



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

At its meeting on 25 September 2009, Council considered the following matters.

PLAINTES

Nota : Des amendements apportés à la *Loi médicale* permettent aux comités et au Conseil de faire des observations précises concernant une plainte. Ces observations comprennent 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 récurrence) et une **remontrance** (une expression de réprobation). Il est à noter qu'il ne s'agit pas de conclusions disciplinaires. Les médecins peuvent faire objection à ces observations qui ne sont pas inscrites sur les certificats de membre en règle.

Un médecin avait reçu les résultats d'une mammographie et avait informé la patiente qu'aucune autre mesure n'était nécessaire. Toutefois, le rapport recommandait une biopsie et le médecin n'avait pas remarqué la note. Le

médecin a reconnu l'erreur. On lui a **conseillé** de faire plus attention quand il étudie les rapports et les recommandations.

Un employeur prétendait qu'un médecin avait fourni irrégulièrement une note prescrivant un congé de maladie à un employé. Il prétendait que le médecin n'avait pas évalué le patient correctement, car il lui avait seulement parlé au téléphone. Après avoir étudié le cas, le comité a fait remarquer que les circonstances étaient inhabituelles, mais qu'il pouvait être acceptable de prescrire un congé de maladie basé sur un entretien téléphonique parce que le médecin connaissait bien le patient. Ceci dit, les répercussions d'un tel document étaient en fin de compte une question de relation contractuelle entre l'employeur et l'employé.

Une famille prétendait qu'un médecin de famille n'avait pas diagnostiqué à temps une tumeur osseuse. Le patient est mort peu après. Après avoir étudié le cas, le comité a fait remarquer que le médecin avait

Membres du bureau et du conseil pour 2008-2009

Présidente – D^{re} Paula M. Keating, Miramichi
V.-P. - D^r Terrance E. Brennan, Fredericton

Registraire - D^r Ed Schollenberg

D^r Jean-Marie Auffrey, Shediac
D^r Zeljko Bolesnikov, Fredericton
M. Jean Daigle, Dieppe
M. Gilbert Doucet, Dieppe
D^r Santo Filice, Moncton
D^r François Guinard, Edmundston
D^r J. Anthony G. Lordon, Saint John
D^{re} Mary F.C. Mitton, Moncton
D^r Richard Myers (PhD), Fredericton
D^{re} Lachelle Noftall, Fredericton
D^r Robert E. Rae, Saint John
D^{re} Teréz Rétfalvi (PhD), Moncton
D^r Malcolm W. Smith, Tracadie-Sheila
D^{re} Lisa Jean C. Sutherland, Rothesay
D^r Mark Whalen, Campbellton

répondu à temps à une situation qui s'était détériorée rapidement. Le comité a particulièrement fait remarquer qu'un rapport de radiographie auquel le médecin s'était fié était inexact. Le comité n'a rien trouvé à redire aux soins donnés par le médecin de famille.

Un médecin avait accepté la clientèle d'un autre. Un patient qui ne s'était pas présenté au cabinet du premier médecin depuis très longtemps a demandé un rendez-vous. Le rendez-vous a d'abord été refusé, mais lui fut par la suite accordé par une employée temporaire. Il a vu le médecin, mais prétendait que celui-ci avait refusé de le soigner. Le médecin a souligné que le



rendez-vous avait été donné par erreur, mais qu'il avait offert au patient de le soigner pour un problème grave. Cependant, il n'avait pas acquiescé à sa demande d'un document concernant ses antécédents, car il n'avait pas accès à son dossier. Le comité a jugé que le médecin avait agi de façon appropriée.

Suite au décès d'un patient en raison d'une méningite, le comité et le Conseil ont jugé approprié de faire une **remontrance** à deux médecins concernant les soins donnés. Le patient avait été soigné par plusieurs médecins au cours de deux visites au service des urgences. La première fois, il se plaignait d'un mal de tête, de douleurs abdominales et de fièvre. Le premier médecin a demandé des examens, mais n'a pas considéré la possibilité d'une infection malgré une leucocytémie qui laissait supposer une infection et une numération plaquettaire en baisse; il a plutôt déterminé que le faible taux de plaquettes était probablement le résultat de processus chroniques. Plus tard, le patient a été examiné par un deuxième médecin qui a considéré la possibilité d'une sepsie, demandé une hémoculture et prescrit un antibiotique. Cependant, il n'a pas prescrit la surveillance des organes vitaux du patient d'une façon appropriée. L'antibiotique prescrit n'était pas indiqué pour la situation, puisqu'il ne traite pas efficacement la méningite. De plus, quand les infirmières ont eu de la difficulté à administrer l'antibiotique, on n'a pas essayé d'autres approches. Le patient est mort après un transfert. Le comité a fait

remarquer que des situations de nature aiguë nécessitant un traitement urgent peuvent se développer même chez des patients souffrant d'affections chroniques. Bien qu'une sepsie, y compris la méningite, peut être difficile à diagnostiquer au début, le comité a estimé qu'il y avait suffisamment d'indicateurs dans ce cas pour justifier une approche différente de la part des médecins concernés.

