMM ;

50 %

des médecins ont déjà recommandé des soins de fin de vie à leur patientèle ;

57 %

des médecins considèrent que l'offre de soins de fin de vie est appropriée dans leur région ;

59 %

des médecins peinent à bien distinguer les rôles qui incombent au CMQ et à la Commission sur les soins de fin de vie (CSFV) quand il est question d'AMM ;

65 %

des médecins estiment leur degré de connaissance et de compréhension des soins de fin de vie bon ou excellent.

LA COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE

Mission et composition

Entité indépendante née dans la foulée de l'adoption de la LCSFV, la Commission sur les soins de fin de vie (CSFV) a le mandat de surveiller l'application des exigences particulières relatives à l'AMM, et non celui d'évaluer la qualité de l'acte (une responsabilité qui incombe au Collège des médecins du Québec). En parallèle de cette surveillance, la CSFV analyse et compile les données, effectue des rappels et exerce aussi un rôle-conseil auprès de la ministre responsable. Ses conclusions lui permettent de cibler les besoins évolutifs de la population québécoise en matière de soins de fin de vie et d'identifier les limites ou freins d'accès à ceux-ci.

La Commission est formée de 11 membres nommés par le gouvernement du Québec, parmi lesquels on retrouve des professionnels de la santé (médecins, infirmières, pharmaciens, travailleurs sociaux), des juristes (avocats, notaires), des usagers, des éthiciens et des représentants d'établissements médicaux.

«Les commissaires de la CSFV revoient toutes les demandes d'AMM, explique le Dr Michel Bureau, président de la Commission. En la mettant sur pied, le Québec s'est en quelque sorte doté d'un mécanisme de contrôle : l'entité indépendante qu'est la CSFV veille ainsi à la bonne mise en œuvre de la *Loi*.»

Mise en garde de la CSFV

Une communication adressée par la CSFV aux médecins a fait couler beaucoup d'encre, en août dernier, dans les médias d'ici comme d'ailleurs. Bien que la Commission y eût admis qu'«il était trop tôt pour conclure à une dérive», elle enjoignait aux médecins qui pratiquent les soins de fin de vie de hausser leur niveau de prudence, de rigueur et de vigilance. Ce rappel de la CSFV mentionnait entre autres qu'«un nombre [croissant] de personnes présentant des situations complexes ont reçu l'AMM [dans les derniers mois, que les] AMM administrées à la limite des conditions imposées par la *Loi* ou de façon non conforme étaient en hausse, et que des informations erronées sur les limites de la *Loi* du Québec circulaient entre les prestataires». La note se terminait par une mise en garde : «le magasinage pour trouver un 2^e avis [médical] favorable [à l'AMM] n'est pas une pratique acceptable».

Lorsqu'on le questionne sur le sujet, le président de la Commission apporte des bémols. «Celles et ceux qui pratiquent les soins de fin de vie au Québec font un travail

DOSSIER SPÉCIAL

extraordinaire, souligne le Dr Bureau. C'est même émouvant de lire leurs récits d'AMM, confiait-il récemment lors d'un webinaire du CMQ. Mais les Québécois veulent souvent plus que ce que la *Loi* permet actuellement, reconnaît-il. Si bien que l'application de la *Loi* peut parfois s'apparenter à un casse-tête pour les médecins prestataires.»

Des médecins échaudés

Cela dit, le risque de dérive sous-entendu par la CSFV laissait présager une certaine forme de laxisme de la part des médecins prestataires. Or, selon le rapport 2021-2022 de la CSFV, il est stipulé que plus de 99 % des AMM ont été administrées, au Québec, conformément aux exigences de la législation. C'est donc moins de 1 % des cas qui ont été soumis à l'examen des syndicats du Collège des médecins du Québec, chargés d'enquêter sur la pratique pour assurer la rigueur et la qualité des actes d'aide médicale à mourir. Et à ce jour, aucun cas n'a justifié

Statistiques québécoises sur l'aide médicale à mourir

Dans son plus récent rapport annuel d'activités, rendu public le 9 décembre 2022 et couvrant la période du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022, la Commission sur les soins de fin de vie (CSFV) brosse le portrait suivant :

- › Les AMM ont eu lieu dans les hôpitaux (54 %), à domicile (33 %), en CHSLD (8 %) et en maisons de soins palliatifs (5 %).
- › 1 418 médecins ont pratiqué des AMM au Québec durant cette période, dont une très forte majorité (85 %) de médecins de famille.

un passage devant le conseil de discipline. « Mais comme le critère de fin de vie vient d'être levé, on voit peu à peu surgir de nouveaux profils et cas de figure dans les demandes d'AMM. C'est là qu'il faut rester prudents », remarque le Dr Bureau.

« Des médecins nous contactent régulièrement pour nous faire part de leur inquiétude à prodiguer les différents soins de fin de vie », soutenait le Dr Mauril Gaudreault, président du CMQ, dans sa réponse officielle à la note de la CSFV. « Dans certains cas, même, ils nous confient ne plus vouloir les pratiquer par crainte de représailles. Ils s'expriment aussi de la sorte entre pairs, sur leurs lieux de travail et dans différents forums de discussion », ajoutait-il.

Et les craintes des médecins, actuellement d'ordre disciplinaire, pourraient bientôt être d'une tout autre nature. En effet, même si le gouvernement du Québec et ses juristes tiennent à rassurer la communauté médicale sur la portée de la nouvelle LCSFV au regard des limitations actuelles du *Code criminel*, celui-ci laisse entrevoir des peines d'emprisonnement potentielles de 14 ans pour les médecins qui permettraient à des patientes et patients souffrant de maladie neurocognitive de procéder à des demandes anticipées d'AMM en prévision d'une dégénérescence de leur état, d'ici à ce qu'il soit éventuellement amendé.

Hausse des demandes d'AMM

À titre d'ordre professionnel chargé de la protection du public et préoccupé par l'accès aux soins, le CMQ s'inquiète d'un tel état de fait. « Il ne faut pas voir le nombre de cliniciennes et cliniciens aptes à administrer les soins de fin de vie diminuer alors que la demande, elle, va en s'accroissant », soulevait le Dr Gaudreault dans un message qu'il adressait récemment aux médecins.

À preuve, les AMM représentaient l'an dernier un peu plus de 5 % des décès enregistrés dans la province, faisant du Québec le premier administrateur d'aide médicale à mourir, devant la Belgique (dont les statistiques sont trois fois moins élevées) et la Suisse (où elles sont 4,5 fois moins importantes). Et à titre comparatif, les décès par AMM en Ontario sont deux fois moindres qu'au Québec. De fait, si on comptait, il y a cinq ans, moins de 1 000 AMM administrées annuellement dans la province, 3 663 l'ont été l'an dernier et les projections pour 2023 estiment ce nombre à plus de 5 000. Le vieillissement de la population, un meilleur accès aux soins de fin de vie partout sur le territoire québécois, le refus de subir des traitements agressifs et une population mieux informée sur l'AMM seraient les principaux facteurs explicatifs de cette hausse.

Lors de la plus récente édition des Rendez-vous du Collège, la chercheuse et docteure en psychologie communautaire, Isabelle Marcoux, est venue rappeler la complexité inhérente à tout exercice de contrôle des pratiques d'AMM. Faudrait-il envisager de procéder à des études indépendantes sur les comités de contrôle de l'acte, comme dans certains pays du monde où l'AMM est autorisée ? La question mérite réflexion.





LES SOINS DE FIN DE VIE DANS LE MONDE

L'aide médicale à mourir est à ce jour légalisée dans plusieurs pays du globe :

- › Canada
- › Colombie
- › Espagne
- › Belgique
- › Pays-Bas
- › Luxembourg
- › Allemagne
- › Autriche
- › Nouvelle-Zélande
- › Dans la majeure partie de l'Australie

Elle est également permise dans certains états américains (Washington, Oregon, Californie, Hawaii, Nouveau-Mexique, Colorado, Montana, Vermont, Maine, New Jersey, District of Columbia).

Des débats au sujet d'une légalisation possible de l'AMM ont cours au Pérou, au Chili, en Uruguay, en Grande-Bretagne, en Irlande, en France, au Portugal et en Italie.

LES CONSIDÉRANTS ET LA POSITION DU CMQ

Le Collège répond présent

Depuis bientôt 15 ans, le CMQ prend activement part aux débats politiques entourant les soins de fin de vie. Et ce, tant à Québec qu'à Ottawa. En mettant ses membres et des experts tous azimuts à contribution, le Collège s'interroge, prend position et s'exprime sur la place publique. Tout cela, afin de concrétiser sa mission de protéger le public en offrant une médecine de qualité.

Plusieurs mémoires relatifs aux soins de fin de vie ont à ce jour été rédigés, déposés et défendus en commissions parlementaires par le CMQ. Au fédéral, on n'a qu'à penser à celui relatif au [projet de loi C-7](#), et au Québec, à ceux sur les projets de loi [n° 38](#) et [n° 11](#).

Faire évoluer la pratique

«Notre ordre professionnel a le devoir de s'assurer que les soins de fin de vie, dont l'AMM, sont disponibles et prodigués dans le respect de la loi, conformément à la volonté des personnes souffrantes. Le CMQ doit aussi veiller à ce que rien ne vienne décourager les médecins du Québec d'administrer l'AMM, ni ne vienne entraver son accès pour les personnes qui en ont besoin et qui y ont droit» soutient le président du CMQ.

Et pour ce faire, l'ordre professionnel continuera de plaider pour un élargissement des soins de fin de vie, en fonction de l'évolution de la société. Après le retrait de la notion de «fin de vie» des critères d'admissibilité et l'ajout à la loi des demandes anticipées d'AMM en cas de maladies neurocognitives, le CMQ propose que la réflexion se poursuive quant aux rôles et obligations des tiers de confiance, aux mesures à mettre en place pour l'administration des soins de fin de vie à domicile et à l'admissibilité des gens souffrant d'un trouble mental. D'ailleurs, à ce sujet, le député bloquiste Luc Thériault estime que «le rapport des experts du Comité spécial mixte de la Chambre des communes répond aux préoccupations des Québécoises et Québécois en lien avec les troubles mentaux et l'AMM. Il fournit aussi des balises et principes de précaution clairs, de façon à bien établir les protocoles d'administration. Son examen pourrait peut-être permettre d'heureux dénouements à ce sujet.»

