



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 26 mars 2010, le Conseil a étudié les questions suivantes.

PLAINTES

Deux plaintes différentes concernaient l'obligation de donner suite à des examens. En général, l'obligation de donner suite à un examen revient au médecin qui l'a demandé. Cependant, cela dépend du contexte. Les deux plaintes concernaient le suivi d'une scanographie thoracique positive. Dans le premier cas, le malade avait été suivi dans un centre régional et les rapports avaient été envoyés au médecin de famille qui supposait que les médecins au centre régional traitaient tous les problèmes qui résultaient de ces examens. Le médecin a affirmé que le patient lui même avait dit que c'était le cas. À un moment donné, une mesure suite à un examen n'a pas été prise et la famille prétendait que le médecin de famille n'avait pas rempli ses obligations. Dans ce contexte, le comité a estimé qu'il ne pouvait blâmer le médecin de famille d'avoir supposé que le malade était soigné de façon appropriée. Le comité a estimé qu'une meilleure communication entre les personnes concernées aurait pu éviter toute confusion dans ce dossier. Dans le deuxième cas, la scanographie

avait été demandée par un médecin spécialiste et le rapport avait été envoyé au médecin de famille. Le suivi nécessaire dépassait le cadre des compétences du médecin spécialiste. Néanmoins, rien n'indiquait que le médecin de famille avait donné suite aux résultats positifs. De plus, le médecin a refusé de donner une réponse ou une explication concernant la plainte. En l'absence d'une réponse et d'une explication, le comité a jugé approprié de faire une remontrance officielle au médecin.

Dans un centre médical sans rendez vous, on avait jugé que les symptômes respiratoires d'un malade révélaient une aggravation de son asthme. Pourtant le malade est mort soudainement le lendemain. La cause du décès n'a pas été établie. On prétendait que le médecin n'avait pas évalué correctement le malade. Dans sa réponse, le médecin a affirmé que les résultats négatifs de plusieurs examens laissaient supposer qu'il n'y avait aucune pathologie importante. En

Membres du bureau et du Conseil pour 2009-2010

Président - D^r Terrence E. Brennan, Fredericton
V.-P. - D^r Jean-Marie Auffrey, Shediac

Registraire - D^r Ed Schollenberg

D^r Eric J.Y. Basque, Pointe-des-Robichaud
D^r Zeljko Bolesnikov, Fredericton
M. Jean Daigle, Dieppe
D^r Santo Filice, Moncton
D^r Robert J. Fisher, Hampton
D^r François Guinard, Edmundston
D^{re} Paula M. Keating, Miramichi
M. Paul Leger, Rothesay
D^{re} Lachelle Nofall, Fredericton
M^{me} Karla M. O'Regan, Fredericton
D^{re} Teréz Rétfalvi (PhD), Moncton
D^{re} Barbara M. Ross, Moncton
D^{re} Lisa Jean Sutherland, Rothesay
D^r Mark Whalen, Campbellton

l'absence de preuves de soins insatisfaisants, le comité n'a rien trouvé à redire à l'approche suivie.

Une patiente sans médecin de famille se présentait à un service des urgences suite à accident du travail et en vue d'un retour graduel au travail. Chacun des médecins consultés avait autorisé une reprise graduelle de ses tâches. Cependant, le dernier médecin consulté lui a dit qu'elle ne retournait pas au travail assez rapidement et a refusé de prescrire un allègement de ses tâches. Dans ce contexte, le comité s'est demandé si le médecin avait porté un jugement sur la patiente avant de faire une évaluation appropriée de son état.

Prenant cela en compte ainsi que le fait qu'il n'ait pas répondu à la plainte sur demande, le comité a estimé qu'il était approprié de donner un **avertissement** officiel au médecin.

Un couple s'était plaint qu'un médecin refusait de les garder comme patients. Leur médecin avait pris sa retraite et il consultait le nouveau médecin depuis peu. Ce nouveau médecin estimait que l'un des deux prenait beaucoup de médicaments non nécessaires et essayait d'en diminuer la quantité. Les patients ont protesté et les rapports se sont détériorés rapidement. Dans sa réponse, le médecin pensait que le départ des patients était inévitable. Elle estimait les avoir bien prévenus de la fin possible des rapports patient médecin. De toute façon, elle les soupçonnait fortement d'obtenir des médicaments d'une autre source. Par conséquent, elle estimait n'avoir d'autre choix que de cesser de les soigner. Après avoir étudié le cas, le comité a fait remarquer que, dans la plupart des circonstances, le médecin doit donner un avertissement clair en ce qui concerne des problèmes exceptionnels qui pourraient entraîner la fin des rapports patient médecin. L'obtention de médicaments de façon irrégulière constitue une exception possible.

