



Ce bulletin est adressé à tous les médecins de la province. Nous y publions les décisions du Collège en matière de normes, modifications aux règlements, directives, etc. Le Collège croit donc qu'un médecin devrait être au courant de ces questions.

Dernières nouvelles

Lors de réunion du 27 mars et du 19 juin, 2015, le Conseil a étudié les questions suivantes.

PLAINTES

Un *conseil* (conseil sur la façon d'améliorer la conduite ou la pratique du médecin)

Un *avertissement* (visant à exprimer le mécontentement du comité et à prévenir le médecin qu'une mesure disciplinaire plus sérieuse pourrait être considérée en cas de récidive)

Une *remontrance* (une expression de réprobation)

Un médecin a prescrit de la marijuana pour usage médical à un patient pour ses douleurs chroniques. Certains renseignements, éventuellement incomplets, ont été transmis au médecin prescripteur par le médecin de famille du patient. Cette information ne mentionnait aucun élément préoccupant d'importance. Néanmoins, après quelques mois, le patient a manifesté des symptômes importants d'un trouble bipolaire. Resterait à déterminer si le trouble était déjà présent et que la marijuana l'a aggravé ou s'il a été spécifiquement provoqué par la marijuana. Il demeure que l'ordonnance originale du médecin prescrivait une année complète de traitement, ce qui fait que le patient n'avait pas besoin de consulter avant ce délai. Par conséquent, les événements ont suivi leur cours sans possibilité d'intervenir dans le traitement du patient. Le médecin a reçu un *conseil* sur la durée appropriée de validité d'une ordonnance, qui devrait être plus courte pour la plupart sinon tous les patients qui reçoivent une ordonnance de marijuana pour la première fois.

Une patiente a pris contact avec un nouveau médecin de famille qui lui avait été assigné par le registre des patients (Accès Patient NB). La réceptionniste lui a posé des questions d'ordre général sur sa santé, y compris sa santé mentale. Par la suite, aucune communication ne lui est parvenue du cabinet du médecin. La patiente avait mentionné qu'elle était sous les soins d'un psychiatre pour une dépression et elle estimait qu'on lui avait refusé l'accès à la pratique du médecin de famille en raison de son état de santé mentale. Le médecin a répondu en niant que c'était le cas. Le cabinet présumait que la patiente initierait une consultation dès qu'elle le souhaiterait. Dans son examen de cette affaire le comité a estimé que les deux versions pouvaient coexister. Néanmoins les médecins doivent être prudents dans ces circonstances, car il se peut qu'une allégation de discrimination soit déposée par un patient alors que c'est faux. Le médecin a convenu de cette éventualité et a inauguré des changements dans la procédure de consultation de son cabinet afin d'éviter d'autres problèmes.

Membres du bureau et du Conseil pour 2014-2015

Présidente - D^{re} Lisa Jean Sutherland, Rothesay
V.-P. D^r Eric Basque, Pointe-des-Robichaud

Registraire - Dr. Ed Schollenberg

D^r Stephen R. Bent, Miramichi
D^r Zeljko Bolesnikov, Fredericton
D^r Robert J. Fisher, Hampton
M. Donald Higgins, Rothesay
M^{me} Ruth Lyons, Tide Head
M. Edward McLean, Saint John
D^r Marcel Mallet, Moncton
D^{re} Nicole Matthews, Campbellton
D^{re} Lachelle Nofall, Fredericton
M^{me} Patricia I. O'Dell, Riverview
D^r Stéphane Paulin, Oromocto
D^r James Stephenson, Saint John
D^{re} Susan E. Skanes, Dieppe
D^{re} Julie Whalen, Moncton

Un garçon de quatorze ans a consulté son médecin de famille, présentant des antécédents de selles fréquentes et de perte de poids. Il a ensuite montré des signes d'anémie. La seule réaction du médecin de famille a été d'initier une thérapie ferrique. La perte de poids et l'anémie ont persisté. Par la suite le patient a été vu par d'autres médecins et renvoyé aux spécialistes appropriés, et on a conclu à un diagnostic de la maladie de Crohn. Dans son examen de l'affaire le comité s'est fortement préoccupé de la réaction du médecin de famille à l'égard de la situation clinique d'un enfant présentant une perte de poids et de l'anémie. Selon le comité, ces signes exigent qu'un diagnostic soit recherché. Le traitement symptomatique ne suffit pas. Le comité estime qu'il s'agit d'une erreur suffisamment grave pour que le médecin reçoive une *remontrance* quant à son approche.

