



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.

Membres du bureau et du Conseil pour 2001-2002

Président - D^r Ludger Blier, Edmundston
V.-p - D^r Marc Panneton, Campbellton

Registraire - D^r Ed Schollenberg

M^{me} Barbara Bender, Saint John
D^r Zeljko Bolesnikov, Fredericton
D^r Marc Bourcier, Moncton
D^r Douglas Brien, Saint John
D^{re} Christine Davies, Saint John
D^{re} Paula Keating, Miramichi
M^r Stanley Knowles, Miramichi
M^r Eugene LeBlanc, Dalhousie

D^r John C. McCrea, Moncton
D^r Robert E. Rae, Saint John
D^{re} Beatriz Sainz, Oromocto
D^r Malcolm Smith, Tracadie-Sheila
D^r Rudolph Stocek, Hartland
D^{re} Pamela Walsh, Riverview
D^{re} Claudia Whalen (PhD), Fredericton

Lors de sa réunion du 23 novembre 2001, le Conseil a étudié les questions suivantes:

PLAINTES

Une patiente prétendait avoir eu pendant longtemps des rapports sexuels intermittents avec un médecin. Le médecin a nié l'accusation sans réserve. En étudiant le cas, le comité a estimé que le manque de preuves corroborantes le mettait dans l'impossibilité de poursuivre l'affaire. En conséquence, aucune mesure n'a été prise. Le comité a fait remarquer qu'en vertu de la *Loi médicale*, il est possible de rouvrir une cause si d'autres faits le justifient.

Une lettre de plainte prétendait qu'un médecin avait prescrit sans nécessité une quantité importante de produits narcotiques. Le patient avait été traité avec des doses de plus en plus importantes suite à une blessure. On prétendait que les narcotiques étaient souvent prescrits pour une période de plus de quatre semaines et que le patient prenait donc de très grandes quantités au début de la période. Au cours d'une période, le patient est mort d'une overdose, apparemment accidentelle. Dans sa réponse, le médecin estimait avoir suivi les directives indiquées concernant la prescription de narcotiques. Il estimait que rien ne portait à croire qu'il pourrait y avoir un abus, par exemple des ordonnances perdues. De plus, rien ne lui indiquait que le patient faisait un usage abusif du médicament. Après avoir étudié le cas, le comité a souligné les difficultés et les dilemmes que rencontrent les médecins dans ces cas. La seule indication de la dépendance du patient aurait peut-être été son refus d'accepter une orientation vers

une clinique antidouleur. À part cela, le comité a reconnu que le patient n'avait pas manifesté des signes habituels laissant supposer un usage abusif ou mauvais. Le comité s'est dit préoccupé par la quantité de narcotique prescrite par chaque ordonnance. Le comité a estimé qu'un médecin devrait seulement renouveler une ordonnance pour une période aussi courte que possible. Bien que cette période ne puisse être définie, plusieurs médecins prescrivent des médicaments de ce genre pour une période d'une semaine ou moins. Par conséquent, il semblerait rarement approprié de rédiger une ordonnance de narcotique pour une période de quatre semaines ou plus.

Suite à une exploration pour déterminer si un patient souffrait d'une maladie du coeur, ce dernier a été renvoyé de l'hôpital, mais est décédé ultérieurement, manifestement d'une crise cardiaque. La famille prétendait que l'état du patient n'avait pas été bien évalué. Le médecin a répondu que le patient avait subi les épreuves d'effort appropriées qui n'avaient révélé aucun problème. Toutefois, l'un des trois E.C.G. subis indiquait qu'il y avait une maladie du coeur. Ce résultat n'a pas été remarqué avant la sortie du patient. En étudiant le cas, le comité a souligné l'importance du résultat négatif des épreuves d'effort. Néanmoins, dans ce cas, si on avait remarqué les résultats de l'E.C.G. en question, une approche différente aurait peut-être été adoptée.

