

De certains enjeux en responsabilité médicale des oncologues médicaux: les décisions collectives
dans le traitement individualisé du cancer

Shahad Salman
Faculty of Law
McGill University, Montreal

January 2015

A thesis submitted to McGill University in partial fulfillment of the requirements of the degree
of Master's in Law (Thesis option)

Table des matières

Résumé	ii
Abstract.....	iii
Remerciements	iv
I. Introduction.....	1
II. Chapitre préliminaire : certains aspects de la pratique en oncologie.....	7
A. Des soins individualisés	8
1. Oncologie de précision	8
2. Recours à la médecine factuelle	11
B. Le recours à l'interdisciplinarité en oncologie	13
1. Définitions	15
2. Les CTC.....	17
3. Étapes des études de cas en CTC.....	21
a) Étape préliminaire : sélection des cas d'étude	22
b) Présentation des cas d'étude	24
c) Discussion et prise de décision collective.....	25
III. Enjeux dans l'établissement du traitement: relations juridiques, obligations et responsabilités	26
A. Oncologue traitant et son patient	28
1. Obligations de soigner et de suivre.....	29
a) Traitement et suivi individualisés	31
b) Recours à un CTC.....	40
B. Oncologue traitant et le CTC	44
1. Qualification du lien	45
a) État du droit.....	46
b) Comparaison	52
c) Conclusions	59
2. Responsabilités de l'oncologue traitant face à une décision d'un CTC.....	60
C. CTC et le patient	64
1. Relation juridique	65
2. Obligations communes	72
a) Faire preuve de compétence.....	72
b) Assurer une communication efficace.....	73
c) Maintenir la confidentialité des patients	75
3. Discussion : responsabilité individuelle, collective et hospitalière	77
IV. Conclusion	84
Bibliographie	87

Résumé

Aujourd'hui, il est estimé que deux Canadiens sur cinq développeront un cancer au cours de leur vie. Face à la prolifération constante de cette maladie et aux coûts élevés des traitements, la dernière décennie a vu l'émergence de plusieurs approches thérapeutiques permettant l'amélioration du traitement des patients atteints de cancer.

En effet, la découverte du Génome Humain a été le catalyseur des avancées en génomique qui ont permis l'émergence de l'approche de soins personnalisés. Celle-ci a permis l'intégration en clinique de tests basés sur la génomique permettant d'individualiser le traitement au profil génétique du patient, mais aussi aux variantes géniques de son cancer. Par ailleurs, la complexité de cette technologie et des cancers a nécessité un travail interdisciplinaire entre les divers spécialistes. Les Comités de thérapie du Cancer (CTC), formés de divers intervenants de la santé, ont ainsi été mis en place dans les centres hospitaliers. Ce comité décisionnel étudie le dossier de chaque patient individuellement et, suite à des discussions collectives, émet une décision, notamment quant au meilleur traitement à administrer, basé sur la médecine factuelle.

Les oncologues médicaux se trouvent à l'avant plan des défis engendrés par ces nouvelles approches thérapeutiques dans les soins oncologiques. D'une part, ils doivent être à la hauteur des compétences requises par leur expertise médicale, c'est à dire prodiguer des traitements individualisés. D'autre part, ils doivent avoir recours à un CTC pour l'établissement du meilleur traitement au patient. Ultimement, il appartient à l'oncologue de rapporter cette décision de groupe à son patient. Ce mémoire s'intéresse donc aux obligations et responsabilités des oncologues médicaux dans le traitement individualisé des patients atteints de cancer. Il s'agira dans ce contexte d'analyser la nature de l'interaction juridique que les oncologues peuvent avoir avec un CTC et ses membres et de la responsabilité de ces derniers envers le patient dans l'élaboration du plan de traitement.

Abstract

Today, it is estimated that two in five Canadians will develop cancer during their lifetime. Faced with the constant proliferation of this disease and the high costs of treatment, the last decade has seen the emergence of several therapeutic approaches to improving the treatment of patients with cancer.

Indeed, the discovery of the Human Genome was a catalyst in the genomic advances that allowed the emergence of a personalized care approach. This has enabled the integration of genomic-based clinical tests that have helped provide individualized treatments based on the patient's genetic profile, but also on the genetic variants of his cancer. Furthermore, the increasing complexity of technology and cancer required an interdisciplinary collaboration between various specialists. Following this approach, tumour boards, consisting of various health care providers, have been set up in hospitals. This decision-making committee study patients' cases individually and, following group discussions, issues a decision on the best treatment to administer, based on evidence-based medicine.

Medical oncologists are at the forefront of the challenges posed by these new therapeutic approaches in cancer care. On the one hand, they must be up to the skills required by their medical expertise, i.e. to provide individualized treatments. On the other hand, they have to resort to tumour boards to establish the best treatment for their patient. Ultimately, it is up to the oncologist to report the group decision to the patient. This thesis is therefore concerned with the obligations and liability of medical oncologists in the individualized treatment of cancer patients. In this context, it will also determine the nature of the legal interactions that oncologists may have with a tumour board and its members, and the medical liability of the latter to the patient in the development of a treatment plan.

Remerciements

La réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible sans l'appui de plusieurs personnes à qui je souhaite adresser mes remerciements les plus sincères.

Je tiens, d'abord, à remercier ma superviseuse Prof. Lara Khoury qui a su me guider dans la rédaction de ce mémoire avec ses judicieux conseils de structure et de rédaction. Je la remercie de m'avoir poussée à trouver les bons mots et à mieux exprimer mes idées, et de sa confiance tout au long de ce travail. Je tiens à la remercier sincèrement pour le temps qu'elle m'a consacré pour la réalisation de ce mémoire.

Je profite de cette occasion pour remercier Prof. Bartha Maria Knoppers et Prof. Yann Joly du Centre de Génomique et Politiques de l'Université McGill pour leurs encouragements et support à travers la rédaction de ce mémoire. Je tiens aussi à exprimer ma profonde reconnaissance à Ma'n H. Zawati pour ses précieux conseils qui m'ont été indispensables, pour sa grande générosité et sa disponibilité tout au long de l'accomplissement de ce travail.

Mes remerciements s'adressent également au réseau Apogée-Net/CanGène Test et à l'Université McGill (octroi du Graduate Excellence Fellowship et du Philippe Lette Fellowship in Comparative Law) pour leur support financier.

Je tiens également à remercier Anne Iavarone-Turcotte pour la révision linguistique de ce texte. Mes remerciements vont également à Marie Montpetit qui a aussi généreusement contribué à la révision d'une partie de ce texte.

Finalement, aucun mot ne suffirait pour exprimer l'ampleur de ma gratitude pour toute ma famille, Hassan, Nidhal, Ayat, Atrab, Ibrahim et Safa qui m'ont offert un support illimité et inconditionnel à travers la réalisation de ce mémoire.

I. Introduction

Selon la Société canadienne du cancer, « au début de 2009, 810 045 Canadiens vivaient avec un cancer diagnostiqué dans les dix années précédentes »¹. Aujourd'hui, il est estimé que deux Canadiens sur cinq développeront un cancer au cours de leur vie². Les coûts directs et indirects du traitement du cancer au Canada sont estimés à 17,4 milliards de dollars³. Face à la prolifération constante de cette maladie et aux coûts élevés des traitements, la médecine est continuellement à la recherche de nouvelles approches thérapeutiques pour offrir de meilleurs soins aux patients atteints. Au début de ce siècle, la découverte du Génome Humain⁴, à travers le développement de la recherche en biologie moléculaire, particulièrement en génomique⁵, a contribué à l'amélioration de l'intervention médicale dans le domaine de l'oncologie⁶.

Ces développements récents en génomique ont permis l'émergence de l'approche de soins personnalisés aidant les médecins à offrir une plus grande précision dans le traitement des maladies complexes⁷. Les soins de santé dits « personnalisés » ou « médecine de précision » tiennent compte du bagage génétique du patient dans le but « d'individualiser le diagnostic, le

¹ Société Canadienne du Cancer, *Statistique canadienne sur le cancer*, 2014, en ligne : <<http://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2014-FR.pdf>>.

² *Ibid.*

³ Les statistiques sur le coût annuel des traitements du cancer sont disponibles seulement pour l'année 2000. Voir *Ibid* à la p 12.

⁴ Francis S Collins, Michael Morgan et Aristides Patrinos, « The Human Genome Project: Lessons from Large-Scale Biology » (2003) 300:5617 *Science* 286.