Comité de révision

Le comité de révision s'est réuni pour examiner plusieurs cas.

La famille d'un patient avait fait appel d'une décision du comité d'examen des plaintes. Après avoir consulté plusieurs spécialistes de sa région, le patient avait été adressé à un spécialiste d'une autre région. Il se plaignait depuis longtemps de perte de poids et de douleurs, mais son médecin estimait que ses symptômes s'étaient aggravés. En attendant son rendez-vous, le patient avait encore perdu du poids et la douleur s'était intensifiée. Après avoir évalué le patient, le spécialiste a déterminé que le patient souffrait du syndrome de la douleur chronique. Il n'a fait ni d'autres examens ni recommandations. Quelques mois plus tard, une tumeur abdominale a été diagnostiquée et le patient en est mort. Sa famille prétendait que le spécialiste ne l'avait pas évalué correctement. Dans sa réponse, le médecin a affirmé qu'il n'y avait pas lieu de chercher un nouveau diagnostic en raison de la nature chronique des symptômes. En étudiant le cas, le comité a fait remarquer qu'il faut éliminer d'autres possibilités

avant de poser le diagnostic du syndrome de la douleur chronique. Dans ce cas, le patient avait passé une échographie six ans auparavant, mais n'avait jamais passé une tomographie ou un examen par IRM. Le comité a fait remarquer que des problèmes graves peuvent se développer même chez des patients souffrant d'affections chroniques. Le comité a souligné que plusieurs médecins estimerait que des antécédents prolongés de problèmes chroniques ne justifieraient pas une autre intervention, mais il a été dérangé par le fait que le spécialiste a refusé d'examiner la possibilité d'une maladie grave et, de plus, en étiquetant le patient, a fermé les portes à d'autres évaluations pendant un certain temps. Le spécialiste n'a pas non plus offert la possibilité de réévaluer le patient si les symptômes le justifiaient. Pour ces raisons, le comité a jugé approprié donner un **conseil** au médecin quant au bien-fondé d'être si tranchant sans examen et sans données probantes. Un patient devrait pouvoir s'attendre à ce qu'un spécialiste aborde son cas avec un esprit ouvert et fonde ses conclusions sur les meilleures données probantes disponibles. Après des préoccupations croissantes concernant les habitudes de prescription d'un médecin, celui-ci a renoncé volontairement à son droit de prescrire le Ritalin et a accepté de limiter ses nouvelles prescriptions de narcotique.

Selon une plainte, un médecin avait effectué sans raison un examen de l'état mental d'un patient hospitalisé et



recommandé le retrait de son permis de conduire. Le médecin a affirmé que l'examen avait été fait de manière appropriée et qu'il se sentait obligé d'en faire rapport. Après avoir étudié le cas, le comité a jugé approprié de donner un **avertissement** au médecin à ce sujet. Le médecin était un remplaçant à l'hôpital en fin de semaine. Il n'avait jamais

vu le patient auparavant. Aucune demande n'avait été faite et aucun besoin particulier n'avait été exprimé. Néanmoins, de sa propre initiative, il a réveillé le patient très tôt le matin pour faire un examen de son état mental. Puis, il a préparé les documents en vue de lui faire retirer son permis de conduire. Par la suite, il a

informé la famille par téléphone tôt le matin. Le comité a jugé que son approche était fortement discutable. Le patient n'était pas prêt à sortir de l'hôpital et son médecin de famille le soignait. Le comité n'a trouvé aucune raison d'évaluer le patient de cette façon.

DEMANDE DE CONSULTATION

Après avoir examiné les observations des médecins concernant le processus de demande de consultation, le Conseil aimerait recevoir des observations plus précises en ce qui a trait aux responsabilités respectives du médecin traitant et du spécialiste lorsque le spécialiste recommande des examens.