En raison de l'état pathologique d'un patient, on lui avait recommandé de consulter un spécialiste tous les deux ou trois ans. Il a demandé à son médecin de famille de l'envoyer chez un spécialiste, mais celui-ci a refusé. Le patient a par la suite consulté un autre médecin qui a pris les dispositions nécessaires et on a découvert qu'il souffrait d'une maladie grave. Dans sa réponse, le médecin a dit que le patient n'avait jamais mentionné des symptômes qui auraient justifier de l'envoyer chez un spécialiste. En étudiant le cas, le comité a fait remarquer que le Code de déontologie exige qu'un médecin prenne des dispositions pour envoyer chez un spécialiste un patient qui le demande. Selon le comité, cela aurait été raisonnable en raison de la recommandation du médecin consultant. De plus, les avantages de cette démarche ont été confirmés une fois que les dispositions nécessaires ont été prises.

Une patiente a eu besoin d'une deuxième intervention chirurgicale plusieurs années après une première intervention. Elle prétendait que la deuxième intervention avait été beaucoup plus compliquée qu'elle avait d'abord été amenée à croire. Dans sa réponse, le médecin a affirmé qu'il y a eu des complications inexplicables qui n'auraient pas pu être prévues. En étudiant le cas, le comité a d'abord souligné les obligations générales professionnelles et légales du médecin d'obtenir un consentement éclairé. Le patient devrait recevoir des renseignements suffisants concernant la complexité de l'intervention et les complications qui sont raisonnablement prévisibles. Dans ce cas, le comité n'a pas pu déterminer si le médecin avait ou non donné les renseignements appropriés.

Un patient prétendait qu'un médecin avait mis fin aux rapports patient-médecin pour une mauvaise raison ayant rapport précisément à une relation d'affaires entre les deux. Le médecin a nié cette déclaration disant qu'il avait demandé au patient de ne plus se présenter au cabinet pour des raisons ayant rapport à son comportement dans le bureau. En étudiant le cas, le comité n'a pas pu déterminer exactement ce qui s'était passé. Le comité estime que les médecins devraient être prudents quand ils mettent fin à des rapports patient-médecin. Si la raison n'a aucun rapport avec les soins médicaux, l'obligation de trouver un autre médecin pourrait être plus grande.

Une patiente prétendait que son médecin ne lui avait pas fourni les documents appropriés concernant son retour au travail après une blessure. Dans sa réponse, le médecin a affirmé qu'il semblait n'y avoir aucune raison pour que la patiente ne retourne pas au travail et c'est

cela qu'énonçaient les documents. Après avoir étudié le cas, le comité n'a rien trouvé à redire aux soins donnés par le médecin.

Un enfant avait subi une opération importante et avait vu le chirurgien pour un examen de contrôle. On prétendait que le chirurgien n'avait pas réagi à une détérioration de l'état du patient. Au cours des semaines suivantes, le patient a consulté cinq autres médecins dans trois hôpitaux différents. On prétendait qu'aucun de ces médecins ne s'était rendu compte de la complication qui se développait. Par la suite, l'enfant est mort. Dans les réponses, chaque médecin a affirmé avoir réagi de manière appropriée aux signes cliniques décrits. En étudiant le cas, le comité a considéré la façon dont s'était présenté l'enfant à chaque médecin et a estimé que chaque médecin avait réagi de manière appropriée à l'état pathologique particulier. Néanmoins, le comité avait des motifs d'inquiétude. Tel que mentionné, l'enfant avait vu plusieurs médecins dans différents centres. Dans ce contexte, le comité a estimé que les médecins auraient pu faire un effort plus grand pour avoir une idée plus claire des problèmes de l'enfant. Par exemple, rien ne montrait qu'aucun des médecins consultés n'était rentré en rapport avec le chirurgien. Cela aurait pu aider à mettre en contexte les problèmes de l'enfant. Dans le même ordre d'idées, rien ne montrait qu'il y avait eu un échange de renseignements entre les hôpitaux ou même une demande de renseignements. Encore une fois, cela aurait fourni un contexte démontrant, entre autres choses, que l'enfant n'avait pas pris de poids depuis plusieurs mois. Le comité a estimé qu'un tel dialogue aurait pu fournir à l'un des médecins traitants des renseignements importants.

Un patient prétendait qu'un médecin avait perdu son dossier médical. Le médecin a répondu que cela s'était sans doute produit en raison d'un personnel inexpérimenté. On rappelle aux médecins qu'ils sont moralement et légalement responsables de la conduite de leurs employés. Des directives et une surveillance appropriées devraient permettre d'éviter ces problèmes.