De la confusion

Plus le temps passe et plus la pratique d'une médecine de compassion devient complexe pour les médecins du Québec. «Une loi québécoise et une loi fédérale sont actuellement en place, présentant – chacune de leur côté – des différences et des particularités. Cela ajoute à la complexité et engendre de la confusion», fait remarquer le Dr Mauril Gaudreault.

Le CMQ continuera d'intervenir auprès des instances gouvernementales afin de prôner une harmonisation rapide des deux législations. «Car la clarté, au chapitre de la loi, doit vite être de mise, tant au bénéfice des patientes et patients qu'à celui des médecins qui administrent l'aide médicale à mourir», conclut le président du CMQ.

D'AUTRES ÉCHOS ET PERSPECTIVES

Si l'aide médicale à mourir fait à ce point consensus dans la population québécoise, c'est parce que la société évolue. Et aux dires du sociologue et professeur Jacques Roy, quatre facteurs permettent d'expliquer cette évolution dont la quête d'autonomie, le recul de l'argument d'autorité, la recherche d'une qualité de vie et le respect des volontés individuelles. «On sent que les patients souhaitent se réapproprier leur souffrance et avoir une certaine prise de contrôle sur leur existence. C'est un peu comme si l'AMM redonnait un certain pouvoir aux citoyennes et citoyens qui souffrent», avance-t-il.

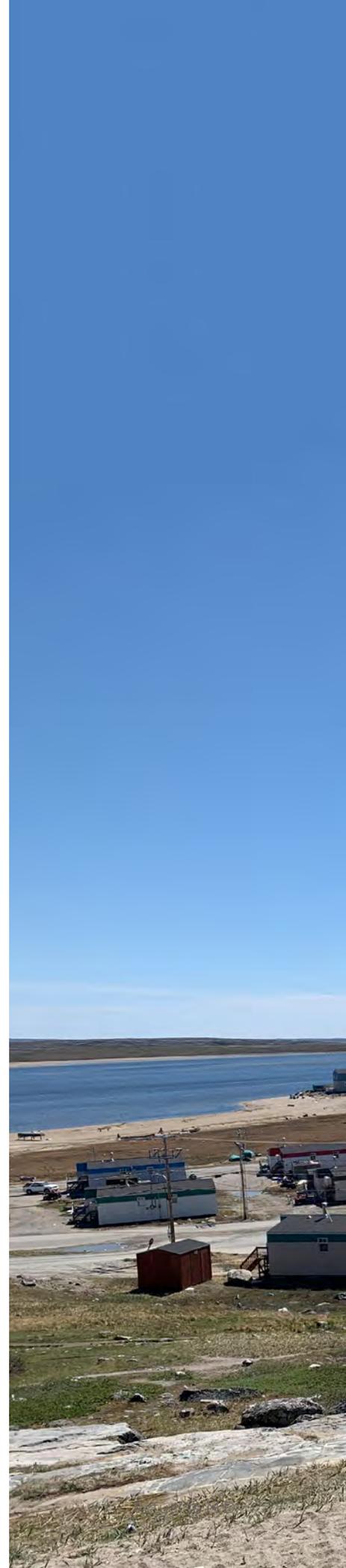
Le journaliste et chroniqueur Patrick Lagacé a beaucoup écrit sur l'aide médicale à mourir. Il a même assisté à une AMM qu'il a décrite comme «une célébration de la vie et de la fin des souffrances». Pour lui, les médecins qui pratiquent l'AMM font œuvre utile. «Mais ça reste une option offerte à la population, un choix, quand on se conforme aux critères d'admissibilité», précise-t-il.

Le sénateur Pierre J. Dalphond est d'avis que la suite du débat sur l'AMM doit être nuancée et faite avec doigté. «Pour comprendre la souffrance et protéger le droit de tous à la dignité humaine, soutient-il, il faut éviter les généralités, les distorsions et la manipulation de la vérité, sans instrumentaliser des groupes comme les personnes handicapées, par exemple. Mais comme société, voulons-nous que des malades non inadmissibles à l'AMM soient forcés de se jeter devant une rame de métro pour mettre fin à leurs souffrances insoutenables?» La question se pose et résonne fort.

Cela dit, sur les soins de fin de vie, Québec et Ottawa n'avancent pas au même rythme et n'ont pas la même approche: un vaste dialogue social a eu lieu sur le sujet depuis plus d'une décennie au Québec alors que dans le reste du Canada, les tribunaux ont fait office de catalyseur.

L'agenda politique d'Ottawa et de Québec est aussi bien distinct: de futures élections fédérales, en 2024 ou 2025, pourraient retarder le processus d'amendement du *Code criminel* en ce qui a trait aux demandes anticipées, réclamées par le Québec, d'autant que les partis fédéraux ne s'entendent pas sur l'enjeu parce que les autres provinces canadiennes ne sont pas rendues aussi loin en ce qui a trait à l'aide médicale à mourir.

Or, dans l'entremise, ce sont les personnes souffrantes et leurs proches, au Québec, qui doivent prendre leur mal en patience et vivre dans l'incertitude. Et ce sont les médecins qui doivent continuer d'agir en respectant la loi et leurs obligations déontologiques. ■



Soigner au nord du 55^e parallèle

Le réseau de la santé québécois vit actuellement de grands défis. Or ceux-ci sont difficilement comparables à ceux que connaît le Nunavik depuis des années. La Dre Geneviève Auclair en sait quelque chose. Celle qui y pratique la médecine depuis 16 ans nous parle de son quotidien et nous expose les besoins criants de cette région.



« Ici, c'est un autre espace-temps », nous résume en quelques mots la Dre Geneviève Auclair, médecin de famille permanente au Nunavik. « Lorsqu'on prend l'avion, on ne sait pas toujours si on se rendra à destination. La météo peut être au beau fixe, puis un banc de brume vient obstruer la vue et on se voit forcés d'atterrir dans le village voisin, sans savoir quand on pourra repartir. Il faut apprendre à se débrouiller », raconte celle qui a vécu ce périple plus d'une fois.

D'emblée, elle avoue que l'arrivée dans le Grand Nord peut être déroutante pour des recrues. « Certaines personnes perdent tellement de repères. Même avoir accès à de l'eau courante ou à Internet dans son logement n'est pas assuré, sans compter qu'il n'y a pas de réseau cellulaire dans la plupart des villages! »

Là-bas, le quotidien, tout comme la vie professionnelle, sont pétris d'incertitudes. « En même temps, c'est ce qui fait le charme de la région », s'empresse d'ajouter celle qui s'y rend périodiquement pour des séjours de 3 à 4 semaines. Depuis 2015, elle est aussi cheffe du Département régional de médecine générale (DRMG) du Nunavik. À ce titre, elle est responsable du recrutement pour l'ensemble de la région.



Village d'Inukjuak, au Nunavik

NUNAVIK



Comme la plupart de ses collègues au Nunavik, la Dre Auclair partage son temps entre le « Sud » (Montréal dans son cas) et le Grand Nord, où l'accompagnent également ses deux enfants et son conjoint. Après avoir travaillé 12 ans à Puvirnituq au Centre de Santé Inuulitsivik, un établissement qui dessert les 7 villages de la Côte d'Hudson, elle réside à Inukjuak depuis 4 ans. Tous les ans, elle passe également quelques semaines à Ivujivik, un village de 400 âmes, le plus septentrional du Québec.

Perpétuelle pénurie

Attirer des professionnels de la santé dans un milieu aussi unique constitue un défi, amplifié par la pénurie actuelle de main-d'œuvre qui sévit partout dans le réseau. « Les établissements font ce qu'ils peuvent. La solution à brève échéance est de nous envoyer des gens ayant de courtes disponibilités », explique la Dre Auclair. Certains viennent en renfort pour une quinzaine de jours, ce qui amène un fort taux de roulement (de 50 à 90 % selon les semaines). Or, former continuellement de nouvelles ressources exige du temps et a un impact sur l'efficacité des équipes.

De plus, le manque de personnel accroît le risque d'épuisement : « S'il manque des joueurs, ça fatigue les autres plus vite. On perpétue un cercle vicieux : on a attiré des gens qui étaient intéressés, confortables dans ce chaos du quotidien, mais ils se retrouvent seuls de garde pendant des jours, sans savoir quand des collègues arriveront en renfort. »

Pour assurer une continuité des soins et une plus grande stabilité des équipes, il faut donc miser sur la rétention. « Idéalement, il faudrait recruter des gens qui auront le coup de foudre et qui resteront quelques années. »

Besoin urgent d'infirmières

Au Nunavik, la structure des soins repose en grande partie sur l'apport d'infirmières en rôle élargi. Ces dernières doivent avoir une expérience préalable en soins aigus, que ce soit à l'urgence ou aux soins intensifs. Ces professionnelles gèrent notamment les cliniques sans rendez-vous. Un patient qui s'y présente pour une otite, une pharyngite ou une infection urinaire simple recevra son diagnostic ainsi que son traitement directement de l'infirmière (grâce à une ordonnance collective) et quittera la clinique sans devoir rencontrer un médecin. Pour des cas plus complexes, l'infirmière s'en réfère cependant au médecin, un peu comme le ferait un résident.

Selon la Dre Auclair, la pénurie d'infirmières est celle qui fait le plus de tort actuellement aux équipes, car elle crée un « effet domino ». « S'il manque d'infirmières, les médecins qui feraient normalement des soins à domicile ou de la prise en charge au bureau doivent revoir leur horaire, ou même annuler ces journées pour s'occuper du *sans rendez-vous*. »

Lorsque la pénurie de personnel devient trop sévère, certaines cliniques se voient obligées de fermer leurs portes, sauf pour les urgences. À ce moment, le triage des patients se fait par téléphone. « Certains patients ne prennent pas la peine d'appeler, par crainte de déranger ou parce qu'ils estiment que leur cas n'est pas urgent. Lorsqu'ils se présentent à la clinique, ce qui était simple quelques jours auparavant est devenu complexe. On doit parfois les transférer. » La trajectoire de soins des patients s'en trouve donc directement impactée. C'est sans compter les conséquences de

DES DÉFIS PARTICULIERS AU NUNAVIK

- › La population de 14 000 habitants est répartie dans 14 villages, sur un gigantesque territoire qui n'est accessible par aucune route terrestre, seulement par voie aérienne.
- › Il n'y a ni bloc opératoire 24/7, ni lits de soins intensifs, ni CT scan, ni médecins spécialistes à temps plein sur place, ni laboratoire à l'extérieur des deux hôpitaux nordiques.
- › Afin d'acheminer par évacuation médicale aérienne les patients qui requièrent des soins aigus, il faut composer avec les conditions météorologiques. Les patients ne peuvent pas toujours voyager avec leurs proches.
- › La pénurie de personnel soignant y est chronique.



dépistages plus tardifs, notamment pour des cancers ou pour la tuberculose, dont le nombre de cas connaît une croissance hors norme.