Une patiente ayant déjà été atteinte d'un cancer consultait son médecin de famille pour plusieurs problèmes. À un moment donné de la consultation, le médecin a ressenti de la frustration en essayant de retrouver un résultat précis dans le dossier de la patiente, qui était passablement épais. La patiente a interprété la frustration du médecin comme un refus de prendre au sérieux ses problèmes médicaux importants. Dans sa réponse, le médecin a reconnu que son commentaire pouvait avoir été mal interprété et s'en est excusée. Le comité signale que les médecins doivent être prudents dans de telles situations. En l'occurrence, le médecin se sentait frustré par la taille du dossier plutôt que par patiente. Le comité a estimé que le fait de la plainte donnait suffisamment de direction au médecin pour ses futures **consultations.**

Une patiente était suivie par son médecin de famille pour un problème chronique. La patiente a déménagé dans une autre localité et a demandé à être renvoyée à un spécialiste à cet endroit. Son médecin de famille a refusé, disant que la patiente ferait mieux de consulter le même spécialiste qu'auparavant. Dans son examen, le comité a reconnu que les soins continus par un même spécialiste pouvaient présenter des avantages mais dans le cas présent, il revenait à la patiente de choisir en vertu d'un consentement éclairé. Si la patiente souhaitait quand même être renvoyée à un autre spécialiste après avoir pris connaissance de ses options, le médecin de famille avait l'obligation d'acquiescer à son vœu.

Un enfant de cinq ans a été vu en consultation par son médecin de

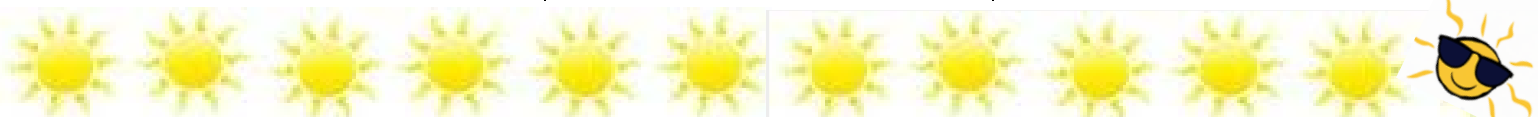
famille, qui a mentionné la possibilité qu'une chirurgie soit nécessaire pour corriger un défaut cosmétique. La mère, qui était sensible à ce problème suite à de nombreuses discussions avec sa famille étendue, a signalé au médecin qu'elle ne voulait pas en entendre parler. Elle allègue que le médecin a persisté plus ou moins en plaisantant. Toute cette discussion s'est déroulée en présence de l'enfant. La mère s'est montrée très bouleversée par toute l'interaction et a tenté à plusieurs reprises par la suite d'aborder la question avec le médecin, mais ce dernier a refusé. Dans sa réponse, le médecin estime qu'il était temps de s'occuper de ce problème à l'âge atteint par l'enfant. Il reconnaît qu'il y avait des difficultés dans la famille au sujet de ce problème et qu'il était conscient que la mère serait sensible à toute discussion. Dans son examen, le comité a estimé que cette affaire n'avait pas été menée correctement. Premièrement, il est rare qu'il se présente une situation où une discussion de ce genre doive se dérouler en présence d'un enfant. Deuxièmement, une fois que le médecin eut compris que la mère ne souhaitait pas aborder la question, il n'aurait pas dû insister davantage. Le comité fait aussi remarquer que la mère a fourni l'occasion au médecin d'en discuter par la suite, ce qu'il a refusé de faire. Pour conclure, le comité a estimé qu'il était approprié d'émettre un *conseil* à l'égard de l'approche du médecin.

Un patient a consulté un spécialiste pour un suivi. L'examen a été passablement inconfortable. Quand le patient a ensuite demandé une copie de certaines pièces du dossier, le médecin s'est montré frustré et a semblé frapper le patient à l'aide de la chemise du dossier. Dans sa

réponse, le médecin a reconnu avoir ressenti une certaine frustration dans sa recherche d'un rapport en particulier et a de plus reconnu n'avoir pas agi correctement. Bien que le comité ne trouve rien à redire de la prise en charge clinique par le médecin, il ne peut que convenir que son comportement était inapproprié et d'émettre un *avertissement* contre la répétition de tels incidents.