Un malade était décédé peu après son admission à l'hôpital. À son arrivée, il présentait des symptômes de détresse respiratoire et de défaillance

cardiaque. Cela a pris du temps avant qu'il soit soigné, mais plusieurs examens, dont un cardiogramme, une gazométrie sanguine et enzymes cardiaques, n'ont pas été faits. Le malade n'a pas été admis aux soins intensifs et n'a pas été surveillé de façon raisonnable. Des inquiétudes ont également été exprimées au sujet des soins fournis par d'autres professionnels. Le comité a estimé que le médecin avait l'obligation d'évaluer le malade de manière appropriée et de prendre les dispositions pour le transférer à un autre centre si les services requis n'étaient pas offerts à son établissement. Les erreurs commises nécessitaient une **remontrance** pour exprimer la désapprobation du comité à l'égard de l'approche suivie par le médecin.

Un enfant souffrant d'une infection des voies respiratoires supérieures avait été amené à un centre médical. Pour retourner à la garderie, l'enfant avait besoin d'une note du médecin. Le médecin a refusé de fournir cette note sous prétexte que c'était la politique du centre de ne pas en fournir. Dans sa réponse, le médecin a affirmé que cette politique était imposée par le centre qui s'occupait principalement de malades atteints de la grippe. En étudiant le cas, le comité a fait remarquer qu'une telle politique ne s'appliquait pas dans cette circonstance. Rien n'indiquait que cela aurait causé des problèmes au médecin de fournir une note à la demande de la famille. Le comité a jugé

que la réponse du médecin n'était pas appropriée.

Suite à une plainte concernant l'hospitalisation involontaire d'un malade, le comité a estimé devoir donner au médecin un **avertissement** formel que les procédures indiquées dans la Loi sur la santé mentale doivent être suivies dans de telles circonstances.

Un médecin d'un service des urgences prétendait qu'un médecin spécialiste, qui estimait qu'une demande de consultation était inutile, avait fait des remarques désobligeantes à propos de sa compétence en présence d'autres médecins et d'employés. Dans sa réponse, le médecin spécialiste a affirmé que la demande de consultation était inutile d'après l'état pathologique du malade et qu'il estimait approprié de le signaler. En étudiant le cas, le comité a estimé que l'approche du médecin spécialiste n'avait pas été appropriée. Peu importe le bien fondé de son opinion, la discussion aurait dû avoir lieu de façon discrète et dans un esprit de collaboration.

Un bébé ayant des rougeurs avait été emmené à un centre médical. Un onguent topique a été prescrit sans examen général. Quelques jours plus tard, l'enfant était malade et un autre médecin a diagnostiqué une otite et a affirmé que le bébé en souffrait depuis plusieurs jours. La mère prétendait que l'évaluation du premier médecin avait été inadéquate. Après

avoir étudié le cas, le comité n'a rien trouvé à redire aux soins donnés, mais a souligné les avantages d'un examen plus minutieux quand il s'agit d'un bébé. Le comité s'est demandé s'il était approprié que le deuxième médecin affirme avec certitude qu'une infection aurait

pu être diagnostiquée quelques jours auparavant.

Un homme s'était blessé à la jambe avec une tronçonneuse. Une infection s'est développée deux semaines plus tard et il prétendait que le médecin à la salle des urgences ne l'avait pas soigné correctement. Dans sa réponse, le médecin a affirmé

avoir nettoyé, débridé et suturé la plaie de manière appropriée. Après avoir étudié le cas, le comité a fait remarquer que des infections peuvent se produire même si les premiers soins sont adéquats. Le comité n'a rien trouvé à redire aux soins donnés.