Faire plus avec moins

À Inukjuak, il n'y a ni hôpital, ni laboratoire. Le questionnaire et l'examen physique constituent les principaux moyens d'évaluer la gravité de l'état du patient, ce qui exige une bonne dose de jugement de la part du professionnel: «Il faut se questionner constamment: Qu'est-ce qui pourrait être le problème le plus grave de ce patient? Si une personne se présente avec une douleur thoracique, je n'ai aucun moyen de trancher s'il s'agit d'un problème cardiaque ou pas. Afin d'exclure cette hypothèse, je dois systématiquement envoyer le patient par avion à Puvirnituq pour un prélèvement sanguin.»

Sur toute la Côte d'Hudson, on ne dispose pas d'un CT scan. Pourrait-on acheter un appareil pour le territoire? Aux yeux de la Dre Auclair, l'enjeu n'est pas forcément monétaire. Une foule d'autres considérations entrent en ligne de compte, notamment l'orchestration complexe de l'envoi de l'appareil par bateau ou avion, le manque d'espace pour installer l'équipement, ou encore la formation du personnel. Jusqu'à tout récemment, la lenteur de la connexion Internet était une autre barrière. Heureusement, de plus en plus d'établissements sont aujourd'hui adéquatement connectés.

Du Nord au Sud

Lors de transferts, les patients sont normalement dirigés vers le Centre universitaire de santé McGill, avec qui la procédure est bien huilée pour des cas urgents. Toutefois, les corridors de référence sont moins évidents pour les cas subaigus (entre l'état aigu et l'état chronique). «On se rabat sur l'urgence, ce qui n'est pas toujours le meilleur canal.»

Des téléavis sont également parfois obtenus par courriel ou téléphone. «On consulte les spécialistes à distance, mais rarement en vidéoconférence, car ça demande beaucoup de coordination.» Pour la Dre Auclair, l'idéal est que les spécialistes puissent venir périodiquement au Nunavik pour comprendre comment le milieu fonctionne. Le [Conseil numérique](#) est également un outil intéressant pour communiquer avec des médecins spécialistes. Or, pour cette région, à peine une dizaine de spécialités sont accessibles via cet outil et les réponses arrivent parfois tardivement.

En compagnie de la Dre Margaret Berry, pédiatre à l'Hôpital de Montréal pour enfants, qui effectue des séjours sur la Côte d'Hudson depuis plusieurs années.



Salle d'urgence de la clinique d'Inukjuak.

VOL AU-DESSUS DE LA TOUNDRA

L'avion constitue le seul moyen de transport entre les 14 villages du Nunavik et vers le reste du Québec. Les vols pour évacuation médicale entre les villages durent entre 30 minutes et 2 heures 30, ce qui peut représenter une éternité lorsqu'un patient se trouve dans un état instable.

La Dre Auclair a vécu de nombreux moments marquants, dont une évacuation qu'elle n'oubliera jamais: «J'étais en début de pratique, à Puvirnituaq. Notre équipe devait aller chercher un bébé très malade pour l'emmener à Kuujuaq, là où il serait transféré vers Montréal. Durant le trajet de 5 minutes en ambulance jusqu'à l'avion, le bébé a fait un arrêt cardiorespiratoire. J'étais à l'arrière de l'ambulance à ses côtés, sans possibilité d'alerter les premiers répondants au-devant du véhicule. Arrivés sur le tarmac, lorsque ces derniers ont ouvert la porte arrière de l'ambulance, ils m'ont aperçue à quatre pattes au-dessus de la civière, en train de faire les manœuvres de réanimation, qui ont heureusement porté fruit. Nous devions ensuite effectuer un vol de 2 h 30 avec ce poupon qui demeurait dans un état très instable. Je me disais: *Mais comment cet enfant survivra-t-il au trajet?* Contre toute attente, le vol vers Kuujuaq s'est bien déroulé et le bébé s'est rendu sain et sauf jusqu'à l'Hôpital de Montréal pour enfants. J'ai souvent repensé à ce jeune patient au fil du temps. Puis l'an dernier, je l'ai revu! C'est aujourd'hui un adolescent en bonne santé», raconte-t-elle, la gorge encore nouée par l'émotion.



L'intérieur d'un medevac, servant à l'évacuation des patients.

Le racisme systémique existe

Sur la question du racisme systémique, l'opinion de la Dre Auclair est sans équivoque: «Oui, il existe et cela a un impact sur la qualité des soins de santé.» D'ailleurs, selon une [enquête régionale](#) menée par la Santé publique auprès des Inuit du Nunavik en 2017, 42% des répondants estimaient avoir été victimes de discrimination au cours de l'année précédente.

La Dre Auclair croit que les soins les plus culturellement sécurisants au Nunavik sont ceux fournis par les sages-femmes inuit. Elles sont au moins une douzaine à avoir été formées sur place, une formation d'ailleurs reconnue par l'Ordre des sages-femmes du Québec. Sur la Côte d'Hudson, environ 3 femmes sur 4 ont ainsi pu accoucher en présence d'une professionnelle de la santé inuk¹. «Les sages-femmes sont les leaders des soins périnataux dans notre région», affirme la médecin, qui y voit la plus belle réussite du système de santé au Nunavik.

À son avis, ce modèle serait à répliquer pour d'autres professions. «On n'a actuellement aucune infirmière inuk au sein du réseau de la santé du Nunavik, ni travailleur social inuk, ni médecin inuk. Ce sont aussi des indices de discrimination systémique, puisque le système d'éducation ne favorise pas l'accès à ces formations.»

L'absence d'un établissement d'enseignement collégial dans la région constitue certainement une barrière. De plus, même au niveau des études secondaires, l'absence de cours avancés en sciences et mathématiques restreint le champ des possibilités de carrière pour les élèves. «Disons que les facteurs favorisant la réussite ne sont pas au rendez-vous», conclut-elle avec éloquence.

Des enjeux sociaux et médicaux

Aux yeux de la Dre Auclair, les conditions de vie difficiles des habitants, qui se répercutent sur leur état de santé, découlent également du racisme systémique: «Que tous les citoyens n'aient pas accès à de l'eau courante en 2023, c'est déplorable.»

Sur 14 villages, un seul possède un aqueduc. Les 13 autres dépendent des livraisons par camions-citernes, qui récupèrent également les eaux usées. Il suffit d'un bris mécanique de camion, d'une météo inclemente ou de l'arrêt de travail d'un conducteur pour que plusieurs foyers se retrouvent privés de leur livraison d'eau potable. Résultat de cet accès limité à l'eau? Le lavage des mains est plus bref, les bains sont moins fréquents et ainsi, les infections se propagent, en l'absence de conditions d'hygiène optimales.

1 Terme au singulier désignant les Inuit.



LE CMQ AU NUNAVIK

En mai 2023, le président du Collège des médecins du Québec était au Nunavik, une première en 175 ans d'histoire! Ce séjour s'inscrit dans une tournée des pôles en santé entreprise par le Dr Mauril Gaudreault en 2022. Sa visite de quatre jours sur le territoire lui a permis de rencontrer plusieurs membres du personnel de la santé, des gestionnaires et des usagers du réseau.

À l'issue de cette visite, le président a exprimé sa grande préoccupation à l'égard de l'accessibilité et de la qualité des soins offerts à la population du Nunavik et des conditions de pratique des équipes soignantes. «Nous allons travailler à ce que tout soit mis en œuvre afin que les ressources humaines et les équipements médicaux adéquats, réclamés depuis de nombreuses années, soient rapidement rendus disponibles en tenant compte d'autres facteurs que les simples ratios administratifs. Le *statu quo* ne peut plus durer», a-t-il affirmé.

Des constats et recommandations détaillés figureront dans la seconde partie du rapport du CMQ, qui sera publié au début de 2024, au terme de la tournée qui amènera le président dans l'est du Québec cet automne.

Le manque de logements a aussi des impacts sur la santé de la population². Plusieurs habitations sont surpeuplées, ce qui crée un terreau fertile pour les maladies infectieuses. «On pense bien sûr à la COVID, mais il y a aussi les gastroentérites, l'influenza et la tuberculose», précise la Dre Auclair. Depuis 2012, la région affiche chaque année un niveau soutenu et alarmant de nouveaux cas de tuberculose diagnostiqués. Une tendance à la hausse est observée malheureusement en 2023, avec 59 cas déjà répertoriés en juillet³.

Faire entendre sa voix

Bien que les médias fassent régulièrement état des problèmes vécus au Nunavik et que le ministre de la Santé y soit sensibilisé, les changements significatifs se font encore attendre. «Cet été, il y avait encore parfois cinq cliniques fermées la même semaine. On n'en parle plus aux nouvelles, car ce ne sont même plus des nouvelles», déplore la Dre Auclair.

Si elle avait une demande à faire au ministère de la Santé et des Services sociaux, ce serait de ne pas appliquer les mêmes barèmes et ratios que pour les autres régions dans l'octroi d'équipement et l'attribution de ressources humaines. «Ce sera toujours plus cher, plus compliqué, et ça prendra toujours plus de personnel au Nunavik. Il ne faut pas planifier de la même façon qu'ailleurs. C'est un autre monde, une autre culture.»