Une adolescente souffrant de douleurs abdominales a été vue au service d'urgence. Après l'avoir évaluée, le médecin a évoqué la possibilité que l'anxiété soit en jeu. L'entretien a glissé vers une discussion sur la spiritualité. La patiente et sa mère s'y sont opposées et se sont plaintes que le médecin avait tenu des propos inappropriés. Dans sa réponse, le médecin affirme qu'il croyait essayer d'aider en faisant certains commentaires en ce sens. Dans son examen, le comité note que dans un autre contexte, il aurait pu être raisonnable de chercher dans cette voie certains facteurs qui pouvaient nuire au bien-être de la patiente. Mais lorsque la patiente et, dans le cas présent, sa mère se sont opposées à cette discussion, le médecin aurait dû y mettre fin immédiatement. Le comité estime approprié d'émettre un *conseil*.

Un pharmacien a appelé un médecin pour discuter d'un choix de médicament. Le médecin a répondu avec colère et a raccroché. Il a par la suite admis qu'il n'avait pas agi avec professionnalisme et a présenté des excuses. Le comité fait remarquer l'importance de la communication entre professionnels dans l'intérêt du patient et estime qu'il est approprié d'émettre un *conseil*.



Une patiente s'est présentée à une clinique sans rendez-vous afin d'obtenir une « deuxième opinion » sur un problème persistant. Cependant elle n'a pas fourni de renseignements sur ce qui avait déjà été essayé et a refusé d'aider le médecin à obtenir ces renseignements. Devant ce différend le médecin a mis fin à la consultation. Le comité fait remarquer qu'il s'agissait d'une situation difficile et estime que le

médecin l'a gérée du mieux possible dans les circonstances.

Une patiente a demandé une consultation avec un psychiatre. Parce qu'elle était elle-même employée dans le réseau de santé mentale, elle a demandé à voir tel psychiatre en particulier dans son cabinet privé. Son médecin était d'accord mais quand la demande de consultation a été envoyée par le personnel du cabinet, elle a été

envoyée au numéro de télécopieur inscrit qui était en réalité le numéro de la clinique publique de santé mentale. La patiente allègue qu'il s'agit d'une atteinte à sa vie privée. Après examen, le comité estime que le médecin a agi correctement et que la situation est survenue en raison de plusieurs circonstances malencontreuses.

Archives

Il y a 90 ans

En 1925, le Conseil a longuement débattu la demande de réciprocité avec le General Medical Council de Grande-Bretagne. Pour finir, il a été décidé de reconnaître seulement les médecins qui avaient subi les examens appropriés en Grande-Bretagne. Le Conseil a également autorisé le registraire à faire l'achat d'un pupitre de machine à écrire d'une valeur ne dépassant pas 25 \$. La province comptait alors 237 médecins titulaires de permis.

Il y a 60 ans

En 1955, le Conseil décidait qu'il n'était pas encore nécessaire d'exiger l'immatriculation des internes, examinait la possibilité d'augmenter à deux ans l'internat des médecins diplômés à l'étranger et songeait à changer de vérificateur parce qu'il estimait que les honoraires de 100 \$ étaient excessifs.

Il y a 30 ans

En 1985, le Conseil considérait le recrutement d'un Registraire à plein temps, décidait de publier un bulletin et exprimait au gouvernement sa réticence au sujet de l'amendement proposé à la Loi médicale concernant les avortements pratiqués à l'extérieur d'un hôpital. Il était préoccupé par une augmentation soudaine et inexplicée du nombre de plaintes. Cette année-là, 877 médecins étaient titulaires d'un permis. Les droits de permis étaient de 200 dollars.



ÉLECTIONS

Les membres ont récemment réélu au Conseil par acclamation le D^r Robert Fisher de Hampton et la D^{re} Julie Whalen de Moncton. Les nouveaux élus sont les suivants : D^r Sylvain Matteau de Bathurst et D^r Ronald Hublall d'Edmundston. Ruth Lyons de Tide Head a récemment été nommée représentante du public.