Un patient prétendait que son médecin ne lui avait pas fourni les documents appropriés concernant son retour au travail après une blessure. Après avoir étudié le cas, le comité a estimé que le médecin avait réagi de façon appropriée selon l'état pathologique du patient. Le comité a estimé que le médecin avait refusé avec raison de modifier les documents selon les vœux du patient, qui n'étaient pas appuyés sur les faits.

Un patient prétendait qu'au cours d'une appréciation de l'invalidité, un médecin avait effectué une manoeuvre qui

avait entraîné une blessure importante. En étudiant le cas, le comité n'a rien trouvé qui montrait comment cela aurait pu se produire.

Une jeune femme était atteinte d'un cancer du col utérin. Elle prétendait avoir discuté de la possibilité d'un test de Papanicolaou avec son médecin de famille qui ne le lui avait pas conseillé malgré le fait qu'elle lui ait dit qu'elle avait déjà eu des relations sexuelles. Dans sa réponse, le médecin a déclaré que la patiente s'était seulement présenté pour un examen médical préalable à l'emploi et n'avait pas parlé de relations sexuelles. Si elle l'avait fait, il lui aurait conseillé de subir un test de Papanicolaou. D'après les renseignements donnés, le comité n'a pas pu déterminer laquelle des deux versions des faits était exacte. Néanmoins, le comité fait remarquer que les médecins devraient conseiller aux patientes qui ont déjà eu des relations sexuelles de subir périodiquement un test de Papanicolaou.

Un médecin avait déjà fait l'objet d'une plainte concernant les soins donnés à un nouveau-né. Dans sa réponse, le médecin avait fait allusion à certains aspects de la grossesse. Par conséquent, la mère prétendait que le médecin ne s'était pas comporté comme il le fallait en consultant son dossier médical sans sa permission. En étudiant le cas, le comité a souligné le sérieux d'une telle allégation. Néanmoins, le comité a estimé que cette circonstance particulière figurait parmi les rares exceptions où les médecins peuvent accéder à de l'information de ce genre. Premièrement, pour bien soigner un nouveau-né, il faut connaître l'histoire de la grossesse. Deuxièmement, les dossiers étaient gardés dans un lieu commun. Enfin, pour répondre à la plainte, le médecin était obligé de fournir tous les renseignements qui se rapportaient à l'affaire. Le comité a donc estimé que le médecin avait agi de façon appropriée dans les circonstances.

Comité de révision

Le comité de révision a convoqué un médecin qui avait fait l'objet de plusieurs plaintes relatives à sa façon d'exercer la médecine. Après la réunion, le comité avait des préoccupations concernant la qualité des soins que donnait le médecin et a ordonné une évaluation sur place.

Suite à une plainte, le comité avait ordonné à un médecin de se soumettre à une évaluation des compétences qu'il a réussie. Le comité s'inquiétait toujours au sujet de la plainte concernant une patiente qui était morte d'un cancer ovarien, bien qu'elle ait consulté le médecin bien des fois au cours de plusieurs mois. L'approche du médecin dans ce cas continuait à préoccuper le comité. Selon le

comité, les évaluations de l'état de la patiente semblaient être sommaires. La patiente n'a jamais fait l'objet d'un examen complet. Quand la patiente a fait une thrombose veineuse profonde, son importance n'a pas été appréciée. Quand la patiente fut atteinte d'anémie, les examens appropriés n'ont pas été faits. Le comité s'est demandé si le médecin n'avait tout simplement pas passé assez de temps avec cette patiente. Toutefois, étant donné que le comité estimait que le médecin était capable de donner des soins appropriés et étant donné que d'autres mesures n'étaient pas possibles pour diverses raisons, le comité a décidé de ne pas prendre d'autres mesures à ce sujet.

Modification d'un règlement

Le Conseil a approuvé plusieurs modifications qui seront apportées au règlement relatif aux fautes professionnelles. Celles-ci seront publiées dans l'annuaire médical au début de l'année prochaine. Les médecins seraient censés les bien connaître à partir de ce moment-là.

La plupart des modifications visent à améliorer le libellé. En résumé, les changements importants préviennent ce qui suit :

Grever ou céder un intérêt particulier dans les dossiers médicaux d'un médecin comme cela pourrait se produire en obtenant la garantie d'un emprunt. Il s'agit d'écartier la possibilité que des dossiers deviennent la propriété d'une personne qui n'est pas médecin.