La Convention de la Baie James et du Nord québécois (1975) ayant conféré à cette région un statut particulier, le Nunavik est exclu pour l'instant de la réforme envisagée dans le réseau (projet de loi n° 15). La Dre Auclair constate que la région se retrouve de plus en plus en décalage avec le reste de la province. «On a encore une régie régionale, ce qui n'existe plus ailleurs. C'est de plus en plus difficile de se trouver des interlocuteurs équivalents; les paliers de nos structures ne concordent plus.» Elle craint d'ailleurs que la réforme, qui mobilisera tout le reste du réseau, fasse en sorte que le Nord soit encore oublié.

A-t-elle parfois envie de baisser les bras? «Si je voulais travailler ailleurs, ce ne sont pas les emplois qui manquent», lance-t-elle, avec un brin d'ironie. Celle qui a le Nord tatoué sur le cœur a bien l'intention de continuer à se battre pour la région et sa population. ■

- 2 Quelque 800 logements sont manquants, selon les estimations les plus récentes. Voir à ce sujet l'article d'Eilís Quinn, «[Pénurie de logements au Nunavik: des répercussions profondes sur l'éducation](#)», *Radio-Canada*, 17 août 2023.
- 3 Philippe Teisceira-Lessard, «[Flambée de tuberculose au Nunavik](#)», *La Presse*, 14 juillet 2023.

La Dre Auclair en promenade avec son fils, bien emmitoufflé dans l'*amauti*, un manteau porte-bébé traditionnel inuit. La maman porte aussi des *kamiik*, les bottes traditionnelles confectionnées avec de la peau de phoque.



Sécurisation culturelle et soins de santé

Rebâtir la confiance

La discrimination et le racisme sont malheureusement toujours présents dans notre réseau de la santé. Cette réalité ne date pas d’hier, mais on la dénonce davantage aujourd’hui. Haut et fort. De plus en plus, on évoque la « sécurisation culturelle » comme une voie d’avenir pour rétablir le lien de confiance entre le milieu médical et certains groupes, notamment les communautés autochtones. Mais par où commencer? Coup d’œil sur un enjeu qui mobilise le Collège des médecins.

Le racisme systémique envers les Autochtones, d’hier à aujourd’hui

Au Canada, on ne peut évoquer le racisme systémique sans parler des communautés autochtones. Pendant près de deux siècles, diverses mesures mises en place par les gouvernements ont engendré de la discrimination à l’égard des Premiers Peuples. Que l’on pense au déplacement forcé de certaines populations, à la création de réserves ou à la mise en place de pensionnats, ces mesures ont laissé de profondes séquelles qui se répercutent encore aujourd’hui sur les conditions de vie et la santé des Autochtones. Malgré le chemin parcouru dans notre société pour tenter de corriger les erreurs du passé, les plaies mettront du temps, des générations, à guérir.

Qui plus est, certaines pratiques racistes, colonialistes et discriminatoires perdurent dans le réseau de la santé et des services sociaux. Le décès de Joyce Echaquan, survenu le 28 septembre 2020, en est un exemple récent... celui d’un racisme brutal vécu dans un contexte de soins, se traduisant par des actes de violence et de dénigrement.



DES INIQUITÉS CHIFFRÉES

8,8 ans

C’est l’écart entre l’espérance de vie dans le Nord-du-Québec (73,8 ans), comptant une importante population autochtone, et celle pour l’ensemble du Québec (82,6 ans)¹.

300 fois

Le taux de tuberculose chez les Inuit est 300 fois plus élevé que celui des personnes non autochtones nées au Canada².

26

C’est le nombre de communautés autochtones qui n’ont toujours pas accès à de l’eau potable au pays³.



- 1 Institut de la Statistique du Québec, « [Espérance de vie à la naissance selon le sexe, régions administratives du Québec, 1995-1997 à 2020-2022](#) », page mise à jour le 24 mai 2023.
- 2 Il s’agit des Inuit de l’Inuit-Nunangat. Gouvernement du Canada, « [La tuberculose dans les communautés autochtones](#) », page mise à jour le 25 février 2020.
- 3 Donnée tirée du site du Gouvernement du Canada, « [Lever les avis à long terme concernant la qualité de l’eau potable](#) », page consultée le 7 juillet 2023.

Or, la discrimination prend parfois des formes plus subtiles. Dans certains cas, en raison d'idées préconçues à l'égard d'une communauté, le personnel soignant sera porté à agir différemment ou à formuler des hypothèses erronées. Voici quelques exemples reflétant des préjugés tenaces envers les patients issus de communautés autochtones⁴:

- › Ne pas prescrire d'analgésiques à un patient afin d'éviter qu'il développe une dépendance;
- › Maintenir une mère et son nouveau-né plus longtemps à l'hôpital, sans raison valable, dans le but d'évaluer la capacité de la patiente à prendre soin de l'enfant;
- › Exclure un membre de la famille de la planification des soins et des services, sous prétexte qu'il ne comprendrait pas.

Ces biais culturels ne sont pas sans conséquences. Certaines personnes en viennent à éviter de fréquenter les milieux de soins, par crainte du jugement ou de mauvais traitements.

Contribuer au rapprochement

Le Collège des médecins du Québec (CMQ) souhaite faire partie du changement. Tous les Québécois et les Québécoises doivent avoir accès à des soins de qualité. Le CMQ a d'ailleurs été l'une des premières organisations à reconnaître en 2021 le Principe de Joyce, aux côtés de la Nation Atikamekw. Plusieurs actions ont été posées au cours des dernières années pour contribuer au rapprochement entre les cultures et lutter contre les inégalités de pouvoir présentes dans les soins de santé.

Stérilisations non consenties: brisons le silence!

En novembre 2022, la publication d'un rapport de recherche relatant plusieurs cas de stérilisations et d'interruptions de grossesse imposées aux femmes des Premières Nations et Inuit, ici même au Québec entre 1980 et 2019, a créé une véritable onde de choc⁵. Les témoignages contenus dans ce rapport sont tout aussi bouleversants qu'inacceptables.

Le Dr Mauril Gaudreault, président du CMQ, a vivement dénoncé dans une [lettre ouverte](#) certaines pratiques relatées dans ce rapport, et a rappelé l'importance du consentement libre et éclairé lors de toute intervention médicale. Rapidement, un groupe de réflexion du Conseil d'administration fut mis sur pied, auquel participent plusieurs

4 Exemples tirés d'une étude du Conseil canadien de la santé (2012). [Empathie, dignité et respect: créer la sécurisation culturelle pour les Autochtones dans les systèmes de santé en milieu urbain](#), p. 8-9.

5 Suzy Basile et Patricia Bouchard (2022). [Consentement libre et éclairé et les stérilisations imposées de femmes des Premières Nations et Inuit au Québec](#), rapport de recherche, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, 76 p.

Le CMQ et la lutte aux inégalités envers les Autochtones – quelques repères

2020

Participation aux rencontres du gouvernement fédéral sur le racisme dans les soins de santé.

2021

Reconnaissance du Principe de Joyce, qui vise à garantir à tous les Autochtones un droit d'accès équitable, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé, ainsi que de jouir du meilleur état possible de santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle.

Signature de la Déclaration sur le racisme dirigé contre les Autochtones de la Fédération des ordres des médecins du Canada (FOMC).

2022

Co-organisation du Congrès annuel de la FOMC, portant sur le racisme systémique envers les Autochtones.

Mise sur pied d'un groupe de réflexion sur les interruptions de grossesse et les stérilisations imposées aux femmes des Premières Nations et Inuit au Québec.

2023

Adoption d'un énoncé de reconnaissance territoriale et d'un énoncé de position sur l'équité, la diversité et l'inclusion dans les soins de santé.

Création d'un groupe de travail consultatif, composé de membres de communautés opprimées, pour la mise sur pied d'une formation de base en sécurisation culturelle des soins de santé.

ENJEUX

intervenants, dont la professeure Suzy Basile, auteure principale du rapport. Le groupe est à mettre en œuvre des solutions concrètes, en collaboration étroite avec les Premières Nations. Le CMQ souhaite notamment mieux accompagner les patientes autochtones qui souhaiteraient signaler un comportement inadéquat de la part d'un médecin. Voilà un exemple parmi de nombreuses pistes d'actions envisagées, dans une démarche de sécurisation culturelle.

Vous avez dit «sécurisation culturelle»?

La sécurisation culturelle⁶ s'intéresse aux différentes facettes de la société qui peuvent influencer le bien-être ou le mal-être d'une personne. Cette approche vise à rétablir les inégalités de pouvoir observées entre les soignants et les patients. C'est d'ailleurs à ces derniers qu'il appartient alors de déterminer si une rencontre est sécurisante ou non. Tout un renversement de perspective...

Cette démarche amène les soignants à prendre conscience des structures qui engendrent des inégalités: les relations de pouvoir, la marginalisation de certains groupes, les biais culturels et le racisme, par exemple.

La sécurisation culturelle ne concerne pas uniquement les personnes autochtones. Elle englobe plus largement tous les patients ou groupes qui vivent une forme d'oppression, que ce soit en raison de leur genre, leur âge, leur culture, leurs croyances, leur orientation sexuelle, etc. D'ailleurs, les soignants eux-mêmes peuvent être stigmatisés dans le réseau de la santé, pour différentes raisons (trouble de santé mentale, origine, statut professionnel, etc.). De plus, divers volets de l'identité d'une même personne (ex.: être femme, être âgée, être d'origine autochtone) peuvent engendrer une accumulation de formes d'oppression dont les effets se trouveront mutuellement influencés et décuplés. C'est ce qu'on appelle «l'intersectionnalité».

En guise de point de départ d'une démarche de sécurisation culturelle, chaque acteur du système de santé et des services sociaux est invité à s'interroger sur ses croyances et connaissances. Il s'agit d'une étape fondamentale, faisant appel à l'humilité, afin d'intervenir de manière plus pertinente et de contrer les inégalités.

⁶ Cette approche a été introduite dans les années 1990 par Irihapeti Ramsden, une infirmière maorie de Nouvelle-Zélande, en réponse aux inégalités vécues par son peuple en matière de santé.

ÉNONCÉ DE RECONNAISSANCE TERRITORIALE DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

«Reconnaissant les faits historiques et culturels, le Collège des médecins du Québec souligne que ses bureaux sont situés sur un lieu de rencontres et d'échanges entre les peuples autochtones. Le Collège s'engage à saisir les opportunités de rapprochement avec tous les peuples autochtones pour favoriser un enrichissement réciproque et un meilleur équilibre entre l'environnement et la santé.»