⁵ « La génomique, c'est l'étude de l'ensemble du matériel génétique d'un être vivant, qu'il s'agisse d'un humain, d'une plante, d'un animal et, même, d'un virus. Plus précisément, la génomique est l'analyse des génomes des organismes, tant du point de vue de leur anatomie (séquences et organisation) que de leur physiologie (expression et régulation) ». Voir Génome Québec, « Génomique 101-Qu'est ce que la génomique et le génome humain? » (2014), en ligne : Génome Québec <<http://www.genomequebec.com/genomique-101.html>>.

⁶ Susan M Domchek, Tara M Friebe et al, « Association of risk-reducing surgery in BRCA1 or BRCA2 mutation carriers with cancer risk and mortality » (2010) 304:9 *Jama* 967; Susan M Domchek, Angela Bradbury et al, « Multiplex genetic testing for cancer susceptibility: out on the high wire without a net? » (2013) 31:10 *J Clin Oncol* 1267 à la p 1267.

⁷ Génome Québec, « La génomique une révolution en marche » (2014) à la p 2, en ligne : Génome Québec <http://www.genomequebec.com/DATA/PUBLICATION/4_fr~v~La_genomique_une_revolution_en_marche.pdf>; Evaluation of Genomic Applications in Practice and Prevention, « About EGAPP » (2013), en ligne : EGAPP Views <<http://www.egappreviews.org/about.htm>>; Bryn Williams-Jones et Vural Ozdemir, « Challenges for Corporate Ethics in Marketing Genetic Tests » (2007) 77:1 *J Bus Ethics* 33; N M Lindor et al, « Concise Handbook of Familial Cancer Susceptibility Syndromes - Second Edition » (2008) 2008:38 *JNCI Monogr* 3; Tom Hudson, *Médecine de l'avenir et recherche translationnelle*, à la p 6, en ligne : Forum Québécois des Sciences de la Vie <forumsciencesvie.com>.

traitement et la prévention de maladies ayant une composante génétique »⁸. Ces soins se traduisent entre autres par l'intégration en clinique de nouveaux tests basés sur la génomique, tels les tests d'expression génique les tests génomiques⁹ et génétiques¹⁰ de dépistages et de prédiction de certains cancers¹¹. Les tests d'expression génique, par une analyse moléculaire d'une tumeur, permettent d'évaluer le progrès de la maladie et sa probabilité de récurrence¹². À titre d'exemple, le test Oncotype Dx (ci-après « Oncotype ») est utilisé pour guider l'utilisation de la chimiothérapie dans le traitement de certains cas complexes de cancer du sein, en identifiant les patientes qui en bénéficieraient et en prédisant la récurrence du cancer sur dix ans¹³. En plus de l'arrivée de ces tests en clinique, les avancées en génomique ont aussi généré une quantité sans précédent de données génétiques rendant la médecine, particulièrement la pratique clinique, plus complexe, en la faisant passer d'une médecine empirique à une médecine davantage scientifique basée sur les données probantes (*evidence-based medicine (EBM)*)¹⁴.

La complexité de la technologie médicale et la présence croissante de pathologies complexes¹⁵, tel le cancer¹⁶, nécessitent une meilleure collaboration entre différents spécialistes dans la prestation des soins oncologiques¹⁷. La concertation de divers intervenants de la santé pour l'élaboration d'un plan de soins d'un patient atteint de cancer réfère à l'approche

⁸ Gouvernement du Québec, « Les soins de santé “personnalisés” : Prudence et balises » (2014) à la p xiii, en ligne : Commission de l'Éthique en Science et en Technologie <http://www.ethique.gouv.qc.ca/fr/assets/documents/SSP/CEST_SSP_Avis.pdf>.

⁹ « Comparativement au test génétique, le test génomique porte sur l'ensemble du génome; il peut porter sur l'ensemble du génome d'un individu ou d'une tumeur plutôt que sur un ou des gènes ciblés ». Voir *Ibid* à la p 76.

¹⁰ « Test de laboratoire réalisé en vue d'obtenir de l'information sur certains aspects du statut génétique. Il existe différents types de tests génétiques: tests génétiques diagnostiques, tests génétiques prédictifs, tests de porteurs et tests pharmacogénomiques ». Voir *Ibid*.

¹¹ Voir généralement: Yvonne Bombard, Peter B Bach et Kenneth Offit, « Translating genomics in cancer care » (2013) 11:11 J Natl Compr Canc Netw 1343; Margaret A Hamburg et Francis S Collins, « The path to personalized medicine » (2010) 363:4 N Engl J Med 301; Wylie Burke et Bruce M Psaty, « Personalized medicine in the era of genomics » (2007) 298:14 Jama 1682.

¹² Laurent Sansregret et Alain Nepveu, « La médecine personnalisée grâce aux signatures d'expression génique: l'exemple du cancer du sein » (2011) 2:1 Médecine Science Amérique 24 à la p 26.

¹³ Rodrigo Goncalves et Ron Bose, « Using multigene tests to select treatment for early-stage breast cancer » (2013) 11:2 J Natl Compr Canc Netw 174–182 à la p 175; Joseph Ragaz, « Canada's uneven response » [2011] Rep CARD Rep CARD 41 à la p 41.

¹⁴ Gouvernement du Québec, *supra* note 8 à la p 5; Dhavendra Kumar, « From evidence-based medicine to genomic medicine » (2007) 1:3- 4 Genomic Med 95 à la p 96.

¹⁵ Christian Bourdy et al, « Favoriser le Leadership Médicale », *Le Collège* 53:3 (Printemps 2013) 20 à la p 20.

¹⁶ Q Tian, N D Price et L Hood, « Systems cancer medicine: towards realization of predictive, preventive, personalized and participatory (P4) medicine: Key Symposium: systems cancer medicine » (2012) 271:2 J Intern Med 111 à la p 111; Bourdy et al, *supra* note 15 à la p 20.

¹⁷ Direction de la lutte contre le cancer, « Les équipes interdisciplinaires en oncologie » (Août 2005) à la p 13, en ligne : Ministère de la Santé et des Services Sociaux <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/download.php?f=de94252ae4e5c0ad813e0c2861402695>.

interdisciplinaire. Au Québec, à la fin des années 90, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS), sous la Direction de la lutte contre le cancer, aujourd'hui Direction québécoise de cancérologie (DQC), a proposé une organisation des soins oncologiques en milieu hospitalier basée sur le travail interdisciplinaire. L'approche interdisciplinaire proposée a pour objectif de regrouper divers spécialistes de la santé pour l'élaboration d'un plan de soins concerté pour chaque patient¹⁸. Dans le cadre de cette approche, les Comités de thérapie du cancer (CTC) ont été mis en place. Ces comités sont composés de divers professionnels et intervenants de la santé qui se réunissent régulièrement pour discuter de dossiers de patients individuellement afin d'établir ou de réviser leur diagnostic ou leur traitement. Les discussions et les décisions d'un CTC sont basées sur les données de la médecine factuelle ou EBM et de la recherche clinique¹⁹. Par ailleurs, plus récemment, l'approche interdisciplinaire a notamment été intégrée dans l'utilisation de tests d'expression génique qui permettent de proposer un traitement plus précis. Le meilleur exemple est celui du test Oncotype dont les directives d'utilisation suggèrent le recours à des rencontres d'équipe interdisciplinaire ou de CTC pour le choix des lésions à tester, lorsque celles-ci sont multiples²⁰.

Les avancés de la médecine de précision et l'émergence de l'approche interdisciplinaire permettent aujourd'hui d'offrir des traitements plus précis et individualisés aux patients atteints de cancer. Ce contexte fait naître de nouvelles exigences aux médecins traitant des patients atteints de cancer, notamment l'utilisation de la technologie basée sur la génomique et le recours à des CTC dans le cadre de la prestation des soins. Bien que plusieurs spécialistes doivent tenir compte de ces exigences dans leur pratique, ce texte s'intéresse particulièrement aux médecins spécialistes en oncologie médicale. En oncologie, l'élaboration d'un plan de traitement et le suivi des patients atteints de cancer incombe particulièrement aux oncologues médicaux²¹. Au

¹⁸ *Ibid*; *Ibid* à la p 26 tel que cité dans Réjean Hébert, *Définition du concept d'interdisciplinarité*, Sherbrooke, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Colloque De la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité, avril 1997.