Ne pas signaler au Collège le début, le règlement ou une autre disposition d'une poursuite judiciaire alléguant une faute professionnelle. (Auparavant, les membres étaient seulement obligés de signaler le verdict de négligence par un tribunal.)

Toute compensation peu appropriée donnée pour envoyer ou recevoir un patient. Auparavant, le règlement excluait seulement le partage des honoraires.

Demander à un patient de libérer un médecin d'une responsabilité civile délictueuse ou de la limiter. Auparavant, seul un dégageement complet de responsabilité était interdit.

Influencer un patient pour qu'il donne un avantage indirect à un membre dans un testament ou un autre écrit testamentaire. Un médecin ne devrait pas influencer un patient pour qu'un membre de la famille du médecin en profite.

Questions diverses

Le Conseil a examiné plusieurs questions :

Le Conseil a approuvé des directives communes pour les médecins et les pharmaciens concernant la prescription de médicaments. Nous espérons les faire parvenir aux membres au début de l'année prochaine.

Le Collège travaille avec les corporations hospitalières régionales pour élaborer un processus qui permettrait après une période appropriée et une évaluation d'accorder un permis sans restriction aux médecins actuellement titulaires d'un permis en vertu de l'article 26 de la *Loi médicale*.

Le Conseil a examiné un rapport concernant Dr Allan Umar-Khitab, un psychiatre qui a déjà exercé au Nouveau-Brunswick. Dernièrement, il a perdu son permis d'exercer en Ontario après avoir plaidé coupable à des accusations d'agression sexuelle envers des patientes.

Le Conseil a examiné des démarches entreprises par le College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia, qui pourraient entraîner la non-participation de cette province au programme d'évaluation collégiale des médecins des provinces atlantiques.

Écriture sur les ordonnances

Voici quelques exemples d'écriture sur les ordonnances avec leur «traduction».

Fluvastatin

Synthroid

???

Alprazolam

???

Amoxil

Pravachol

Bien qu'il soit évident qu'il ne s'agit pas d'un problème nouveau, les possibilités de difficultés augmentent avec l'augmentation du nombre de médicaments disponibles et de noms semblables. Il existe un risque très réel d'erreur et d'effet nuisible. De plus, on rappelle aux médecins que l'ordonnance est un document juridique. Elle doit donc être rédigée avec soin et attention.



Cotisations annuelles

Chaque médecin devrait déjà avoir reçu l'avis de cotisation annuelle pour lui-même et pour sa corporation professionnelle, le cas échéant.

On rappelle aux médecins que ces cotisations doivent parvenir au bureau du Collège avant le 1er janvier 2002 pour éviter le retrait provisoire du permis. Les médecins sont encouragés à profiter du mode de paiement par virement pour éviter des difficultés de ce genre.

Réactions des médecins

Le Conseil a fait face dernièrement à plusieurs problèmes difficiles. Bien que ces problèmes ne soient pas nouveaux, ils semblent être un peu aggravés par la pénurie relative de médecins et les difficultés que peuvent avoir les patients à se faire soigner. Avant d'élaborer ou de modifier toute politique concernant ces points, le Conseil sollicite les observations ou les réactions des membres.

Cessation de soins

L'article 10 du *Code de déontologie* et le commentaire stipulent ce qui suit :

10. Après avoir accepté la responsabilité professionnelle d'un patient, continuer d'assurer les services jusqu'à ce qu'ils ne soient plus nécessaires ou souhaités, jusqu'à ce qu'un autre médecin compétent en accepte la responsabilité ou jusqu'à ce que le médecin l'ait avisé dans un délai suffisant de son intention de mettre fin aux rapports.

Un médecin ne peut cesser de mauvaise grâce de soigner un patient comme il est indiqué ailleurs dans le Code.

«Délai suffisant» dépend des circonstances, particulièrement quand un médecin n'est pas facilement disponible.

Un médecin a toujours eu le droit de mettre fin aux rapports patient-médecin quand il estimait ne pas pouvoir continuer à donner des soins appropriés. Dans ce contexte, l'approche recommandée est d'essayer d'abord de résoudre les problèmes en les discutant avec le patient. Si cette approche s'avère infructueuse, le médecin devrait avertir le patient par écrit qu'il doit se trouver un autre médecin. Le médecin devrait continuer à donner les soins nécessaires pendant une certaine période, généralement de six à huit semaines. Le médecin doit également informer le patient que ses dossiers seront envoyés au médecin qui l'acceptera comme patient.