La reconnaissance territoriale

Au cours des dernières années, le CMQ a entrepris une démarche qui a mené à l'adoption d'un énoncé de reconnaissance territoriale. Cet énoncé est désormais prononcé au début de certains événements et réunions, et cité dans des publications. Il vise à reconnaître les nombreux impacts du colonialisme d'occupation sur la réalité passée, présente et future des peuples autochtones.

Dans cet énoncé, le CMQ reconnaît explicitement la valeur, pour les Autochtones, du territoire sur lequel se trouvent ses bureaux, mais il va plus loin en établissant aussi un lien entre l'environnement et la santé. C'est une façon d'ouvrir le dialogue et de reconnaître l'importance du rapport à l'environnement pour ces peuples.

Des soins sécurisants pour toutes et tous

Après l'adoption de son énoncé de reconnaissance territoriale, le CMQ a franchi un pas de plus en élaborant un énoncé de position sur l'équité, la diversité et l'inclusion dans les soins de santé. C'est une nouvelle étape, qui confirme de façon encore plus explicite son engagement à lutter contre le racisme systémique et l'oppression sous toutes ses formes. Cet énoncé constitue un geste symbolique fort, qui permettra la cocreation de nouvelles pratiques médicales plus respectueuses pour toutes et tous.

Bientôt une formation pour tous les médecins

Le CMQ a mis sur pied un groupe de travail consultatif, composé paritamment de membres de communautés opprimées, qui s'affaire à cocréer une formation de base en sécurisation culturelle des soins de santé. Offerte aux 25 000 médecins du Québec dès 2024, cette formation abordera la question du racisme et du colonialisme à l'égard des Autochtones, et plus largement toutes les formes d'oppression envers différentes communautés.

De plus, la formation ALDO-Québec, destinée aux futurs diplômés en médecine au Québec, sera actualisée et inclura désormais un volet «Responsabilité sociale». On y traitera d'humilité culturelle, de pratiques sensibles aux traumatismes et de sécurisation culturelle, en plus de s'intéresser aux enjeux de santé planétaire.

C'est par l'éducation et la sensibilisation que les mentalités continueront d'évoluer. Pour qu'enfin, d'une même voix, on puisse dire: «Plus jamais!» ■



LE CMQ SE POSITIONNE SUR LE PROJET DE LOI N° 32

Prônant un virage vers des soins de santé plus inclusifs, le CMQ s'est récemment prononcé sur le projet de loi n° 32, portant sur la sécurisation culturelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Saluant d'emblée cette démarche du gouvernement québécois, qui rejoint d'ailleurs la mission de protection du public de l'ordre professionnel, le CMQ a rappelé l'importance pour le gouvernement de reconnaître d'abord l'existence du racisme systémique dans le milieu de la santé, de même que le Principe de Joyce, afin de garantir à tous les Autochtones un accès équitable à des soins de qualité.

De plus, le CMQ estime que la sécurisation culturelle doit englober toutes les clientèles fragilisées, dont les Autochtones, et que la future loi doit être corrigée avec les minorités concernées. Cette notion de cocréation doit s'inscrire dans toutes les étapes de la démarche. « Il est important que le gouvernement cesse de présumer de ce qui est approprié et sécurisant pour les Autochtones et les minorités fragilisées », a déclaré le Dr Gaudreault.

Rappelant les constats dressés par le président le printemps dernier à la suite d'un séjour au Nunavik dans le cadre de sa tournée des pôles en santé, le CMQ a réitéré sa grande préoccupation quant à l'offre de soins et de services dans cette région éloignée. Il recommande que le projet de loi englobe l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux et qu'il couvre autant la santé physique que la santé mentale. Pour en savoir davantage, consultez le [mémoire](#) du CMQ, accessible en ligne.

Commission parlementaire sur le projet de loi n° 32



ÉNONCÉ DE POSITION DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

«Le Collège des médecins du Québec reconnaît que les origines culturelles, occidentales et patriarcales de la médecine au Québec peuvent être responsables de biais dans la construction du réseau de la santé et des services sociaux, des structures de soins et de l'exercice de la médecine.»

Conséquemment, le Collège confirme son engagement à lutter contre le racisme systémique et contre tout système et toute structure qui reproduisent des oppressions et créent des inégalités de pouvoir envers la population et au sein de l'équipe soignante et du personnel médical.»

5 questions à la Dre Louise-Josée Gill

Originaire de la Première Nation des Pekuakamiulnuatsh, la Dre Louise-Josée Gill est médecin de famille au Centre de santé de Mashteuiatsh ainsi qu'à l'Hôpital de Roberval. Professeure à l'Université de Sherbrooke, elle y est également coresponsable de la thématique santé et mieux-être des Premiers Peuples au sein du Bureau de la responsabilité sociale. Investie dans plusieurs initiatives visant des soins culturellement adaptés et sûrs, elle est membre du groupe de travail consultatif du CMQ pour la mise sur pied d'une formation de base en sécurisation culturelle des soins de santé.

1. Que pensez-vous de la démarche de sécurisation culturelle, en cours dans plusieurs organisations actuellement ?

Je crois que les approches de sécurisation culturelle sont cruciales pour rectifier les injustices historiques. Elles favorisent l'épanouissement et l'engagement des communautés marginalisées. Évidemment, il est difficile de mettre en œuvre les démarches ayant pour objectif la sécurisation culturelle, mais il faut poursuivre le dialogue entre les différents acteurs afin d'y parvenir d'une manière respectueuse et dépourvue de discrimination. Personnellement, je suis très fière du chemin parcouru au cours des dernières années et je suis convaincue que nous allons toutes et tous bénéficier d'une manière ou d'une autre de ces démarches, qui nous amènent à faire preuve d'inclusion et de sensibilité à l'égard des réalités d'autrui.

ENJEUX

2. Quels sont à votre avis les préjugés les plus tenaces au sujet des personnes autochtones dans notre société?

De nombreux préjugés circulent encore dans notre société et nous avons toutes et tous le devoir d'y remédier. Je crois qu'ils découlent d'une méconnaissance des peuples autochtones. Au Canada, on perçoit encore l'Autochtone tantôt comme un être paresseux ou alcoolique, tantôt comme un sage vivant en parfaite harmonie avec la nature. Ces stéréotypes continuent d'être véhiculés dans les médias. Or il est difficile pour les Autochtones de trouver leur place dans la société en présence de préjugés et de stéréotypes aussi tenaces. Comment s'identifier en tant qu'Autochtone si on ne correspond à aucune des images préconçues? C'est un peu comme s'il fallait justifier le fait qu'on ne répond pas aux stéréotypes.

3. Certains patients autochtones évitent de fréquenter le réseau de la santé. Cette méfiance est-elle toujours fondée à votre avis?

Oui et non. Il y a de nombreuses initiatives visant à améliorer l'accès aux services et bien que nous ne puissions pas encore parler de système totalement équitable, on constate beaucoup plus d'ouverture et de respect que par le passé. Nous avançons sur le bon chemin. En revanche, la méfiance demeure justifiée puisqu'elle repose sur le vécu de plusieurs générations, qui ont subi des expériences traumatisantes au sein de ce système. Il faudra du temps, de la patience et de l'humilité pour graduellement estomper les effets de cette méfiance.

4. Que manque-t-il actuellement dans le réseau de la santé afin que les patients autochtones s'y sentent à l'aise?

Il est bien connu que notre système de santé est fortement teinté par les approches colonialistes. Je ne crois pas qu'il y aura de réforme suffisamment puissante pour y remédier. Toutefois, de nombreuses initiatives peuvent améliorer l'expérience du patient, que ce soit les formations en sécurisation culturelle, les services de santé qui tiennent davantage compte des traditions autochtones, la disponibilité des services de traduction ou différentes mesures pour favoriser l'accès aux soins. Tout cela peut grandement aider. À mon avis, la clé du succès réside dans l'implication et le leadership autochtone! Il faut permettre aux Autochtones de décider et de participer à la mise en place des mesures pour améliorer notre système.

5. Vous êtes d'origine innue et vous avez étudié la médecine occidentale. Comment cela influence-t-il votre vision de la santé?

Il est difficile pour moi de répondre à cette question, puisque je n'ai pas le recul suffisant sur ma pratique pour bien circonscrire les approches qui viennent de ma culture, comparativement à ce qui est attribuable à ma formation. En toute humilité, j'ai l'impression que ma vision de la santé est plus globale et holistique que ce qui m'a été enseigné. J'ai plus de facilité à adapter mes approches thérapeutiques en tenant compte des différentes facettes de la personne et de son environnement. Sans en être tout à fait consciente, je crois que ma pratique respecte la philosophie derrière la roue de médecine* d'une certaine manière. ■

*La roue de médecine (ou cercle de vie) est un symbole représentant la vision du monde des Autochtones et leur philosophie du bien-être et de la santé.

À mon avis, la clé du succès réside dans l'implication et le leadership autochtone! Il faut permettre aux Autochtones de décider et de participer à la mise en place des mesures pour améliorer notre système.

- Dre Louise-Josée Gill



Médecins et médias sociaux... pour le pire et le meilleur!

Ils vulgarisent leur savoir, donnent l'heure juste en santé et nous font même découvrir leur quotidien. Qu'est-ce qui motive ces médecins québécois à faire œuvre utile sur les réseaux sociaux et comment évitent-ils les écueils? Rencontre avec quatre figures bien connues de ces plateformes.



Alain Vadeboncoeur, urgentologue

«Alors, comment s'est passée votre semaine?», c'est ainsi que le Dr Alain Vadeboncoeur s'adresse tous les lundis aux membres du «Club des 150 minutes», un groupe qu'il a fondé sur Facebook pour motiver les gens à bouger. Présent autant dans les médias traditionnels que dans les médias sociaux, il est également très actif sur X (anciennement Twitter), où il exprime son point de vue sur l'actualité et vulgarise des contenus scientifiques. «Comme médecin, on ne peut pas négliger ces canaux d'information et de communication», soutient-il. Le Dr Vadeboncoeur apprécie notamment les échanges et les joutes d'idées rendues possibles: «Je peux exposer une affirmation aux yeux du monde et voir les réactions. C'est une façon de valider, de tester ou de renforcer certaines idées.» Les communautés plus spécialisées sur X sont également des sources d'information précieuses: «Je peux ainsi entrer en contact avec les plus grands experts au monde dans mon domaine. J'apprends énormément.»



