



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 1998-1999**

Présidente : D<sup>e</sup> Pamela Walsh, Riverview  
V.-p.: D<sup>re</sup> Beatriz Sainz, Oromocto

Registraire: D<sup>r</sup> Ed Schollenberg

D<sup>r</sup> Bill Martin, Miramichi  
D<sup>r</sup> Ludger Blier, Edmundston  
D<sup>re</sup> Christine Davies, Saint John  
D<sup>r</sup> Marc Panneton, Campbellton  
D<sup>r</sup> Marc Bourcier, Moncton  
D<sup>r</sup> Gordon Mockler, Westfield  
D<sup>r</sup> Zeljko Bolesnikov, Fredericton

D<sup>r</sup> Nataraj Chettiar, Beresford  
D<sup>r</sup> Rudolph Stoczek, Hartland  
D<sup>r</sup> Douglas Brien, Saint John  
M<sup>r</sup> Eugène LeBlanc, Dalhousie  
M<sup>r</sup> Fernand Rioux, Caraquet  
D<sup>re</sup> Claudia Whalen (Ph.D.), Fredericton  
Ms Janet McIntosh, Moncton

**Lors de sa réunion du 4 juin 1999, le Conseil a étudié les questions suivantes:**

**PLAINTES**

Une plainte concernait la méthode de facturation d'un médecin. D'après les renseignements disponibles, le comité a estimé que le problème avait été résolu. Nous rappelons néanmoins aux médecins que plusieurs aspects peuvent entraîner des problèmes. Tout d'abord, les médecins devraient donner un reçu quand un patient acquitte une facture. Il s'agit d'une simple obligation morale. De plus, il est toujours utile de consigner les détails en cas de litige ultérieur. Un autre problème peut survenir quand un médecin décide de ne pas participer en ce qui concerne des services par ailleurs assurés. Des conseils ont déjà été donnés à ce sujet dans le bulletin de décembre 1997. On peut en obtenir des copies en s'adressant au bureau du Collège ou en visitant le site Web du Collège.

Un chirurgien avait pratiqué une biopsie et cela avait pris beaucoup de temps à établir un diagnostic histologique définitif. On a essayé en vain d'entrer en rapport avec le chirurgien. De plus, on prétendait que le pathologiste en cause avait tardé à arriver à une conclusion. Bien que le comité ait constaté que le chirurgien devait se fier aux conclusions définitives du pathologiste, on a fait remarquer qu'un médecin qui demande l'examen d'une pièce de biopsie a la responsabilité de s'informer de temps à autre. En ce qui concerne les pathologistes, on a remarqué qu'une bonne partie du retard était attribuable à une personne. Quand l'affaire a été confiée à une autre, les mesures indiquées ont été prises. Le comité fait remarquer qu'il existe une responsabilité collective au sein d'un service bien que les médecins soient responsables de leurs actes. Ainsi, si un rapport de diagnostic est différé sans

raison et que d'autres membres du service s'en rendent compte, ils ont la responsabilité de s'assurer que des procédures existent pour éviter de telles situations.

Un médecin consultant avait conseillé une intervention. Toutefois, c'est un autre médecin qui a pratiqué l'intervention lors du rendez-vous sans plus d'explication au patient. Le comité estime que c'est seulement dans des circonstances exceptionnelles qu'une intervention devrait être pratiquée par un médecin autre que celui qui a fait l'évaluation. Bien qu'il y ait des circonstances où cela est approprié et avantageux, il s'agit de savoir si cette approche assure le consentement éclairé comme l'exige le Code de déontologie. Ce serait vraiment la moindre des choses que le deuxième médecin soit disponible pour discuter du cas et répondre aux questions qui pourraient être soulevées. Autrement dit, le deuxième médecin est

responsable d'obtenir le consentement en toute connaissance de cause.

Une petite fille s'était présentée à deux reprises à un service des urgences suite à une contusion abdominale. Deux médecins l'avaient examinée et renvoyée à la maison, car ils n'avaient pas constaté de contusions graves. Par la suite, l'enfant a été admise dans un centre régional. Même à ce moment-là, rien ne montrait qu'il y eût une lésion interne importante. Le comité a conclu que les deux médecins avaient fait un examen approprié. Le diagnostic définitif était peu commun et les médecins avaient fait des efforts appropriés pour exclure une pathologie importante.