Le dilemme en ce moment est que les patients peuvent avoir beaucoup de difficultés à se trouver un autre médecin.

Objections quant au traitement

L'article 8 du *Code de déontologie* et le commentaire stipulent ce qui suit :

Avertir le patient lorsque ses principes moraux influeraient sur la recommandation ou la pratique d'une intervention médicale que le patient souhaite ou dont il a besoin.

Si le refus ou le report du traitement risque de causer du tort au patient, le médecin a l'obligation d'envoyer sans délai le patient à un autre médecin. De toute façon, le médecin ne peut l'empêcher de consulter un autre médecin.

Le Conseil fait remarquer qu'aucun médecin n'est obligé de participer à un traitement ou à un processus contraire à ses principes moraux. Néanmoins, il est considéré comme étant contraire à la bonne règle qu'un médecin impose ses propres valeurs morales à un patient. L'autonomie du

Beaucoup de patients qui ont été abandonnés par leur médecin ont des problèmes de santé qu'il faut traiter. Par conséquent, mettre fin aux rapports patient-médecin, c'est essentiellement priver le patient de l'accès aux soins primaires, sauf ceux qui sont offerts au service des urgences. Il y a donc une possibilité réelle de nuire au patient.

Un médecin peut mettre fin aux rapports patient-médecin pour plusieurs raisons. Elles peuvent avoir rapport à une circonstance particulière concernant le patient ou à la réduction du nombre de patients. Cependant, les plaintes de patients qui ont été abandonnés pour des raisons qui pourraient être considérées comme étant moins acceptables sont de plus en plus nombreuses. Il arrive qu'on mette fin aux rapports patient-médecin parce que le patient demande de consulter un autre médecin, demande de fournir un rapport ou pose tout simplement des questions.

Dans l'idéal, un patient consulterait le médecin qu'il souhaite voir et qui souhaite le voir. Cela paraît presque impossible dans les réalités actuelles. Dans ce contexte et vu le principe fondamental de ne pas nuire, le Conseil aimerait savoir si les membres pensent que les directives concernant la cessation des soins devraient être modifiées. Par exemple, les raisons admissibles pour mettre fin aux rapports patient-médecin devraient-elles être limitées? Un médecin qui souhaite mettre fin aux rapports patient-médecin devrait-il être dans une plus grande obligation de trouver un autre médecin pour le patient? La durée de la période d'avis devrait-elle être prolongée étant donné les difficultés qu'ont les patients à se trouver un autre médecin?

patient doit être respectée. Dans l'idéal, un patient pourrait facilement se trouver un autre médecin si le premier médecin auquel il s'adresse refuse de lui donner le traitement qu'il veut ou dont il a besoin. L'article ci-dessus écarte la possibilité qu'un médecin empêche un patient de chercher un autre médecin.

Étant donné les difficultés qu'ont les patients à se trouver un médecin, la question se pose s'il ne devrait pas incomber une plus grande responsabilité au médecin qui a une objection d'ordre moral. Les cas en cause couvrent une variété de questions, mais concernent généralement les choix en matière de contrôle des naissances. Bien que l'avortement soit souvent mentionné, la très grande majorité des problèmes soumis au Collège concernent l'accès des patientes à des conseils en matière de contraception. Certains

médecins refusent de discuter de contraception de tout genre. D'autres limitent les cas où ils le feront. Cela peut être basé sur l'âge de la patiente, sa situation de famille ou, dans un cas, le fait que la patiente avait déjà eu un avortement thérapeutique. De plus, il y a eu dernièrement des rapports que des patientes qui ont consulté un médecin à un service des urgences ou à un centre médical ouvert après les heures normales de bureau se sont vu refuser une prescription de contraception de secours. Dans tous ces cas, les patientes ont eu des difficultés à voir un autre médecin.

Étant donné les difficultés à trouver un médecin, le Conseil aimerait savoir si les médecins pensent que le commentaire ci-dessus devrait être clarifié. Par exemple, si un médecin a une objection d'ordre moral à une façon particulière d'aborder un traitement, devrait-il avoir une plus grande obligation d'envoyer sans délai le patient à un autre médecin? Devrait-il être obligé d'envoyer immédiatement le patient chez un autre médecin?