Joseph Dahine, intensiviste

Outre le volet pédagogique, c'est surtout l'angle humain qu'a privilégié le Dr Joseph Dahine dans ses vidéos sur TikTok, dont la popularité a fait boule de neige durant la pandémie. «Je voulais démystifier le réseau de la santé, qui peut être opaque pour un citoyen. C'est important de montrer que ce sont de vraies personnes qui prennent soin d'autres humains», explique-t-il. En plus de faire rayonner le travail de son équipe au CISSS de Laval, ses publications ont parfois servi à remonter le moral des collègues. «Les gens ne vont pas bien dans le réseau. Il y a beaucoup de dépression, de burnout. Grâce aux réseaux sociaux, j'ai pu constater que je n'étais pas seul à trouver que ça n'allait pas bien.» C'est en mettant de l'avant les relations interpersonnelles que le Dr Dahine s'évertue à changer la perspective des gens sur le réseau de la santé et à valoriser tant la profession médicale que le travail interdisciplinaire.



Michaël Bensoussan, gastroentérologue

Pour le Dr Michaël Bensoussan, qui intervient principalement sur Facebook, le rôle des médecins dans les médias sociaux, comme dans les médias traditionnels, est de transmettre de l'information au public. «Je communique non pas comme un citoyen, mais comme un médecin. Ma préoccupation est d'être le porte-parole de ce que dit la science, au moment où je me prononce.» Aussi chroniqueur à la radio, le Dr Bensoussan apprécie le rapport plus personnel, plus ciblé, qu'offrent les médias sociaux auprès d'auditoires difficilement joignables par les médias traditionnels. C'est également une vitrine pour mettre en valeur son équipe et plus largement son hôpital (Charles-Lemoyne), ainsi que des causes qui lui tiennent à cœur. «On peut ainsi attirer la lumière sur des endroits pas suffisamment éclairés», explique celui qui fait un travail de sensibilisation sur divers sujets, notamment la maladie cœliaque et l'autisme.



Michelle Houde, résidente en santé publique et médecine préventive

Reconnue pour ses vidéos dynamiques et authentiques, la «MD colorée» (son pseudonyme sur TikTok et Instagram) perçoit les réseaux sociaux comme un outil de communication incontournable en médecine préventive. Afin de transmettre de l'information médicale qu'elle veut la plus rigoureuse possible, elle n'hésite pas à adopter une approche ludique et parfois même plus intime, rejoignant ainsi un public plus jeune et moins féru de science. Que ce soit la santé sexuelle ou la santé mentale, aucun sujet n'est tabou pour la «MD colorée», même ceux qui peuvent susciter une certaine gêne chez les adolescents. Sa vidéo portant sur l'examen gynécologique a d'ailleurs atteint un million de vues! Elle-même surprise par ce succès, la résidente y voit le signe que son contenu répond à un réel besoin d'information.

ENJEUX

Crédibilité et sens critique

À une époque où discerner le vrai du faux n'a jamais été aussi ardu, combattre la désinformation devient la principale mission des médecins sur les médias sociaux. « Depuis toujours, les gens veulent comprendre leur santé. Si ce ne sont pas des professionnels du domaine qui transmettent le message en s'appuyant sur des sources fiables et avec rigueur, d'autres vont prendre la place », croit la Dre Houde. Selon elle, les médecins doivent demeurer présents sur ces réseaux pour assurer au public un accès à de l'information de qualité. « On a besoin d'une diversité de contenus, mais aussi d'une diversité d'approches », ajoute celle qui encourage les professionnels à se lancer.

« Toutes les opinions sont représentées sur les médias sociaux, et elles sont souvent portées par un grand nombre de personnes, soutient le Dr Vadeboncoeur. C'est assez difficile pour les gens de faire la part des choses. » La tendance à accorder sa confiance à toute personne se disant « spécialiste » sur les médias sociaux représente un danger pour le public. Et même lorsqu'il s'agit de médecins, la prudence est de mise. « Certains médecins américains et français, très exposés par les réseaux sociaux, ont contribué massivement à la désinformation durant la pandémie », poursuit-il.

Le Dr Bensoussan abonde dans le même sens. Il croit d'ailleurs qu'une cote de crédibilité devrait être attribuée, par des scientifiques, aux médecins qui sont sur les médias sociaux. « Dans notre société très clivante, notre bien commun est le fait scientifique. À partir du moment où des médecins profitent de leur notoriété sur les médias sociaux pour aller galvauder le fait scientifique, on perd notre repère commun. » Pour lui, la science doit demeurer loin de toute considération sociale ou politique. Elle exige aussi une dose d'humilité, celle d'admettre parfois qu'il existe encore des zones grises, même en médecine.

Dans notre société très clivante, notre bien commun est le fait scientifique.

- Dr Michaël Bensoussan

Leur meilleur conseil à celles et ceux qui puisent leur information en santé sur les réseaux sociaux? Conserver un sens critique aiguisé en tout temps, tant à l'égard du contenu que de la crédibilité du message. « Il faut développer des sources de confiance, suggère Alain Vadeboncoeur. Cela demande du temps. »



79 %

des adultes québécois utilisent les réseaux sociaux

42 %

en font leur source d'information principale
(nouvelles et actualités)

2 h 50 min

sont consacrées à ces réseaux en moyenne par jour¹

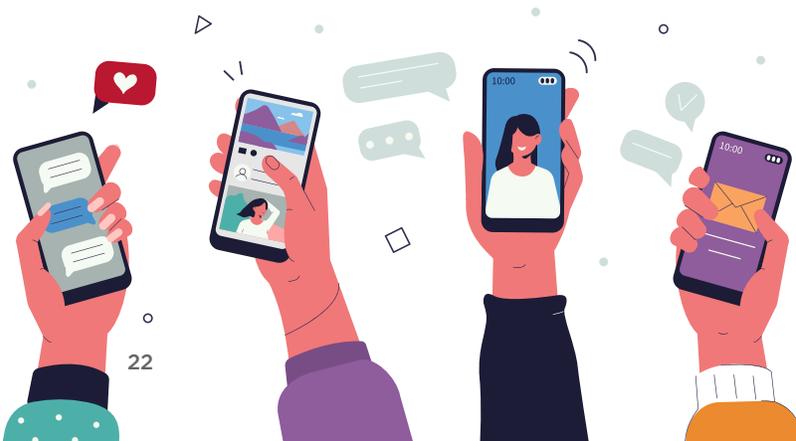
¹ Information tirée de *NetTendances 2022*, vol. 13, n° 9.

Peut-on tout dire ?

Au pays de l'instantanéité, un dérapage est vite arrivé. Pour le Dr Bensoussan, le piège à éviter pour les médecins est de se prononcer sur des thèmes que l'on ne maîtrise pas. « J'évite de parler de sujets qui sont trop loin de mes préoccupations de gastroentérologue hospitalier, explique-t-il. Car trop de gens pourraient prendre ma parole de médecin comme une parole d'évangile. »

Même son de cloche pour le Dr Dahine : « Quand on est sur les médias sociaux, les journalistes nous contactent et ne font pas la distinction entre les spécialités en médecine. Pour eux, un médecin sait tout. Pour ma part, si je ne suis pas l'expert, je ne vais pas m'improviser expert. » Quant au bon ton à adopter, c'est avec l'expérience et le pif qu'il a fini par le trouver. « Heureusement, je n'ai jamais eu à effacer une publication ou à me rétracter », ajoute-t-il.

Pour la Dre Houde, la seule ligne éditoriale qu'elle s'est fixée est : « être vraie ». « J'ai réalisé qu'en parlant de moi, ça déculpabilise les gens et le message passe mieux. Par exemple, lorsque je parle d'acné, je le fais en montrant mon visage au naturel, sans fond de teint. C'est gênant, mais je pense que c'est important. Ça contribue à lutter contre la stigmatisation. » C'est avec cette approche intime et authentique qu'elle a aussi abordé d'autres enjeux qui la touchent



directement, comme les troubles anxieux. La réponse du public a été extrêmement positive.

J'ai réalisé qu'en parlant de moi, ça déculpabilise les gens et le message passe mieux.

- Dre Michelle Houde

Selon Alain Vadeboncoeur, il n'existe pas de sujet complètement tabou, mais après avoir parfois suscité des «réactions monstrueuses» sur des sujets comme la pandémie, l'envie de plonger n'est plus toujours au rendez-vous, confie-t-il. «À un moment donné, si j'ai dit 12 fois ce que j'avais à dire, je ne vais plus le répéter. Il y a une limite pour certaines personnes à accepter certains faits. Ça ne me dérange pas d'argumenter, mais il faut que l'autre soit aussi ouvert à se remettre en question.» Pourtant, il est le premier à admettre éprouver un certain plaisir à répondre à la confrontation sur les médias sociaux. «C'est mon côté obstineux, ça stimule ma dopamine. Je n'ai pas beaucoup de dépendance dans la vie: celle-là et le café probablement», ajoute avec humour celui qui affirme avoir reçu quelque 10 000 messages haineux au fil du temps.

Ça ne me dérange pas d'argumenter, mais il faut que l'autre soit aussi ouvert à se remettre en question.

- Dr Alain Vadeboncoeur

Le Dr Dahine ne répond généralement pas aux détracteurs, mais il le fait à l'occasion, lorsqu'il pense que cela peut servir à faire passer un message. «Parfois, des gens vont m'écrire: *Au lieu de faire des TikTok, allez donc travailler!* Les gens ne comprennent pas qu'on n'est pas en train de faire des vidéos au détriment des patients. Bref, ce n'est pas toujours évident d'être compris.»

Échanges virtuels, retombées réelles

Au-delà des commentaires récoltés et du nombre de partages, les impacts générés par une publication sur les médias sociaux sont parfois insoupçonnés.

«On a recruté trois infirmières au CISSS de Laval via TikTok. Les gens trouvaient qu'on avait l'air d'une belle équipe et nous demandaient si des postes étaient disponibles», avoue avec fierté le Dr Dahine.