¹⁹ Direction de la lutte contre le cancer, *supra* note 17 à la p 39; Groupe Conseil de Lutte contre le Cancer, « Annexe 3 - Matrice d'évaluation des équipes/établissements » à la p annexe III, en ligne : Ministère de la Santé et des Services Sociaux

<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/download.php?f=492fa990714599239a47b61875b9a6b4>.

²⁰ Direction Québécoise de Cancérologie, « Utilisation du Test Oncotype DX pour le Cancer du Sein- Cadre de Référence » (novembre 2012) à la p 2, en ligne : Ministère de la Santé et des Services Sociaux <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-902-09W.pdf>>.

²¹ Société Canadienne du Cancer, « Traitement » (2014), en ligne : <<http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/diagnosis-and-treatment/treatment/?region=qc>>; Razvan A Popescu et al, « The current and future role of the medical oncologist in the professional care for cancer patients: a position paper by the European Society for Medical Oncology (ESMO) » (2014) 25:1 Ann Oncol 9 à la p 11.

Québec, ces médecins spécialistes, tels les gynéco-oncologues et pneumo-oncologues, représentent 160 membres du Collège des médecins du Québec (CMQ)²². Selon, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), les oncologues médicaux doivent posséder une connaissance approfondie des principes scientifiques de la maladie cancéreuse et son traitement, et de leurs effets à long terme²³. De plus, dans les objectifs de la formation en oncologie médicale, le CRMCC intègre l'approche des soins personnalisés et interdisciplinaires dans certaines compétences que l'oncologue médical doit acquérir à l'issue de son programme de résidence. Les médecins oncologues se trouvent ainsi à l'avant plan des défis devant à la fois : (1) agir en tant qu'experts médicaux, notamment en connaissant «les composantes génétiques, l'évolution et la propagation et les variantes du pronostic» du cancer et (2) faire preuve de leadership dans le travail en collaboration interprofessionnelle et participer à des CTC²⁴.

Ainsi, l'oncologue traitant un patient doit être à la hauteur des compétences requises par son expertise médicale, c'est à dire prodiguer des traitements individualisés tenant compte des particularités génétiques du patient et des variantes de son cancer. Dans le cadre de son contrat médical avec le patient, il arrive que l'oncologue ait recours à un CTC pour l'élaboration du meilleur traitement à son patient. Le CTC, composé de divers professionnels et intervenants de la santé, discutent du dossier du patient et prend une décision collective quant au meilleur traitement à lui prodiguer. Ultimement, en tant que médecin traitant, il incombe à l'oncologue de discuter avec son patient des décisions collectives du CTC²⁵. Dans ce processus d'élaboration du plan de traitement pour son patient, l'oncologue médical se trouve donc nécessairement dans une relation tripartite : lui-même (oncologue traitant), son patient et un CTC du centre hospitalier.

Dans ce contexte, la question se pose : quelles sont les obligations et responsabilités de l'oncologue traitant dans le traitement individualisé des patients atteints de cancer? Chacun des liens de cette relation tripartite (oncologue-patient ; oncologue-CTC ; CTC-patient) soulève différentes questions juridiques portant sur l'étendue des obligations de l'oncologue, la nature des liens juridiques et la responsabilité des différents intervenants. En effet, les exigences des

²² Collège des Médecins du Québec, « Répartition des médecins selon les certificats de spécialité », en ligne : <<http://www.cmq.org/fr/Public/TravailObligations/Statistiques/RepartitionSpecialistes.aspx>>.

²³ Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, *Objectifs de la formation surspécialisée en oncologie médicale*, 1er juillet 2014 à la p 1, en ligne :

<<http://www.royalcollege.ca/cs/groups/public/documents/document/y2vk/mdaw/~edisp/tztest3rcpsced000981.pdf>>.

²⁴ *Ibid* à la p 3 et 8.

²⁵ Voir Popescu et al, *supra* note 21 à la p 11.

soins individualisés et le recours à un CTC dans l'établissement du traitement du patient sont susceptibles d'influencer les obligations professionnelles de l'oncologue envers son patient, notamment celles de soigner et de suivre. L'oncologue doit s'adapter à ces différentes exigences et travailler en interdisciplinarité pour l'accomplissement de ses obligations. Ainsi, la prestation par l'oncologue traitant d'une partie des soins en concertation avec un CTC introduit la question de la qualification juridique de la relation oncologue-CTC. Dans ce contexte, le CTC ou ses membres ont-ils des obligations envers le patient de l'oncologue? L'ensemble de ces questions laisse place à une incertitude dans la détermination du risque de responsabilité individuelle, collective et hospitalière.

Or, les règles en matière de responsabilité médicale et professionnelle n'offrent pas de réponse spécifique et complète à ces questions. Les documents émanant du DQC au sujet de l'interdisciplinarité et des CTC n'offrent que peu ou pas d'information sur les obligations des différents intervenants de la santé. Ils restent ambigus sur leur fonctionnement, leur organisation et le processus de prise de décisions collectives. De plus, notre revue de la doctrine et de la jurisprudence ne révèle aucune source traitant spécifiquement des obligations et responsabilités des oncologues médicaux, de leurs obligations et de la nature des interactions juridiques qu'ils peuvent avoir avec un CTC et ses membres. L'activité des médecins en interdisciplinarité dans le domaine de l'oncologie n'est donc pas encadrée. Cependant, le CMQ aurait l'intention de publier prochainement des lignes directrices sur les comités de diagnostics et de traitement du cancer²⁶ qui traiterait notamment du fonctionnement des CTC. Ces directives pourraient davantage guider l'oncologue dans sa pratique, mais ne sauraient à elles seules répondre aux questions juridiques soulevées dans ce mémoire.

Ce texte propose donc une analyse juridique de la relation tripartite impliquant oncologue, patient et CTC en adaptant les règles de droit existantes à cette nouvelle réalité. La clarification des obligations de l'oncologue dans cette relation contribuera à une meilleure compréhension de son rôle dans l'élaboration du traitement de son patient, permettant de

²⁶ Selon le Site du CMQ, un groupe de travail étudie les comités de diagnostics et de traitement du cancer. Antérieurement, ce groupe de travail s'appelait groupe de travail sur le fonctionnement des comités de tumeurs, selon le rapport annuel 2012-2013. Voir Collège des Médecins du Québec, « Comité de diagnostic et de traitement du cancer » (2009), en ligne : <http://www.cmq.org/fr/medecinsmembres/profil/commun/AProposOrdre/GroupesTravail/ComitesTumeurs.aspx>; Collège des Médecins du Québec, « Rapport annuel 2012-2013 » (31 mars 2013) à la p 74, en ligne : http://www.cmq.org/fr/MedecinsMembres/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/~/_media/Files/Rapports/Rapportannuel1213.pdf?101421.

prévenir les poursuites judiciaires sur cette base. Plus largement, cette analyse pourrait permettre de clarifier les relations juridiques entre professionnels et différents intervenants de la santé, équipe interdisciplinaire, CTC et hôpital dans le domaine de l'oncologie. Enfin, ce texte permettrait aussi de contribuer au débat sur les enjeux de responsabilité médicale dans des relations juridiques multiples, réalité émergente dans le contexte médical.

Dans l'objectif d'offrir une analyse de la problématique qui s'applique à l'ensemble du Canada, nous utiliserons une approche transsystémique²⁷, en ayant recours à la fois au droit civil québécois et à la common law anglo-canadienne. Par ailleurs, nous référerons au modèle des CTC de l'Ontario, pouvant être considéré comme une province pionnière dans ce domaine, ayant adopté des règles de fonctionnement spécifiques et détaillées. Enfin, l'analyse sera souvent illustrée par des exemples de pratiques médicales dans le traitement du cancer du sein, puisqu'il s'agit du type de cancer pour lequel le traitement est actuellement le plus précis et individualisé.

Notre analyse se divisera en deux chapitres. Le premier chapitre introduira les différents concepts de la pratique médicale en oncologie dont la compréhension est nécessaire pour l'analyse juridique qui sera entreprise au chapitre II. Il s'agira donc de définir les soins individualisés et l'interdisciplinarité en oncologie et de décrire le mandat et le rôle des CTC dans l'élaboration d'un plan de traitement. Ce chapitre terminera par la description des trois étapes du processus d'étude de cas en CTC.