Un patient souffrant d'un problème de longue date avait été admis à l'hôpital par un médecin spécialiste. Un autre médecin spécialiste avait été consulté en vue d'une chirurgie. Au cours d'une discussion, on avait laissé entendre qu'on pratiquerait le traitement chirurgical, mais il avait été retardé pendant plusieurs mois. À ce moment-là, la famille mécontente avait demandé plusieurs fois d'envoyer le patient chez un autre spécialiste. En fin de compte, le patient a été traité en dehors de la province. La famille prétendait que le chirurgien ne lui avait pas fait part de ses intentions et n'avait pas décidé d'opérer en temps utile. En étudiant le cas, le comité a fait remarquer que le problème se résumait à une mauvaise communication. Il se peut que les recommandations du chirurgien n'aient pas été communiquées à la famille. De plus, dans les circonstances, le chirurgien était dans l'obligation de communiquer avec le patient

et la famille de façon régulière et non occasionnelle comme ce fut le cas.

Un patient avait subi plusieurs interventions exigées par des complications suite à une intervention antérieure. On prétendait qu'il n'y avait pas eu de consentement éclairé du patient ou de sa famille. Le chirurgien a répondu que les discussions opportunes avaient eu lieu avec le patient et avec sa famille quand celui-ci n'était pas en mesure de donner son consentement. De plus, des discussions avaient eu lieu avec d'autres personnes de soutien. En étudiant le cas, le comité n'a pas été en mesure de déterminer s'il y avait eu suffisamment de discussions. Néanmoins, étant donné les circonstances difficiles où l'on se trouvait, il était important d'accorder une attention particulière à la communication et au consentement éclairé. Nous parlons ici de la communication avec le patient quand celui-ci est en mesure de comprendre et avec les proches parents quand c'est nécessaire. Les discussions avec les autres personnes de soutien n'ont rien à voir ici.

Une plainte prétendait qu'un médecin avait tardé sans motif valable à fournir un rapport demandé par un avocat. Finalement, le médecin a fourni le rapport sans expliquer son retard. On fait remarquer qu'on est en train de préparer des directives à ce sujet. En attendant qu'elles soient adoptées, on demande aux médecins de répondre à ces demandes dans un "délai raisonnable". S'il doit y avoir un délai excessif, on devrait en avvertir la personne qui demande le rapport. De plus, s'il y a

urgence, les médecins devraient en tenir compte.

Un patient avait été admis à l'hôpital par un médecin de famille. On a consulté un chirurgien qui a pratiqué une série d'examen et d'interventions. Au cours de ces traitements, la famille a prétendu que le médecin de famille avait refusé d'envoyer le patient dans un centre régional. Le médecin a soutenu qu'on n'avait pas fait de demande formelle et que de toute façon, on pouvait donner sur place les soins appropriés. Le comité n'a pas pu déterminer si le patient avait fait une demande explicite en ce sens. Si cela avait été le cas, cela aurait été la responsabilité du médecin traitant de s'occuper de cette demande. Bien qu'il convienne de discuter du cas avec un patient, il ne convient pas de refuser une demande d'orientation vers un autre médecin ou un autre établissement.

On prétendait qu'un médecin n'avait pas réagi de manière appropriée à une erreur d'exécution d'ordonnance dans un hôpital et que cela avait nui à la santé d'un patient âgé. En étudiant le cas, le comité a conclu que le médecin avait agi de manière tout à fait appropriée. De plus, rien ne montrait que l'erreur ait eu des conséquences importantes sur le traitement clinique du patient. Le mieux qu'on puisse faire dans de telles situations est d'évaluer et de décrire de façon détaillée l'incident d'un point de vue médical en indiquant les raisons de donner ou de refuser de donner un traitement particulier.

Dans un service des urgences, on avait examiné une petite fille. Après avoir déterminé qu'elle souffrait d'une infection virale, on l'avait renvoyée à la maison. Quelques jours plus tard, la patiente a consulté son médecin de famille qui lui a prescrit un antibiotique. Les parents

prétendaient que le premier médecin n'avait pas établi un bon diagnostic. En étudiant le cas, le comité a décidé que le médecin avait posé le diagnostic approprié. Il est possible qu'une deuxième infection se soit développée et ait nécessité un traitement. Il n'est pas certain que le deuxième médecin ait insinué qu'il aurait fallu traiter l'enfant plus tôt.