Durant la pandémie, son mouvement de « vague de reconnaissance » sur Twitter a également eu des retombées inattendues. «C'était après la 3^e vague. On était tous brûlés. J'ai décidé d'aller voir des collègues et de leur demander: *Toi, pourquoi es-tu encore ici?* Pendant plus de 100 jours, j'ai publié une réponse tous les jours.» Puis est venue l'idée de créer un médaillon pour honorer le personnel qui avait prêté main-forte dans les CHSLD de Laval au printemps 2020. «Quand ils ont reçu le médaillon, les gens disaient: *Je pensais qu'on avait oublié [ma contribution].* Ils ont vécu des choses tellement difficiles durant la pandémie. Ça ne s'oublie pas.» Le Dr Dahine a lui-même été surpris de l'impact de ce geste: «Je suis intensiviste, je sauve la vie des gens, et pourtant je n'ai jamais senti avoir eu autant d'impact qu'avec un "banal" médaillon qui découlait d'une série de tweets.»

Je suis intensiviste, je sauve la vie des gens, et pourtant je n'ai jamais senti avoir eu autant d'impact qu'avec un «banal» médaillon qui découlait d'une série de tweets.

- Dr Joseph Dahine



Pour la Dre Houde, les discussions humaines et sincères qui découlent de ses interactions sur les médias sociaux lui donnent le sentiment de faire une différence. «Cette semaine, alors que j'étais dans un commerce, une jeune fille de 15 ans qui m'avait reconnue m'a dit d'emblée: *Vous me donnez confiance en moi.* C'est le plus beau compliment que je pouvais recevoir.» Et c'est certainement la plus belle des motivations à continuer ce travail de communication et de vulgarisation sur les médias sociaux, malgré le pire... pour le meilleur! ■

ENJEUX

Médecins et médias sociaux: les règles d'or²

- › Toujours s'identifier clairement (son nom et sa spécialité³);
- › Avant d'émettre une opinion sur un sujet touchant à la santé, faire état du consensus (ou non) sur cette question dans la communauté médicale;
- › Lorsqu'on diffuse de l'information sur la santé, mentionner que celle-ci est de nature générale et non en lien avec l'état d'un patient en particulier, et qu'elle ne remplace pas l'évaluation nécessaire à chaque cas;
- › Éviter toute forme de publicité, de promotion de produits, de concours ou de sollicitation de clientèle (et partager avec discernement des liens vers des sites Web, en s'assurant qu'ils ne sont pas de nature commerciale);
- › En cas de désaccord ou lors de débats d'opinion, s'abstenir de dénigrer ses collègues ou d'autres professionnels. Éviter toute déclaration dénigrant un service ou un bien dispensé par un autre médecin ou d'autres professionnels;
- › Préserver en tout temps son indépendance professionnelle, en évitant notamment toute forme de dirigisme (orienter vers un fournisseur de services ou de produits);
- › S'assurer que les renseignements médicaux publiés ne donnent pas l'impression qu'on cherche à établir une relation thérapeutique avec des internautes;
- › Respecter le secret professionnel et s'abstenir de divulguer tout renseignement confidentiel obtenu dans l'exercice de sa profession⁴;
- › Toujours garder en tête que les activités dans les médias sociaux constituent un prolongement des activités professionnelles.



Les médecins qui désirent obtenir conseil sur leurs obligations déontologiques en lien avec une situation particulière peuvent s'adresser directement au CMQ par téléphone ou par courriel.

info@cmq.org • 514 933-4441 • 1 888 MÉDECIN (633-3246)

- 2 Pour en savoir davantage, consultez le guide [Le médecin, la publicité et les déclarations publiques](#) produit par le CMQ. Référez-vous également aux articles 20, 88.01 et 89 du [Code de déontologie des médecins](#).
- 3 Telle que définie dans le *Règlement sur les spécialités médicales*.
- 4 Pour en savoir davantage, consultez l'article «[Déclarations aux médias: attention au secret professionnel](#)» (mis à jour le 17 avril 2019).

LE CMQ EST AUSSI DANS LES MÉDIAS SOCIAUX!

Afin d'éduquer et d'informer le public, nous publions quotidiennement de l'information scientifique vulgarisée et prenons position sur l'actualité en santé. Chaque année, nos publications sont vues plus de 6 000 000 de fois sur Facebook, Instagram, X, LinkedIn et Threads.

Nous sommes toujours à la recherche de médecins avec qui cocréer des publications. Médecine de famille ou autre spécialité, réseau de la santé, intelligence artificielle, déontologie, vulgarisation scientifique... [écrivez-nous](#) si vous souhaitez discuter de ces sujets tout en contribuant à la protection du public!



Les ateliers du Collège, ça vous dit quelque chose ?

Découvrez notre offre élargie d'activités de formation
conçues par des médecins... **pour des médecins!**



Donnent droit à des heures
de formation continue créditées



Concrets et en phase avec
les besoins du milieu de la santé



Dispensés en virtuel
et/ou en présentiel

NOUVEAUTÉ

Plaies simples ou complexes, approche systématique et pratique

Que vous pratiquiez la médecine de famille ou n'importe quelle autre spécialité, cet atelier saura vous intéresser! Offert en présentiel tant à Montréal qu'à Québec, il vous permettra d'approfondir vos connaissances pour une prise en charge optimale des plaies. Quelques places sont disponibles pour les résidentes et les résidents en médecine.

RAPPEL: Vous devez cumuler 250 heures de formation continue par période de référence de 5 ans. Bonne nouvelle: l'atelier d'apprentissage sur les plaies vous donne droit à un crédit de 6 heures dans la catégorie des activités de développement professionnel reconnues (catégorie A), sous l'onglet « Activité offerte ou organisée par un ordre professionnel du Québec ».



Des questions?

Écrivez-nous à
ateliers@cmq.org!

Direction des études médicales

La porte d'entrée pour exercer la médecine au Québec

La Direction des études médicales joue un rôle de premier plan dans la formation des futurs médecins et dans l'admission à la profession. Ses activités, souvent méconnues de la population et même des médecins, sont pourtant essentielles à la protection du public et au maintien de soins de qualité.

La Dre Marie-Josée Bédard, directrice des études médicales au Collège des médecins du Québec (CMQ) depuis janvier 2023, nous offre son regard sur cette direction polyvalente, à l'œuvre sur des dossiers diversifiés et déterminants pour l'avenir de la médecine.

Décrivez-nous brièvement votre parcours professionnel, avant votre arrivée au CMQ.

Je suis obstétricienne-gynécologue de formation, et j'ai exercé ma profession avec passion, particulièrement en obstétrique. Je me suis également impliquée dans le dossier des violences obstétricales et gynécologiques. Dans le milieu universitaire, où j'ai évolué pendant 30 ans, j'ai occupé des postes de gestion académique et siégé à plusieurs comités, ce qui m'a donné une vision globale du fonctionnement d'une faculté de médecine, de son corps professoral et des apprenants. Au fil des années, j'ai aussi acquis une expertise en évaluation des compétences, notamment en tant que directrice du bureau d'évaluation de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Enfin, il y a quelques années, j'ai été cheffe du Département d'obstétrique-gynécologie au CHUM, ce qui m'a permis de me familiariser avec les rouages de la gestion hospitalière.

Qu'est-ce qui vous a donné envie de vous joindre à la Direction des études médicales ?

Plusieurs facteurs ont motivé ma décision. Entre autres, le virage entrepris par le CMQ au cours des dernières années m'a donné le goût de m'impliquer. La vision d'un Collège transparent, ouvert, qui assume sa responsabilité sociale, et qui cherche à assurer des soins de qualité et sécuritaires pour tous les patients, cela me parle. Étant donné mon expérience en évaluation et dans le milieu universitaire, ainsi que mon grand intérêt pour la gestion d'équipes et de projets, le poste semblait taillé sur mesure pour moi.

Quel rôle joue votre direction auprès des apprenantes et apprenants en médecine ?

Nous sommes responsables de la surveillance et de la qualité de la formation médicale de A à Z. Notre rôle en est un de collaboration et de communication avec les apprenants, les facultés de médecine et nos divers partenaires en éducation. Nous sommes en quelque sorte une vitrine du Collège auprès de ceux-ci.

Nous sommes responsables de la surveillance et de la qualité de la formation médicale de A à Z. Notre rôle en est un de collaboration et de communication avec les apprenants, les facultés de médecine et nos divers partenaires en éducation.

- Dre Marie-Josée Bédard, directrice des études médicales au CMQ



Comment la formation des futurs médecins est-elle différente aujourd'hui d'il y a 20 ans ?

Je dirais que c'est le jour et la nuit... La formation médicale est plus structurée et encadrée qu'il y a 20 ans. Le niveau de responsabilité est davantage surveillé et graduel, afin d'assurer la sécurité des patients. Je vois aussi que les nouveaux apprenants ont une meilleure formation et des compétences plus poussées dans des domaines comme la communication et la collaboration interprofessionnelle. Enfin, il existe une plus grande sensibilité face aux risques de fatigue professionnelle, de harcèlement ou d'intimidation.

Pour l'avenir, il reste à parfaire dans nos curriculums certaines notions comme la responsabilité sociale, la sécurisation culturelle, la santé planétaire et le service à la population.



À DÉCOUVRIR

Produit par le CMQ, le guide *Rôle et responsabilités de l'apprenant et du superviseur* sert d'outil pour les apprenants et les milieux de formation, les aidant à naviguer dans cet univers souvent complexe.

DEUX GRANDS SECTEURS D'ACTIVITÉS

1. Admission à l'exercice

- › Immatriculation des étudiants
- › Délivrance de cartes de stage pour les résidents et moniteurs
- › Délivrance des permis d'exercice (y compris des permis restrictifs* pour les diplômés internationaux en médecine)
- › Gestion du tableau de l'ordre

* Le permis restrictif est un permis renouvelable annuellement. Il requiert la réussite d'un stage de trois mois durant lequel le médecin pourra démontrer qu'il peut exercer de façon autonome et sécuritaire au Québec. Après cinq ans, ce permis peut être converti en un permis régulier.