Le deuxième chapitre analysera les questions juridiques en fonction de chaque lien constituant la relation tripartite. Il sera donc divisé en trois grandes parties : (A) oncologue-patient, (B) oncologue-CTC et (C) CTC-patient. Nous suggérons en premier lieu de revisiter les obligations de soigner et de suivre de l'oncologue, tenant compte des particularités et des exigences des soins individualisés et du recours à un CTC dans le cadre du contrat médical liant l'oncologue à son patient. La deuxième partie abordera une question importante de cette relation tripartite soit la qualification juridique de cette relation et la responsabilité de l'oncologue face à la décision d'un CTC. La discussion sur la responsabilité médicale dans cette relation tripartite ne peut être complète sans la qualification juridique du lien CTC-patient. La dernière partie de ce chapitre se questionnera sur l'existence d'une relation juridique entre le CTC ou ses membres

²⁷ Université McGill, « Transsystemic Legal Education » (18 octobre 2012), en ligne: Université McGill <<http://www.mcgill.ca/centre-crepeau/transsystemic>>.

participants et le patient. Ce chapitre terminera par une discussion sur le risque de responsabilité individuelle, collective et hospitalière dans cette relation médicale tripartite.

Ultimement, l'analyse que nous proposons dans ce texte permettra d'expliquer l'étendue des obligations de l'oncologue dans l'élaboration et l'offre de traitement à son patient atteint de cancer, favorisant un meilleur rapport médecin-patient. La qualification des liens juridiques entre l'oncologue, le CTC et le patient permettra d'élucider les rapports juridiques entre ces parties, clarifiant ainsi les limites de leurs obligations quotidiennes envers le patient. En guise de conclusion, il s'agira de révéler les incertitudes juridiques dans chacune de ces relations pour lesquelles nous suggérons que les différentes instances professionnelles et hospitalières prennent des mesures réglementaires et/ou administratives. Laisser planer ces incertitudes pourrait avoir des conséquences sur la détermination du risque de responsabilité de l'oncologue traitant, des participants au CTC et de l'établissement hospitalier.

II. Certains aspects de la pratique en oncologie

L'oncologie médicale est une branche de la médecine interne créée en Amérique du Nord et en Europe dans les années 60²⁸. Selon la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), l'oncologie médicale est « une surspécialité médicale portant sur l'étude, la recherche, le diagnostic et la prise en charge médicale des pathologies néoplasiques »²⁹. La pratique en oncologie comporte plusieurs particularités³⁰. Nombreuses sont celles qui touchent au processus d'élaboration du traitement notamment « l'importance d'intervenir rapidement et d'opter d'emblée pour le bon traitement », « la complexité des traitements » et les « changements rapides des technologies »³¹.

Le CRMCC définit les objectifs de la formation en oncologie médicale dans la capacité d'exercer sept fonctions: expert médical, communicateur, collaborateur, gestionnaire, promoteur de la santé, érudit et professionnel. En tant qu'experts médicaux, les oncologues doivent notamment pouvoir appliquer en clinique leurs connaissances des facteurs de risques génétiques

²⁸ Popescu et al, *supra* note 21 à la p 10.

²⁹ Fédération des Médecins Spécialistes du Québec, « Spécialités médicales », en ligne : Fédération des Médecins Spécialistes du Québec <<https://www.fmsq.org/fr/profession/medecine-specialisee/specialites-medicales>>.

³⁰ Direction de la lutte contre le cancer, *supra* note 17 à la p 17.

³¹ *Ibid.*

et les différentes variantes de pronostic³². « À titre de collaborateurs, les oncologues médicaux travaillent efficacement dans une équipe de soins de santé afin de prodiguer des soins optimaux aux patients »³³. Dans ce contexte, ils doivent « participer aux réunions d'équipes interprofessionnelles, y compris sans s'y limiter, les comités de thérapie des cancers » et « faire preuve, le cas échéant, de leadership dans une équipe de soins de santé »³⁴. Ces fonctions d'expert médical et de collaborateur intègrent les exigences de soins individualisés et d'interdisciplinarité dans le domaine de l'oncologie.

Avant d'entreprendre l'étude des questions juridiques soulevées par ces exigences de la pratique médicale des oncologues, il est primordial d'exposer leur contexte et leurs caractéristiques. Il s'agira en premier lieu de définir et d'approfondir les notions de soins individualisés et d'interdisciplinarité. De plus, pour situer davantage l'analyse juridique du deuxième chapitre, nous présenterons les rôles des CTC auprès des oncologues médicaux et les étapes du processus d'étude de cas devant un CTC.

A. Des soins individualisés

1. Oncologie de précision

Les avancées réalisées en biologie moléculaire dans les dernières décennies ont donné lieu à des soins de santé personnalisés³⁵. Grâce à ces avancées, les médecins ont aujourd'hui une meilleure compréhension du corps humain, notamment à l'aide des découvertes liées à la génomique³⁶. Ces nouvelles connaissances en génomique « porte[nt] autant sur les caractéristiques et anomalies génétiques des personnes que sur les particularités génomiques de leur maladie »³⁷. Bien que la médecine ait toujours eu comme vocation d'être personnalisée,

³² Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, *supra* note 23 à la p 3. Selon le dictionnaire Larousse en ligne *pronostic* signifie : « Prévision faite par le médecin sur l'évolution et l'aboutissement d'une maladie ».

³³ *Ibid* à la p 8.

³⁴ *Ibid*.

³⁵ Regroupement de Soins de Santé Personnalisés au Québec, « Les soins de santé personnalisés », en ligne: Regroupement de Soins de Santé Personnalisés au Québec <<http://rsspq.org/soins-sante-personnalises/>>.

³⁶ *Ibid*.

³⁷ *Ibid*.

la « médecine personnalisée » aujourd'hui tient son qualificatif de l'importance centrale qu'elle accorde au bagage génétique de l'individu³⁸.

La médecine personnalisée est généralement définie comme la médecine 4P par Génome Québec³⁹ et par le Regroupement en soins de santé personnalisés au Québec (RSSQ)⁴⁰, qui empruntent cette appellation à l'Institute for systems biology (ISB)⁴¹; les «P» renvoient aux qualificatifs «personnalisée, préventive, prédictive et participative»⁴². D'autres définissent ce nouveau paradigme intégrant la génomique à la pratique médicale comme la médecine de précision⁴³. À l'intérieur de ce paradigme, les soins de santé passent d'un mode universel à un mode adapté, prédictif, préventif et précis⁴⁴, ou en d'autres mots, d'une médecine de population à une médecine individualisée⁴⁵. Pour les fins de ce texte, nous avons choisi de ne pas utiliser les termes de la médecine personnalisée ou médecine 4P, mais plutôt ceux de la médecine de précision ou médecine individualisée. Nous nous intéressons spécifiquement à cette approche d'individualisation des soins en oncologie, caractéristique plus particulière à la médecine de précision qu'à la «médecine traditionnelle». Aujourd'hui au Québec, comme en France, dans le domaine des soins oncologiques, il est possible de parler du début de l'oncologie de précision⁴⁶. En fait, cette approche est déjà intégrée dans le traitement de certains cancers tels le cancer du sein⁴⁷ à travers l'utilisation du test d'expression génique l'Oncotype.

³⁸ Génome Québec, « Santé et médecine personnalisée », en ligne : Génome Québec <<http://www.genomequebec.com/sante-personnalisee.html>>; *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ c S-42, art 5.

³⁹ Génome Québec, *supra* note 38.

⁴⁰ Regroupement de Soins de Santé Personnalisés au Québec, *supra* note 35.

⁴¹ Institute for Systems Biology, « Systems Biology + P4 » (2014), en ligne : Systems Biology <<http://www.systemsbiology.org/p4-medicine>>.

⁴² Il s'agit donc d'une médecine qui, face à l'individu, tient compte de son profil génétique (personnalisée), prend en considération ses problèmes de santé (préventive), lui indique les traitements qui lui sont appropriés (prédictive) et l'amène à se responsabiliser davantage sur sa santé et ses soins (participative). Voir Génome Québec, *supra* note 38.

⁴³ Rui Chen et Michael Snyder, « Promise of personalized omics to precision medicine » (2013) 5:1 Wiley Interdiscip Rev Syst Biol Med 73 à la p 78.

⁴⁴ Gouvernement du Canada, « Résumé de la réunion de planification sur la médecine personnalisée des IRSC » (6 juin 2013), en ligne : Instituts de Recherche en Santé du Canada <<http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/46872.html>>.