MÉTHADONE

Le Conseil a approuvé une ligne directrice sur le traitement de substitution aux opioïdes qui, pour l'essentiel, intègre des normes appliquées ailleurs. Elle impose un processus de formation aux médecins qui désirent commencer à prescrire de la méthadone ou renouveler leur autorisation à le faire. La ligne directrice est affichée au site web du Collège.

MAINTIEN DE LA SANTÉ

Afin d'offrir d'autres options que les examens annuels complets, le Collège des médecins du Québec a approuvé plusieurs avenues que les médecins peuvent examiner dans le cadre des soins continus au patient. Un exemplaire accompagne le présent bulletin et l'information est également disponible sur le site web du Collège.



Tabagisme

Identifier, documenter l'évolution du statut tabagique et conseiller au besoin (CAN ADAPPT 2012)



Hyperlipidémie

Faire un bilan lipidique aux 3 à 5 ans chez tous les hommes de 40 à 75 ans et toutes les femmes de 50 à 75 ans (SCC 2013)

Alimentation et activité physique

Il peut être approprié, en fonction de l'état général ou de facteurs de risques cardiovasculaires, de recommander les mesures à adopter (USPSTF 2014)



Diabète

Dépister tous les 3 ans chez les plus de 40 ans, de même que chez les moins de 40 ans porteurs de facteurs de risque (ACD 2013, GECSSP 2012)



Hypertension artérielle

Mesurer la tension artérielle de chaque patient à chaque visite médicale appropriée (GECSSP 2012, PECH)

Abus d'alcool

Identifier l'abus d'alcool chez les adultes (USPSTF 2013, CMQ 2012)



Obésité

Mesurer l'indice de masse corporelle chez tous les adultes, puis offrir ou référer à des interventions comportementales structurées si l'obésité est documentée (GECSSP 2015)

Cancers

Dépister aux 2 ans après une décision éclairée du patient : pour les hommes - colorectal (50-74 ans) et prostate (55-70 ans); pour les femmes - sein (50-69 ans), colorectal (50-74 ans), col utérin (21 à 65 ans) (ASG 2010, INSPQ 2011, ACP 2012, CMQ 2013, USPSTF 2012, GECSSP 2013, 2014)



Ostéoporose

Rechercher des facteurs de risques pour les 50 ans et plus. Si identifiés, effectuer une mesure de la densité minérale osseuse ainsi que pour les 65 ans et plus (SCO, USPSTF 2010, MSSS 2012)

Documenter une histoire de chute à partir de 65 ans (INSPQ 2011)



Infections transmissibles sexuellement et par le sang

Évaluer les facteurs de risque chez tout adulte actif sexuellement, offrir un counseling préventif et dépister les ITSS selon les facteurs de risque décelés (MSSS 2014, USPSTF 2014)

Immunisation

Compléter la vaccination de l'adulte selon les recommandations du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) en considérant l'âge, les facteurs de risque (dont la grossesse et les maladies chroniques) et le nombre de doses déjà reçues pour « diphtérie - coqueluche - tétanos », « rougeole - rubéole - oreillons ». Les adultes réceptifs de certains groupes pourraient nécessiter une vaccination contre la poliomyélite et la varicelle. Offrir annuellement la vaccination contre l'influenza surtout s'il y a des facteurs de risque chez l'adulte ou des contacts familiaux à risque. Vacciner une fois les adultes de plus de 65 ans, de même que les plus de 18 ans en état d'immunosuppression contre les pneumocoques. Offrir le vaccin contre le Zona aux 60 ans et plus et le considérer pour certains groupes à risque dès l'âge de 50 ans. Envisager tout autre vaccin, selon les risques, dont ceux pour protéger les voyageurs.

Ces recommandations sont issues de données probantes récentes et remplacent celles de l'évaluation médicale périodique. Elles s'appliquent lors des visites médicales appropriées ou d'un suivi régulier. D'autres activités préventives peuvent être pratiquées en fonction du jugement clinique.

Auteurs : Drs Claude Thivierge, Alexandra Kossowski, Claude Laberge, Monique Letellier, Sylvie Venne. Réviseurs : Drs Johanne Blais, Carl Fournier, François Goulet.

© Direction de santé publique - Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Collège des médecins du Québec Tous droits réservés - 2015

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal

Québec



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

Une médecine de qualité
au service du public