Le Conseil aimerait également connaître l'opinion des membres sur la question des consultations qui sont retardées ou refusées. En raison des ressources limitées, plusieurs spécialistes refusent carrément certaines demandes ou retardent à répondre jusqu'au point où ils peuvent se trouver dans l'impossibilité d'accepter le patient. Il s'agit d'une question de ressources qui ne semble pas sur le point de se résoudre. Nous serions reconnaissants de toute observation ou suggestion des membres concernant une façon de diminuer le plus possible les problèmes pour le médecin traitant, le spécialiste et le patient. Nous demandons aux membres de nous en faire part par le moyen qui leur convient.



COMMISSION POUR RECOMMANDATION DE PHYSIOTHÉRAPIE

Le Conseil a appris que quelques centres de physiothérapie offrent aux médecins une commission pour «approuver» un plan de traitement de physiothérapie. Bien que la communication entre professionnels soit importante, les circonstances de cette initiative constituent plutôt, de l'avis du Conseil, une commission pour encourager la recommandation. Nous rappelons aux médecins que ce qui suit est considéré comme une faute professionnelle.




- 35. partager des honoraires avec une personne qui a recommandé un patient au membre ou lui donner une compensation ou demander ou accepter des honoraires, un remboursement, une commission ou une autre compensation pour la recommandation d'un patient;**

Les médecins qui acceptent de telles commissions s'exposent donc à une plainte.

QUESTIONS DIVERSES

-  Le Conseil a approuvé un avant-projet de budget pour 2010. Pour la première fois en six ans, la cotisation augmentera de 50 dollars. Les médecins qui autorisent le prélèvement automatique paieront 440 dollars. Par comparaison, la cotisation annuelle dans d'autres provinces varie de 1 100 \$ à 1 600 dollars.
-  Le Conseil a approuvé des modifications aux lignes directrices relatives à la dénonciation obligatoire pour tenir compte des modifications à la *Loi médicale*. Ces modifications ne devraient rien changer pour les médecins. Les médecins peuvent consulter le document sur le site Web du Collège ou en obtenir une copie en s'adressant au bureau du Collège.



-  Suite à des modifications à la *Loi médicale*, le Conseil a approuvé un règlement sur le recouvrement des frais dans le cas de questions disciplinaires. Ce règlement permettra de recouvrer une plus grande partie des frais engagés dans une affaire disciplinaire quand il en résulte un verdict de faute professionnelle. Les médecins peuvent consulter le document sur le site Web du Collège ou en obtenir une copie en s'adressant au bureau du Collège.
-  Le Conseil a exprimé sa gratitude envers les membres sortants du Conseil, D^r Robert Rae, D^{re} Mary Mitton et D^r Malcolm Smith pour leur contribution.
-  Le Conseil a approuvé la composition du comité de direction du Collège 2009-2010 :

Président :	D^r Terry Brennan, Fredericton
Vice-Président :	D^r Jean-Marie Auffrey, Shediac
Présidente sortant :	D^{re} Paula Keating, Miramichi
Conseiller :	D^r François Guinard, Edmundston
Représentant du public :	M^r Gilbert Doucet, Dieppe

Nous regrettons d'annoncer le décès prématuré de D^r Anthony Lordon de Saint John. Il était membre du Conseil et président du comité d'examen des plaintes. Il avait déjà été directeur de l'Évaluation collégiale des médecins des provinces atlantiques. Il sera regretté par ses patients, la communauté et les membres de la profession.



DES ARCHIVES



Il y a quatre-vingt dix ans

En 1919, le Conseil avait des préoccupations concernant le fait que leurs délégués au Conseil médical du Canada devaient payer des droits d'immatriculation et faisait remarquer que plusieurs médecins avaient été inculpés en vertu de la Loi sur la prohibition parce qu'ils avaient prescrit indûment de l'alcool. Cette année-là, 231 médecins étaient titulaires d'un permis.

Il y a soixante ans

En 1949, le Conseil décidait de résister à la pression exercée pour la délivrance de permis aux médecins «déplacés» d'Europe, augmentait la cotisation annuelle à 5 \$ et chargeait le registraire d'acheter une serviette pour transporter les documents du Conseil.

Il y a trente ans

En 1979, le Conseil blâmait un médecin qui avait fait inscrire son nom sur les pages jaunes de tous les annuaires téléphoniques de la province, exprimait de l'inquiétude au sujet du genre d'interventions chirurgicales pratiquées dans les petits hôpitaux et acceptait de commencer le processus de séparation de la Société médicale.