DEMANDE DE CONSULTATION

Après avoir consulté les membres, le Conseil a approuvé les directives suivantes:

La communication constitue l'élément clé du processus de consultation. Dans ce contexte, un médecin qui fait une demande de consultation devrait fournir tous les renseignements valables liés au cas. La demande doit préciser l'urgence du cas et fournir assez de renseignements généraux pour que le spécialiste puisse juger de la demande et ultérieurement examiner correctement le patient. En général, elle serait accompagnée de rapports ou d'autres documents qui se rapportent à la situation spécifique. Une demande de consultation peut être envoyée par tout moyen. S'il s'agit d'une urgence, il devrait y avoir une communication directe au moins avec le cabinet du spécialiste pour s'assurer que le matériel sera reçu et lu avec promptitude.

Lorsqu'il reçoit la demande de consultation, le spécialiste devrait faire tout son possible pour en accuser réception. Normalement, il devrait y indiquer une date de rendez-vous ou au moins une date approximative. Le spécialiste devrait profiter de l'occasion pour conseiller d'autres examens que le médecin traitant pourrait demander avant le rendez-vous. S'il ne peut donner un rendez-vous en temps opportun, il pourrait suggérer de s'adresser à d'autres ressources peut-être plus disponibles.

Après avoir examiné le patient, le spécialiste peut estimer que d'autres examens sont nécessaires. Dans la plupart des circonstances, c'est le spécialiste qui devrait les demander, puisque c'est lui qui fera les recommandations concernant les soins au patient d'après les résultats. Toutefois, dans certaines circonstances, par exemple, en raison de la distance ou de la logistique, il pourrait être plus facile de faire faire les examens dans la région de résidence du patient. Si le médecin traitant peut faire accélérer les choses, il est acceptable que celui-ci prenne les dispositions nécessaires. De toute façon, il faudrait mettre tous les efforts pour éviter tout malentendu quant à la façon de prendre des dispositions et à la personne qui doit recevoir et interpréter les résultats.

LIGNES DIRECTRICES POUR LA PRESCRIPTION DE STUPÉFIANTS

Un comité national élabore de nouvelles lignes directrices pour la prescription de stupéfiants dans le traitement des douleurs chroniques, qui seront publiées prochainement. Pour savoir ce qui se fait actuellement, les chercheurs font un sondage en ligne. Nous encourageons les médecins qui prescrivent des stupéfiants à y participer. Ils sont priés de s'adresser au Registraire à info@cpsnb.org pour obtenir les coordonnées.

NOUVEAUX MEMBRES DU CONSEIL

Le Conseil accueille les nouveaux représentants du public nommés récemment par le gouvernement: Paul Leger de Rothesay, Ruth Lyons de Tide Head et Karla O'Regan de Fredericton. M^{me} Teréz Rétfalvi, Ph.D., de Moncton a été nommée pour un deuxième mandat.

DES ARCHIVES



Il y a cent ans

En 1910, le Conseil décidait d'exiger cinq années d'études de premier cycle pour la délivrance d'un permis. Il convenait d'appuyer le nouveau certificat du Conseil médical du Canada à condition que les examens soient administrés à Saint John. Il décidait de rejeter une proposition de réciprocité avec le Québec.

Il y a soixante-quinze ans

En 1935, le Conseil se demandait si le certificat du Conseil médical du Canada était suffisant pour obtenir un permis, adoptait une résolution interdisant la publicité à la radio et soulignait qu'une personne avait fait un mois de prison pour avoir exercé la médecine sans permis. Il se demandait si les étudiants en médecine devaient être autorisés à exercer les fonctions d'internes. Il réaffirmait que son rôle principal était d'améliorer les conditions de la profession médicale au Nouveau Brunswick.

Il y a cinquante ans

En 1960, le Conseil discutait d'une question en litige depuis plusieurs années avec la Société médicale du Nouveau Brunswick concernant le partage du coût de publication de l'annuaire, décidait de ne plus exiger de droits pour l'inscription d'un médecin comme spécialiste et approuvait l'augmentation de la cotisation annuelle à 75 \$, dont 12 \$ pour la délivrance du permis, 43 \$ pour la Société médicale et 20 \$ pour l'Association médicale canadienne.

Il y a vingt-cinq 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 inexplicable du nombre de plaintes. Cette année là, 877 médecins étaient titulaires d'un permis. Les droits de permis étaient de 200 dollars.