2. Surveillance et qualité de la formation

- › Responsable des examens d'entrée dans la profession (examens de spécialité), en collaboration avec le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC)
- › S'implique, avec l'Association des facultés de médecine du Canada, dans l'agrément* et la formation médicale, du début de la formation jusqu'au développement professionnel continu
- › Responsable de l'agrément des programmes de résidence des quatre facultés de médecine du Québec avec le Collège royal et le CMFC
- › Partenaire à parts égales avec les deux autres collèges dans le Consortium d'agrément de la résidence au Canada (CanRAC)

* L'agrément est le processus qui vise à assurer que les programmes d'enseignement médical respectent la qualité attendue de la formation des futurs médecins, peu importe le site de formation. Chaque faculté de médecine fait l'objet d'une visite complète d'agrément tous les huit ans. La préparation de cette visite est un processus très exigeant qui s'échelonne sur plus d'une année.

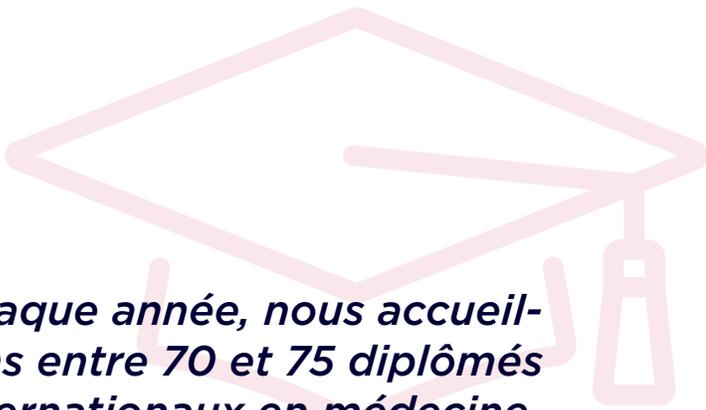
FOCUS

Parlez-nous des grands enjeux ou dossiers qui mobilisent la Direction des études médicales à l'heure actuelle.

Notre direction est très diversifiée, et les enjeux sont nombreux. Voici ceux qui nous occupent actuellement ou qui nous mobiliseront dans un futur rapproché :

- › Nous nous penchons sur la refonte du programme de résidence en médecine de famille proposée par le Collège des médecins de famille du Canada.
- › Nous souhaitons encore mieux accompagner les diplômés internationaux en médecine qui choisissent de venir pratiquer au Québec. Il est possible de mieux les orienter et d'améliorer l'intégration et l'encadrement par divers moyens, dont le mentorat.
- › Nous explorons l'ouverture aux adjoints aux médecins*. Un projet pilote est actuellement envisagé par le ministère de la Santé et des Services sociaux.
- › Nous étudions la question de l'attribution de nouveaux titres professionnels pour des personnes qui détiennent un diplôme M.D., dont la formation n'est pas globalement équivalente à celle du Québec, mais qui pourraient contribuer à l'efficacité de notre système de santé.
- › Enfin, nous travaillons à optimiser la gestion du tableau de l'ordre en misant sur l'efficacité, l'adaptation au changement et aux risques, et l'offre de réponses structurées à la clientèle.

*L'adjoint au médecin est un professionnel de la santé ayant suivi une formation universitaire poussée et fournissant un vaste éventail de services médicaux. Pour en savoir davantage, consultez le site de [l'Association canadienne des adjoints au médecin](#).



Chaque année, nous accueillons entre 70 et 75 diplômés internationaux en médecine via la voie du permis restrictif, et ce, dans nos 60 spécialités offertes au Québec, ce qui n'est pas le cas ailleurs au pays.

- Dre Marie-Josée Bédard

La reconnaissance des diplômés à l'international en médecine est un sujet récurrent dans les médias. On y insinue souvent que le CMQ empêche les médecins venus d'ailleurs de pratiquer au Québec. Qu'en pensez-vous?

C'est un processus complexe. Une fois que le CMQ a reconnu les qualifications des candidats internationaux, il appartient au réseau de la santé de leur offrir des stages et de les intégrer. Cela ne relève pas de nous. Il y a donc une méconnaissance du mécanisme, qui mène à des raccourcis, et nous nous employons à mieux expliquer la situation aux médias qui nous interpellent et qui doivent en retour informer la population. En revanche, il faut savoir qu'ailleurs au Canada, le Québec est cité en exemple et considéré en avance en comparaison avec les autres provinces.

Par exemple, chaque année, nous accueillons entre 70 et 75 diplômés internationaux en médecine via la voie du permis restrictif, et ce, dans nos 60 spécialités offertes au Québec, ce qui n'est pas le cas ailleurs au pays.

À ce nombre s'ajoutent une soixantaine de diplômés internationaux qui entrent par la voie de la résidence, c'est-à-dire une formation postdoctorale, surtout en médecine de famille.

Tout notre processus évaluatif est centré sur une médecine de qualité, selon nos standards québécois. C'est ce qui fait en sorte qu'une personne peut obtenir les mêmes soins, peu importe où elle se trouve au Québec.



Certains apprenants soutiennent que les examens écrits et oraux ne sont pas nécessaires en fin de parcours et que les stages suffisent. Quel est votre avis ?

Je considère que plusieurs étapes sont requises dans la formation médicale pour assurer la protection du public en offrant une médecine de qualité; l'examen en fait partie. Il sert à cristalliser les notions apprises pendant la formation. Ces notions serviront de base à l'expérience, qui sera acquise plus tard avec la pratique. Qui plus est, il n'est pas toujours facile pour le superviseur, qui est aussi un médecin, de déterminer à quel moment telle résidente ou tel résident est prêt à exercer. L'examen demeure donc un outil pertinent.

Certes, la dernière année de formation est exigeante, mais il faut voir ce qu'elle peut nous apporter. J'ai rencontré récemment une résidente qui s'engage dans sa dernière année de formation, et elle m'a avoué spontanément : « J'ai choisi d'entrevoir cette année de façon positive, j'aurai la chance d'acquérir beaucoup de connaissances et de compétences en étudiant pour mon examen. »

Les résidents se plaignent de la lourdeur de l'approche CPC (Compétence par conception), qui exige de faire remplir des fiches par leurs superviseurs tout au long de leur résidence. Quel est votre point de vue ?

Je crois qu'ils ont raison. Au départ, la philosophie qui a motivé l'approche CPC était excellente. L'objectif était que chaque médecin certifié au Canada soit capable d'accomplir les tâches essentielles dans sa spécialité avec le brio nécessaire. L'approche consiste à observer les résidents en action dans différentes situations afin de leur fournir une meilleure rétroaction et de les amener à progresser. Les fiches sont un moyen de colliger le tout. Cependant, une certaine dérive s'en est suivie. Dans certaines spécialités, il est exigé de faire remplir des fiches très souvent. Les superviseurs, déjà accaparés par les tâches cliniques, deviennent surchargés, tandis que les apprenants vivent dans une perpétuelle quête d'évaluation, ce qui les rend anxieux. Nous sommes à repenser cette approche avec le Collège royal afin d'en éliminer la lourdeur. J'espère que les apprenants pourront retrouver le plaisir de travailler pour apprendre, et non pas toujours dans l'objectif d'être évalué. ■

3 CHOSES À SAVOIR SUR...

Le comité d'admission à l'exercice

 **6** | C'est un comité décisionnel, composé de 6 membres choisis selon des critères précis.

 Il prend des décisions relativement aux demandes de délivrance de permis (réguliers et restrictifs) et de certificats de spécialiste, au renouvellement et à la modification de permis, ainsi qu'aux demandes d'équivalence de formation ou d'examen.

195 | En 2022-2023, 195 demandes de reconnaissance de l'équivalence d'un diplôme obtenu hors du Canada ont été reconnues, sans condition, par ce comité.

Le comité des études médicales et de l'agrément

 **13** | C'est un comité décisionnel, surtout axé sur l'échange et la réflexion. Il est composé de 13 personnes, dont certains membres du CA et des représentants du milieu universitaire (vice-doyens, résidents, étudiant).

 Il se prononce sur des sujets liés à la formation médicale de premier cycle et postdoctorale, aux politiques, procédures et normes à suivre en matière d'éducation médicale et d'agrément.

47 | En 2022-2023, 47 programmes d'études ont fait l'objet d'un examen par ce comité.

Rendez-vous du Collège – 3^e édition

Retour en images sur un webinaire très populaire

Le 20 septembre dernier, plus de 2 200 membres de la communauté médicale étaient en ligne avec nous afin d'assister à la troisième édition des Rendez-vous du Collège. Animé, une fois de plus, par la journaliste Emmanuelle Latraverse, ce webinaire a permis d'approfondir le sujet des soins de fin de vie, en particulier l'aide médicale à mourir.

Nos panélistes ont ainsi jeté un regard politique, clinique, humain et sociologique sur les soins de fin de vie et leur évolution, ces dernières années, au Québec et au Canada. Parmi celles et ceux qui ont pris la parole ce jour-là, figuraient le Dr Michel Bureau, président de la Commission sur les soins de fin de vie; le Dr Mauril Gaudreault, président du Collège des médecins du Québec; le Dr Louis Roy, inspecteur au CMQ; Patrick Lagacé, journaliste, animateur et chroniqueur; Jacques Roy, sociologue; et Isabelle Marcoux, chercheuse et docteure en psychologie communautaire.

Incursion dans les coulisses de l'enregistrement afin de vous faire revivre, en images, les moments forts de cet événement.





SUIVEZ-NOUS EN TOUT TEMPS SUR LE WEB ET LES MÉDIAS SOCIAUX



@CMQ_org



@CMQofficiel



collegemedecinsquebec



@cmq_org

ON VEUT VOUS LIRE!

Vous souhaitez...

Réagir à l'un de nos articles?

Proposer un sujet en lien avec des enjeux actuels en santé?

Nous soumettre un projet d'article?

Écrivez-nous!

communications@cmq.org



Publication du Collège des médecins du Québec

1250, boul. René-Lévesque O.

Bureau 3500

Montréal (Québec) H3B 0G2

Tél. : 514 933-4441 ou 1 888 MÉDECIN

cmq.org

Conception

Direction des communications
et des affaires publiques

ISSN 2816-9808



COLLÈGE
DES MÉDECINS
DU QUÉBEC