Langue utilisée dans les rapports

Il n'est pas rare au Nouveau-Brunswick qu'un médecin de famille reçoive des rapports, comme des résultats d'analyse ou un rapport d'un médecin consultant, dans une langue autre que la sienne. Dans la grande majorité de ces cas, cela ne crée pas de problèmes pour le médecin ou le patient. Néanmoins, la question s'est posée quant à l'obligation professionnelle du médecin quand il y a une possibilité que la communication ne soit pas parfaite. À cet égard, le Conseil prend note de plusieurs facteurs. Tout d'abord, il est entendu qu'un médecin veut rédiger les rapports dans la langue dans laquelle il s'exprime plus facilement. Puisqu'il prend la responsabilité légale et morale du rapport, on s'attend à ce qu'il veuille le rédiger de façon à éviter toute ambiguïté possible. Et nous sommes conscients que les risques d'ambiguïté ou de malentendu peuvent parfois augmenter quand le rapport est traduit.

il communique avec un patient, un médecin est dans l'obligation de faire tout son possible pour s'assurer que ses observations seront comprises par le médecin avec qui il communique quand il fournit un rapport ou une opinion. Cela peut impliquer la langue du rapport ainsi que les questions particulières d'ordre technique en cause. En même temps, on s'attend à ce que toute personne qui reçoit une communication fasse l'effort nécessaire pour comprendre la communication. Par exemple, si le médecin qui reçoit un rapport a des questions ou des doutes, il est obligé de demander des clarifications. Autrement dit, on s'attend à ce que les médecins travaillent ensemble pour atteindre l'objectif principal, le bien-être du patient.

Comme il est indiqué plus haut, il y a de bonnes raisons de croire que les difficultés à cet égard sont assez rares.

D'autre part, la communication entre un médecin consultant et un médecin traitant est un processus bilatéral. Comme il est obligé de le faire quand

Néanmoins, le Conseil sollicite les observations des membres en ce qui concerne leurs expériences et leurs opinions à ce sujet.

Centre médical ouvert après les heures normales de bureau

Le Conseil a remarqué le nombre croissant de centres médicaux qui sont ouverts après les heures normales de bureau pour assurer un service aux patients quand leur médecin n'est pas disponible. Le Conseil fait remarquer que ces centres pourraient être une solution de rechange pour les gens qui devraient autrement se rendre au service des urgences. Toutefois, le Conseil fait remarquer que l'article 7 du *Code de déontologie* stipule ce qui suit :

En assurant les services médicaux, ne pas faire de la discrimination envers un patient en raison de facteurs tels que l'âge, le sexe, la situation de famille, l'état de santé, le pays d'origine, l'ethnie, l'incapacité physique ou mentale, les attaches politiques, la race, la religion, l'orientation sexuelle ou la situation socio-économique. Cela n'enlève pas au médecin le droit de refuser d'accepter un patient pour des raisons valables.

en danger la vie et l'intégrité physique, devraient être examinés au service des urgences, on a exprimé de l'inquiétude au sujet des patients souffrant d'autres affections, qui sont également refusés. Cela a surtout concerné récemment des patients sans médecin de famille. On aurait refusé de voir des patients dans des centres médicaux ouverts après les heures normales de bureau parce qu'ils n'avaient pas un médecin de famille. D'autres ne sont pas acceptés si le symptôme qui motive la consultation exige un suivi tel que l'examen de résultats d'analyse. D'après des directives générales élaborées dans d'autres provinces, il est inadmissible de refuser de voir un patient pour ces raisons. Autrement dit, tout patient qui peut consulter un médecin de famille au sujet d'une maladie particulière, peut également se présenter pour le même problème dans un centre médical ouvert après les heures normales de bureau.

À cet égard, il y a eu des rapports que dans certains centres médicaux de ce genre on refusait de voir certains patients de manière peu appropriée. Bien que l'on comprenne très bien que des patients souffrant de maladies graves, qui mettent

Le Conseil sollicite les observations des membres en ce qui concerne leur expérience et leurs opinions à ce sujet. Ce qui l'intéresse surtout, c'est de déterminer si le refus de voir le patient constitue une discrimination selon le *Code de déontologie*.