⁴⁵ Thierry Mathieu et al, « Champs lexicaux de la médecine prédictive et personnalisée » (2012) 70 Ann Biol Clin (Paris) 651.

⁴⁶ George Coukos et al, « Ensemble vers l'oncologie de précision! » (2014) Volume 431:20 Rev Médicale Suisse 1099 à la p 1099.

⁴⁷ *Ibid*; Peter M Ellis, « The importance of multidisciplinary team management of patients with non-small-cell lung cancer » (2012) 19 Cur Oncol S7.

En effet, l'approche de l'oncologie de précision dans le traitement des cancers se caractérise notamment, par l'introduction en clinique de la technologie basée sur la génomique dont l'objectif est d'offrir des soins avec une plus grande précision, en individualisant le diagnostic et le traitement au patient⁴⁸. Le recours aux tests d'expression génique ou « gene-profiling tests », tel l'Oncotype, est l'une de ces applications cliniques⁴⁹. Ces tests aident à sélectionner les patients les plus susceptibles de bénéficier d'un traitement plutôt que d'un autre en étudiant l'expression de multiples gènes de leur tissu tumoral, c'est à dire provenant d'une tumeur. Précisément, l'analyse des cellules cancéreuses d'une tumeur génère un profil d'expression génique où certains gènes ou ensemble de gènes sont identifiés comme marqueurs biologiques⁵⁰ pour un cancer⁵¹. Ce sont ces marqueurs qui permettent de classer les cancers en fonction du traitement le plus approprié, du pronostic ou de la prédiction de risque de récurrence⁵².

Afin d'illustrer davantage la fonction de ces nouveaux tests, nous prenons l'exemple du test Oncotype. Il s'agit d'un test multigénique qui mesure l'expression de 21 gènes ciblés dont le résultat sous forme de score (trois niveaux de RS : faible, intermédiaire et haut risque) peut déterminer le risque de récurrence et guider le choix du traitement pour certaines patientes atteintes d'un cancer du sein⁵³. En effet, ce test permet d'orienter la prise de décisions complexes en matière de traitement, précisément dans le choix de prescrire ou non une

⁴⁸ Chen et Snyder, *supra* note 43 à la p 73.

⁴⁹ « The term molecular profiling is used here to collectively describe molecular approaches that concomitantly measure the expression of multiple genes on tissue or other biological samples. The typical application is gene-expression profiling using microarrays » Voir John P A Ioannidis, « Is Molecular Profiling Ready for Use in Clinical Decision Making? » (2007) 12:3 The Oncologist 301 à la p 302; Blue Cross Blue Shield, « Gene Expression Profiling in Women with Lymph-Node-Positive Breast Cancer to Select Adjuvant Chemotherapy Treatment » (2014), en ligne : Blue Cross Blue Shield <<http://www.bcbs.com/blueresources/tec/press/gene-expression-profiling-in-1.html>>; Sansregret et Nepveu, *supra* note 12.

⁵⁰ «Caractéristique qui est objectivement mesurée et évaluée comme un indicateur de processus biologiques normaux ou pathologies, ou de réponses pharmacologiques à une intervention thérapeutique», définition du National Institute of Health» Voir Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, *Les biomarqueurs, les produits de santé et l'AFSSAPS, cahier d'acteur* à la p 2, en ligne : <http://ansm.sante.fr/content/download/35447/462674/version/2/file/cahierd%27acteur_%2Bbiomarqueurs.pdf&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ei=cvUWVKD_OsemyASRpYKICg&ved=0CC4QFjAE&usg=AFQjCNE0h6vQoVTJ98Egf8UWKEhZ0mKDA%5D>.

⁵¹ Stuart Hogarth, « New genomics sequencing technologies – a review of the regulatory and policy issues » (août 2007) à la p 13, en ligne : King's College London <<http://www.kcl.ac.uk/sspp/departments/politicaconomy/research/biopolitics/publications/HealthCanadamicroarraysreport.pdf>>.

⁵² *Ibid.*

⁵³ Direction Québécoise de Cancérologie, *supra* note 20 à la p 1.

chimiothérapie adjuvante, traitement suggéré après l'ablation de la tumeur⁵⁴. Ce type de chimiothérapie est utilisé pour éviter une rechute et l'apparition du cancer après la chirurgie, mais il s'avère bénéfique seulement pour certaines patientes. Actuellement, le risque de propagation et le choix du traitement sont déterminés par un ensemble de facteurs cliniques et pathologiques, comme l'âge de la patiente, les caractéristiques et le stade de la tumeur, par exemple la taille de la tumeur, le grade etc.⁵⁵. Le test prédictif Oncotype permet ainsi d'orienter la prise de décision thérapeutique alternativement ou en complémentarité avec les méthodes actuelles⁵⁶.

Ce progrès scientifique que constitue l'oncologie de précision peut ainsi exiger de l'oncologue médical qu'il s'interroge sur les données génomiques existantes, sur les marqueurs biologiques pouvant prédire les caractéristiques pathologiques de la tumeur au-delà des méthodes traditionnelles et sur les études cliniques disponibles⁵⁷. Par exemple, dans l'établissement du traitement, l'oncologue doit faire le choix de recourir ou non à des tests d'expression génique et de se fier à leurs résultats. Ainsi, «le rôle du médecin se transforme et la relation clinique se technicise. Les médecins se fient de plus en plus aux données mesurées par la technologie»⁵⁸ et davantage basées sur des « statistiques irréprochables » (EBM)⁵⁹. Dans la prochaine section, il s'agira donc de définir le concept de médecine factuelle, qui est utilisée comme approche complémentaire aux soins individualisés et qui constitue la base des décisions des CTC.

2. Recours à la médecine factuelle

⁵⁴ Centre des Maladies Deschênes-Fabiadu Sein, « Généralités », en ligne : Centre des maladies du sein Deschênes-Fabia <<http://www.centredeomaladiesdusein.ca>>; Mike Paulden et al, « Cost-Effectiveness of the 21-Gene Assay for Guiding Adjuvant Chemotherapy Decisions in Early Breast Cancer » (2013) 16:5 Value Health 729 à la p 730.

⁵⁵ Comité Éthique & Cancer, « Avis no 21 du 15 janvier 2013: De l'équité d'accès aux tests génomiques: le cas du test prédictif Oncotype Dx dans les cancers du sein » (2012), en ligne : <<http://www.ethique-cancer.fr/phoenixws/detailavis/topic-1/article-89/avis-n-21-du-15-janvier-2013.html>>.

⁵⁶ Centre des Maladies Deschênes-Fabiadu Sein, *supra* note 54; Comité Éthique & Cancer, *supra* note 55; Des tests Oncotype similaires ont été développés pour le cancer de la prostate et du colon, voir: Genomic Health Inc, « Oncotype Dx » (2014), en ligne : Genomic Health Inc. <<http://www.oncotypedx.com/>>.

⁵⁷ Chen et Snyder, *supra* note 43; Popescu et al, *supra* note 21 à la p 11.

⁵⁸ Gouvernement du Québec, *supra* note 8 à la p 41.

⁵⁹ *Ibid* tel que cité dans Alain Claeys et Jean-Sébastien Vialette, *Les progrès de la génétique : vers une médecine de précision? Les enjeux scientifiques, technologiques, sociaux et éthiques de la médecine personnalisée, rapport présenté à l'Assemblée nationale et au Sénat le 22 janvier*, France, Office Parlementaire d'Évaluation des Choix Scientifiques et Technologiques, 2014, en ligne : <<http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-off/i1724.pdf>>.

La médecine factuelle ou fondée sur les faits ou EBM se définit comme « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des faits documentés actuels pour prendre des décisions concernant les soins de patients individuels »⁶⁰. Cette médecine fonde les décisions cliniques notamment sur les études scientifiques menées auprès de groupe de patients plutôt que sur des données de laboratoires (ces derniers résultant de recherches non effectuées sur des humains)⁶¹. Il s'agit de la médecine qui intègre à l'expertise clinique individuelle (le jugement clinique) une évaluation critique des meilleures preuves cliniques disponibles, qui proviennent surtout de la recherche clinique (c'est à dire celle axée sur le patient)⁶².

En plus de l'examen clinique habituel, la médecine fondée sur les faits suggère au médecin de se référer à la littérature scientifique pour trouver les meilleures réponses disponibles applicables aux conditions de son patient⁶³. Les données génomiques font parties des données scientifiques disponibles dans la littérature. Contrairement à d'autres types de données, celles-ci permettent aux cliniciens d'avoir accès à des données individualisées ou du moins à celles générées pour un petit groupe de patients⁶⁴.