Une plainte prétendait qu'un médecin n'avait pas traité comme il faut une patiente dans un service des urgences. La patiente se plaignait de plusieurs symptômes. La patiente prétendait que le médecin avait refusé de lui donner les résultats des examens et n'aurait pas dû la laisser partir. L'examen du dossier a révélé que la patiente avait été examinée par deux médecins, avait été informée des résultats des examens et avait en fait quitté l'hôpital avant qu'on l'ait renvoyée. Le comité n'a donc rien trouvé à redire aux soins donnés.

Un patient était mort à la suite d'une maladie grave et d'un long traitement à l'hôpital. Les frères et soeurs du patient prétendaient que le médecin traitant l'avait mal soigné et avait mal communiqué avec eux. En étudiant le cas, le comité a fait remarquer l'état grave du patient et a estimé que les soins donnés étaient appropriés. Il semble y avoir eu des problèmes de communication. C'était en partie dû au fait que le médecin avait surtout communiqué avec la conjointe du patient plutôt qu'avec sa famille biologique. En ce qui concerne le consentement, cela était tout à fait dans l'ordre des choses. Néanmoins, cela a aggravé les problèmes qui sont survenus plus tard. De plus,

d'après les politiques de l'hôpital en vigueur lors de son admission, le patient était soigné par plusieurs médecins. Dans ces circonstances, la communication peut en souffrir.

Une patiente prétendait qu'un médecin l'avait réprimandée mal à propos pour des manquements à plusieurs politiques de son cabinet concernant les rendez-vous, le stationnement et d'autres points. En étudiant le cas, il était évident que le médecin avait remis à tous ses patients une feuille de renseignements précisant des points particuliers. On a également constaté que des affiches soulignaient ces points. Bien que ces affiches n'aient pas été rédigées dans la langue maternelle de la patiente, rien n'indiquait qu'on n'avait pas compris le message. On a fait remarquer les avantages des feuilles de renseignements concernant des points particuliers. On devrait toujours tenir compte de la langue du patient.

Un patient avait été temporairement absent du travail, mais on lui avait refusé l'allocation d'invalidité pour une partie de la période. Il semble que l'assureur n'accordait l'allocation d'invalidité que si le patient était spécialement traité ou était envoyé chez un médecin consultant. Le médecin de famille prétendait que ni l'une ni l'autre de ces mesures n'était nécessaire dans les circonstances et le comité était d'accord. Donc, le conflit existait entre le patient et l'assureur. Il aurait été inopportun pour le médecin de donner des soins particuliers qui n'auraient pas été indiqués d'un point de vue médical. Le patient n'avait pas demandé de consulter un spécialiste et cela n'était pas

nécessaire. Ça aurait été à l'assureur de prendre des dispositions pour une autre évaluation s'il le souhaitait.

### ACCES AUPRES DES MEDECINS

Les ressources médicales du Nouveau-Brunswick sont limitées. Plusieurs médecins ne peuvent pas accepter d'autres patients. Certains ont adopté diverses politiques en vue de limiter l'accès à leur cabinet. La plus courante de ces politiques est de refuser un patient qui consultait un collègue de la région. D'autres médecins peuvent exclure des patients en raison de leur sexe ou de leur âge. Enfin, certains médecins demandent l'autorisation au premier médecin avant d'accepter un de ses patients. En tenant compte du règlement qui interdit "d'entraver directement ou indirectement la liberté d'un patient à choisir son médecin ou le droit d'un patient à consulter un médecin ou un autre professionnel", le Collège a considéré pendant plusieurs années toutes ces approches comme étant contraires à la déontologie et peu convenables. De plus, d'autres dispositions interdisent aux médecins toute discrimination de mauvaise grâce en vue de limiter l'accès à leur cabinet.

En raison de préoccupations au sujet de cette interprétation, le Conseil a consulté les médecins. Voici un résumé des points soulevés.

On fait d'abord remarquer que tous les médecins ne peuvent pas avoir recours à ces approches. Par exemple, les médecins des salles d'urgence et les médecins-consultants ne sont pas en mesure de choisir leurs patients.

Ceci dit, on allègue souvent qu'à une époque où les ressources médicales sont limitées, il est important pour les médecins de donner un "ordre de priorité" aux patients pour que ceux