Ainsi, la médecine factuelle suggère à l'oncologue médical de se questionner sur les meilleures données probantes existantes avant de prendre une décision clinique sur les soins à prodiguer à son patient. L'EBM fait référence à la littérature scientifique et non à la technologie clinique propre à la médecine de précision. Il faut rappeler que la médecine de précision permet à l'oncologue médical d'adapter les traitements à son patient notamment grâce à la technologie génomique disponible. La médecine factuelle et la médecine de précision sont complémentaires. C'est en considérant les deux que le clinicien rassemblera l'information nécessaire pour guider les choix thérapeutiques⁶⁵.

L'oncologue médical doit de plus en plus traiter différents sous-types de cancer tout en connaissant les différents choix de traitements ou combinaison de traitements effectifs pour

⁶⁰ Voir Monique Clar, « Pratique factuelle », en ligne : Université de Montréal <<http://guides.bib.umontreal.ca/disciplines-impression/443-Pratique-factuelle>>; Sharon E Straus et W Scott Richardson, *Médecine fondée sur les faits: Evidence-Based Medicine*, Elsevier Masson, 2007 à la p 270; David L Sackett, « Evidence-based Medicine » dans *Encyclopedia of Biostatistics*, John Wiley & Sons, Ltd, 2005, en ligne : Encyclopedia of Biostatistics <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/0470011815.b2a08019/abstract>>; David L Sackett, *Evidence-based medicine*, (1997) 21 Seminars in Perinatology 3.

⁶¹ Joyce Pickering, « Evidence based medicine at McGill » (2004) 8 MJM 94.

⁶² Sackett, *supra* note 60.

⁶³ André Scheen, « Comment concilier médecine factuelle et médecine personnalisée? » (2013) 9:395 Rev Med Suisse 1499 à la p 1499.

⁶⁴ Kumar, *supra* note 14 à la p 103.

⁶⁵ Scheen, *supra* note 63 à la p 1500.

chaque cancer en se référant aux données scientifiques existantes⁶⁶. En oncologie, les données disponibles sont donc nombreuses. Afin de faciliter leur accès aux oncologues médicaux, les agences gouvernementales et les organisations professionnelles produisent des guides de pratiques cliniques (GPC)⁶⁷. Ces guides ou directives cliniques en oncologie sont des recommandations pour la pratique clinique « construits à partir d’une synthèse des meilleures et plus récentes preuves scientifiques (evidence-based) »⁶⁸. Ces documents sont généralement basés sur la révision systématique de la littérature scientifique sur une question donnée et permettent d’assister le clinicien dans la prise de décision sur les soins médicaux nécessaires pour une condition médicale spécifique⁶⁹.

Les GPC sont des éléments importants dans les discussions en CTC, car ils offrent des données scientifiques les plus récentes et probantes nécessaires pour le diagnostic, le traitement et le suivi des patients⁷⁰. D’ailleurs, en plus d’assurer une collaboration constante entre les équipes de professionnels, l’objectif du DQC est d’ancrer dans les pratiques, « l’utilisation de normes, de guides de pratique et d’algorithmes fondés sur les données probantes »⁷¹. L’interdisciplinarité favorise ainsi l’application de la médecine factuelle.

L’oncologue médical doit donc parfois travailler en concertation avec divers professionnels afin de pouvoir offrir les meilleurs traitements individualisés à son patient. Avant de procéder à l’analyse juridique des obligations de l’oncologue dans ce contexte, il faut définir et décrire les particularités du travail interdisciplinaire en oncologie et le rôle des CTC auprès des oncologues et de leur patient.

B. Le recours à l’interdisciplinarité en oncologie

⁶⁶ Popescu et al, *supra* note 21 à la p 11.

⁶⁷ Direction de Lutte contre le Cancer, « Guides du comité de l’évolution de la pratique en oncologie (CEPO) » (mars 2009) à la p 3, en ligne : Ministère de la Santé et des Services Sociaux <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/download.php?f=d3e7a25c2934c0d51f66241aeaec49cb>.

⁶⁸ *Ibid.*

⁶⁹ Programme Québécois de Dépistage du Cancer du Sein, « Le fonctionnement interdisciplinaire dans le cadre de l’investigation » (2001) à la p 81, en ligne : Ministère de la Santé et des Services Sociaux <<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/pqdc/index.php?documents-de-reference>>.

⁷⁰ Xanthoula Kostaras et al, « Is There a Role for Clinical Practice Guidelines in Multidisciplinary Tumor Board Meetings? A Descriptive Study of Knowledge Transfer Between Research and Practice » (2012) 27:1 J Cancer Educ 42 à la p 43.

⁷¹ Gouvernement du Québec, *Ensemble, en réseau, pour vaincre le cancer plan directeur en cancérologie*, Santé et services sociaux Québec, 2013 à la p 36, en ligne : Ministère de la Santé et des Services Sociaux <<http://site.ebrary.com/lib/abhealth/Doc?id=10726373>>.

Le domaine de l'oncologie encourage la concertation inter et intra professionnel dans la prise en charge du patient. L'oncologue médical est nécessairement amené à travailler en équipe afin de prodiguer des soins optimaux⁷². En oncologie, le travail en interdisciplinarité est une solution aux exigences des soins individualisés, entre autres la nécessité pour les oncologues de connaître les différents types et sous-types de cancers existants et les données scientifiques disponibles. À titre d'exemple, historiquement, le traitement d'une personne atteinte d'un cancer du poumon (de type «non-small-cell») était pareil à l'ensemble des patients atteints. Cependant la découverte d'un aspect phénotypique⁷³ relié au cancer a donné lieu à l'émergence de traitements plus complexes, devant être adapté à chaque patient tenant compte de son profil génétique⁷⁴. Cette complexité nouvelle dans le traitement de ce type de cancer a entraîné la nécessité d'une approche interdisciplinaire dans la prise en charge du patient⁷⁵. En effet, plusieurs études ont démontrés que cette approche contribue à une meilleure qualité de vie des patients atteints, et potentiellement, prolonge la survie de ces patients⁷⁶.

Le travail en équipe interdisciplinaire dans le domaine de l'oncologie a été introduit en 1997 par la DQC dans son Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC)⁷⁷. En 2001, cette approche a aussi été intégrée dans le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)⁷⁸. De plus, afin de donner suite aux recommandations du PQLC, la DQC a émis en 2005 l'Avis sur les équipes interdisciplinaires en oncologie (ci-après «l'Avis sur l'interdisciplinarité»), qui se veut «un outil de réflexion et un guide pour toutes les équipes d'oncologie»⁷⁹.

En vue de l'analyse des obligations professionnelles de l'oncologue médical envers son patient et dans sa relation avec le CTC, il reste donc à présenter le contexte et les caractéristiques de l'interdisciplinarité. Dans cette optique, nous définirons le concept d'interdisciplinarité au

⁷² Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, *supra* note 23 à la p 8.

⁷³ « Ensemble des caractères apparents d'un individu (morphologiques ou fonctionnels) qui correspondent à la partie exprimée du génotype et à des phénomènes déterminés par le monde extérieur ». Voir Gouvernement du Québec, *supra* note 8 à la p 75.

⁷⁴ Ellis, *supra* note 47 à la p S7.

⁷⁵ *Ibid* à la p S8.

⁷⁶ *Ibid* à la p S7.

⁷⁷ Gouvernement du Québec, « Programme québécois de lutte contre le cancer- pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe » (octobre 1997), en ligne : Ministère de la Santé et des Services Sociaux <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1997/97-729-5.pdf>>.

⁷⁸ Programme Québécois de Dépistage du Cancer du Sein, *supra* note 69.

⁷⁹ Direction Québécoise de Cancérologie, *supra* note 20 à la p 13.

Québec et proposerons les étapes du recours à un CTC. Il s'agira aussi de décrire le rôle de ce comité auprès de l'oncologue dans l'élaboration du traitement pour son patient.

1. Définitions

L'interdisciplinarité est une approche souvent confondue ou même réunie avec le terme « multidisciplinarité »⁸⁰. Certaines sources, notamment américaines et canadiennes anglaises, utilisent le terme « multidisciplinary » pour référer à l'interdisciplinarité. Nous distinguerons donc brièvement les deux approches dans le contexte de la pratique médicale et nous définirons l'interdisciplinarité. Étant donnée que l'interdisciplinarité regroupe divers professionnels et travailleurs n'exerçant pas une profession au sens du Code des professions du Québec, nous utiliserons les termes « intervenants de la santé » pour désigner ces personnes collectivement.

D'abord, l'Avis sur l'interdisciplinarité décrit la multidisciplinarité comme étant la situation où les « professionnels de la santé se succèdent au chevet d'un même patient, mais sans que leurs actions ou leur compréhension des symptômes (problèmes cliniques biopsychosociaux complexes) soient orchestrés »⁸¹. Par opposition, l'interdisciplinarité permet l'intégration des actions des intervenants de la santé dans une approche globale. Elle « se caractérise par une plus grande interactivité et une véritable dynamique de groupe »⁸². Tandis que dans le contexte multidisciplinaire, « chaque professionnel est autonome et peut prendre des décisions indépendantes ».

Par ailleurs, l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) reconnaît qu'il existe plusieurs appellations désignant le travail de collaboration entre plusieurs intervenants de la santé dans le but de prodiguer des soins. « Soins concertés » semble être l'appellation la plus courante, mais on emploie également de façon interchangeable les expressions « soins multidisciplinaires », « soins interprofessionnels », « soins partagés » ou « soins en équipe »⁸³. Dans son guide *Les soins concertés : Perspectives de la responsabilité médicale*, l'interdisciplinarité est définie comme « l'interaction positive de deux ou plusieurs professionnels

⁸⁰ Anne-Patricia Prévost et Claude Bougie, « Équipe multidisciplinaire ou interdisciplinaire » (2008) 43:11 Le Médecin du Québec 43 à la p 44.

⁸¹ Direction de la lutte contre le cancer, *supra* note 17 à la p 15.

⁸² Prévost et Bougie, *supra* note 80 à la p 44.

⁸³ Association Canadienne de Protection Médicale, « Les soins concertés : Perspective de la responsabilité médicale - Guides », en ligne : Association Canadienne de Protection Médicale <<https://oplfrpd5.cmpa-acpm.ca/fr/-/collaborative-ca-1>>.

de la santé qui offrent leurs compétences et connaissances uniques pour aider les patients/clients et leur famille à prendre des décisions concernant leur santé»⁸⁴. L'ACPM regroupe le travail interdisciplinaire et les autres types de travail d'équipe sous les termes «soins concertés» ou «collaborative care».

Quant à la définition retenue dans l'Avis sur l'interdisciplinarité, elle est la suivante :

Le regroupement de plusieurs intervenants ayant une formation, une compétence et une expérience spécifiques qui travaillent ensemble à la compréhension globale, commune et unifiée d'une personne en vue d'une intervention concertée à l'intérieur d'un partage complémentaire des tâches⁸⁵.

Selon l'Avis, l'interdisciplinarité est donc la réunion de différents intervenants de la santé ayant pour objectif l'élaboration « d'un plan de soins concerté » et non l'accomplissement de tâches en série (le travail multidisciplinaire)⁸⁶. Cette approche interdisciplinaire dans la pratique médicale, particulièrement en oncologie, n'a pas fait l'objet d'études de doctrine en matière de responsabilité médicale. Nous reviendrons sur les conséquences juridiques de cette approche lorsqu'il s'agira de déterminer la relation juridique entre l'oncologue et le CTC.

L'interdisciplinarité dans la pratique médicale s'incarne par la mise en place d'équipes interdisciplinaires. Au Québec, le PQLC a suggéré l'organisation de ces équipes en fonction de trois paliers. Ainsi, le PQLC propose des équipes interdisciplinaires *locales* d'oncologie, responsables du suivi et du soutien des personnes atteintes de cancer, qui s'occupent du traitement, notamment de la chimiothérapie⁸⁷. Des équipes interdisciplinaires *régionales* d'oncologie ont quant à elles mandat d'agir à titre d'expert auprès des équipes locales. Elles sont spécialisées selon un site tumoral et ont un pouvoir décisionnel quant à l'établissement du traitement⁸⁸. Enfin, les équipes *suprarégionales* d'oncologie ont un rôle de consultant auprès des autres équipes et décident du traitement dans les cas plus complexes⁸⁹.

Les équipes régionales et suprarégionales ont pour mandat de tenir des réunions de CTC. Selon la description de leur mandat, ces comités ont pour objectif de discuter de « tous les nouveaux cas ou les cas posant problème »⁹⁰. L'Avis sur l'interdisciplinarité précise la mise en

⁸⁴ *Ibid.*

⁸⁵ Direction de la lutte contre le cancer, *supra* note 17 à la p 26 tel que cité dans Hébert, *supra* note 18.

⁸⁶ Direction de la lutte contre le cancer, *supra* note 17 à la p 26.

⁸⁷ Gouvernement du Québec, *supra* note 77 à la p 51.

⁸⁸ *Ibid* à la p 52.

⁸⁹ *Ibid* à la p 53.

⁹⁰ *Ibid* à la p 52.

place de deux types de réunions d'équipes interdisciplinaires, dont l'objectif est d'élaborer des plans d'intervention, soient la rencontre clinique interdisciplinaire et le CTC⁹¹. Afin d'illustrer l'impact de l'interdisciplinarité sur les obligations et les responsabilités des oncologues médicaux, nous basons notre analyse sur les rencontres interdisciplinaires de CTC. Les CTC en particulier jouent un rôle croissant dans la prestation des soins en oncologie et ont le potentiel d'influencer la décision de traitement⁹². Ces comités, chargés d'étudier les cas de patients individuellement, existent dans plusieurs juridictions, ce que nous décrirons dans la prochaine sous-section.

2. Les CTC

Dans la pratique en oncologie, les CTC occupent de plus en plus une place importante et ont la particularité de s'inscrire dans une approche de soins individualisés. Dans un CTC, l'étude du dossier de chaque patient atteint d'un cancer se fait individuellement et les recommandations sont basées sur la médecine factuelle et les avis d'experts⁹³. Le recours au CTC est considéré comme le standard de pratique dans certaines juridictions. Nous ferons un survol des différentes appellations avant de décrire leur rôle.

Les CTC portent plusieurs appellations différentes à travers le Canada et à l'international. Au Québec, nous avons recensé les termes « comité sur les tumeurs »⁹⁴, « comité des thérapie du cancer »⁹⁵, « comité de thérapie des tumeurs », « tumor board », « tumor board conference » et « conférence interdisciplinaire des thérapie du cancer »⁹⁶. Ailleurs au Canada, les expressions utilisées sont « multidisciplinary cancer conference »⁹⁷ ou « tumour board »⁹⁸. Dans d'autres

⁹¹ Direction de la lutte contre le cancer, *supra* note 17 à la p 39. le DQC a récemment proposé plusieurs autres instances nationales et régionales de gestion interdisciplinaire, ne faisant pas l'objet de ce texte Voir le plan proposé Gouvernement du Québec, *supra* note 71.

⁹² Ellis, *supra* note 47 à la p S9.

⁹³ Nagi S El Saghir et al, « Tumor boards: optimizing the structure and improving efficiency of multidisciplinary management of patients with cancer worldwide » (2014) 34 Am Soc Clin Oncol Educ Book e461 à la p e461.

⁹⁴ Programme Québécois de Dépistage du Cancer du Sein, *supra* note 69 à la p 45.

⁹⁵ Direction de la lutte contre le cancer, *supra* note 17 à la p 39; Gouvernement du Québec, *supra* note 77 aux pp 52-53.

⁹⁶ Centre Hospitalier de St Mary, « Conférence interdisciplinaire des thérapies du cancer » (2012), en ligne : Centre Hospitalier de St. Mary <http://www.smhc.qc.ca/ignitionweb/data/media_centre_files/607/CAN.onco.59F.pdf>.

⁹⁷ Frances Wright et al, « Multidisciplinary Cancer Conference Standards » (2006), en ligne: Action Cancer Ontario <<http://www.cancercare.on.ca/pdf/pebcmccf.pdf>>.

⁹⁸ *Ibid*; Alberta Health Services, « Adjuvant Systemic Therapy for Early Stage (Lymph Node Negative and Lymph Node Positive) Breast Cancer » (avril 2014), en ligne : Alberta Health Services <<http://www.albertahealthservices.ca/hp/if-hp-cancer-guide-adjuvant-systemic-therapy-breast.pdf>>.

juridictions, nous avons recensé les expressions « multidisciplinary meeting »⁹⁹, « cancer case conferences »¹⁰⁰, « multidisciplinary cancer conference »¹⁰¹, « tumor conferences »¹⁰², « tumor board »¹⁰³ et « tumor board conference »¹⁰⁴.

L'Ontario étant une province pionnière dans la mise en place de CTC, nous référerons souvent aux outils et règles développés par Action Cancer Ontario (ACO). Les CTC sont appelés des « multidisciplinary cancer conference » (MCC) ou « tumour board ». Bien qu'Action Cancer Ontario (ACO) utilise l'expression « multidisciplinary », il intègre les caractéristiques de l'interdisciplinarité. ACO a développé des outils spécifiques pour le fonctionnement de ces rencontres : les « Multidisciplinary Cancer Conference Tools » (ci-après « MCC Tools »)¹⁰⁵, où nous retrouvons les « MCC Standards »¹⁰⁶.

Au Québec, les CTC ont initialement été introduits dans le cadre du PQLC en 1997. En Ontario, les MCC ont été créés en 2006 à l'issue de recherches extensives menées par le Program evidence-based care de l'Ontario (PEBC), dans le but de fournir des standards pour la création de MCC à travers la province¹⁰⁷. Aux États-Unis, depuis plus de 50 ans, la mise en place de CTC est requise comme condition d'accréditation par l'American college of surgeons (ACS) des hôpitaux ayant un programme pour le cancer¹⁰⁸. En Australie, les CTC existent depuis l'an 2000¹⁰⁹. Aux États-Unis, en Grande-Bretagne ainsi qu'en Australie ces comités sont considérés comme la norme de pratique¹¹⁰.

⁹⁹ Ian Freckelton, « Multidisciplinary meetings: Patient expectations and legal liability » (2008) 52:3 J Med Imaging Radiat Oncol 199.

¹⁰⁰ Julie G Nyquist et al, « Investigation into the educational process of cancer case conferences » (1990) 65:9 Acad Med S35-6.

¹⁰¹ Nicole J Look Hong et al, « Multidisciplinary cancer conferences: exploring obstacles and facilitators to their implementation » (2010) 6:2 J Oncol Pract 61.

¹⁰² Julie G Nyquist et al, « An educational intervention to improve hospital tumor conferences » (1995) 10:2 J Cancer Educ 71.

¹⁰³ El Saghir et al, *supra* note 93.

¹⁰⁴ Centre Hospitalier de St Mary, *Information for patients- tumour board conference*, en ligne : Centre Hospitalier de St Mary <http://www.smhc.qc.ca/ignitionweb/data/media_centre_files/606/CAN.onco.59E.pdf>.

¹⁰⁵ Action Cancer Ontario, « Multidisciplinary Cancer Conference Tools » (30 septembre 2013), en ligne : <https://www.cancercare.on.ca/toolbox/mcc_tools/>.

¹⁰⁶ Wright et al, *supra* note 97.

¹⁰⁷ Kostaras et al, *supra* note 70 à la p 43; FC Wright et al, « Multidisciplinary cancer conferences: A systematic review and development of practice standards » (2007) 43:6 Eur J Cancer 1002.

¹⁰⁸ Nyquist et al, *supra* note 102 à la p 71.

¹⁰⁹ Action Cancer Ontario, « Multidisciplinary cancer conferences (MCCs)- Transforming the delivery of cancer care » à la p 10, en ligne : Action Cancer Ontario <<https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=13572>>.

¹¹⁰ Action Cancer Ontario, *Frequently asked questions (FAQ): Multidisciplinary*, (juin 2013), à la p 2, en ligne : Action Cancer Ontario <<https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=13466>>.

Selon le PQLC, les CTC relèvent des équipes interdisciplinaires régionales et suprarégionales. L'Avis sur l'interdisciplinarité prévoit qu'un comité est généralement composé de membres de ces équipes. L'Avis fournit la composition des équipes interdisciplinaires en fonction du palier d'intervention. Cependant, en général, il est prévu que les présences d'un infirmier spécialisé en oncologie, d'un hémato-oncologue ou d'un oncologue médical, d'une infirmière pivot, infirmière dédié en oncologie, d'un chirurgien, d'un travailleur social, d'un psychologue, d'un nutritionniste, d'un médecin généraliste, d'un radio-oncologue, d'un radiologiste, d'un pathologiste, d'un spécialiste en réadaptation et d'un représentant de l'équipe de soins palliatifs, sont requises¹¹¹. Au besoin, certains collaborateurs s'ajoutent à cette liste, tels un représentant au patient et un intervenant d'un Centre local de services communautaires (CLSC)¹¹². Par contre, le DQC prévoit dans son plan d'action une liste plus courte et spécifique des professionnels qui composent un CTC. Ces comités seraient « composé[s] de chirurgiens, d'oncologues médicaux, de radio-oncologues, de pharmaciens et de pathologistes »¹¹³. Tenant compte de ces informations disponibles dans deux documents différents, il est logique de penser que la composition d'un CTC peut varier, mais que la présence des professionnels expressément mentionnés serait peut-être nécessaire. Quant aux MCC, ils se composent d'un chirurgien, d'un oncologue médical, d'un pathologiste, d'un radio-oncologiste et d'un radiologiste¹¹⁴. Cependant, ACO précise que ces spécialités sont présents 75% du temps, et la présence d'une infirmière est encouragée, mais non requise.

En général, une réunion d'un CTC requiert donc la présence d'un oncologue médical. La composition d'un CTC n'est généralement pas limitée à un représentant de chaque spécialité. Par exemple, il peut y avoir plusieurs oncologues traitants qui présentent le cas de leurs patients à un CTC tout en participant aux discussions des cas de leurs collègues. La participation au comité est

¹¹¹ Direction de la lutte contre le cancer, *supra* note 17 à la p 45; Gouvernement du Québec, *supra* note 77 aux pp 52-53.

¹¹² Direction de la lutte contre le cancer, *supra* note 17 à la p 45.

¹¹³ Direction de la Lutte contre le Cancer, « Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer » (2007) à la p 32, en ligne : Ministère de la Santé et des Services Sociaux <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-902-03.pdf>>.

¹¹⁴ Action Cancer Ontario, *supra* note 109 à la p 18.

encouragée pour tous les membres du MCC¹¹⁵, leur présence peut leur donner droit à des crédits de formation continue obligatoire¹¹⁶.

Un CTC est défini comme « un «comité décisionnel » qui se prononce « eu égard à une décision de traitement pour un patient donné »¹¹⁷. Le PQLC définit aussi les CTC comme « des rencontres [qui] portent sur la thérapie comme telle (révision des données du diagnostic, des stadifications¹¹⁸ et des plans de traitement médicaux)»¹¹⁹. En d'autres termes, ces comités sont des rencontres qui :

Regroupe[ent] des spécialistes du cancer d'un établissement ou d'une région afin de permettre des discussions scientifiques sur les cas complexes et de proposer aux médecins traitants des orientations concernant la bonne pratique médicale et les meilleurs traitements basés sur les données probantes ou la recherche¹²⁰.

En se référant à la définition et aux outils proposés par les MCC Tools, il est possible de saisir davantage les rôles de ces comités. La définition de ces MCC se lit comme suit :

Regularly scheduled meetings where representatives from surgery, medical oncology, radiation oncology, nursing, pathology, and diagnostic imaging discuss all appropriate diagnostic tests and suitable treatment options for an individual cancer patient¹²¹.

Selon les MCC Standards, la fonction primaire des MCC est d'assurer que tous les tests de diagnostics appropriés, tous les traitements appropriés et les recommandations pour le traitement le plus approprié sont émises pour chaque patient dont le cas est discuté au MCC¹²². Ces rencontres interdisciplinaires ont plusieurs autres fonctions secondaires dont entre autres encourager l'innovation et la participation à des études cliniques, et contribuer à l'amélioration de la qualité des soins¹²³.

¹¹⁵ Wright et al, *supra* note 97 à la p 2.

¹¹⁶ En Ontario, voir *Ibid*; Exemple au Québec, voir Action Cancer Ontario, « Thoracic multidisciplinary cancer conferences: Jewish General Hospital, Montreal, Qc » (juin 2010), en ligne : Action Cancer Ontario <<https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=13042>>.

¹¹⁷ Direction de la Lutte contre le Cancer, *supra* note 113 à la p 32.

¹¹⁸ Définition: « Revoir la pertinence des modes d'investigations utilisés et la justesse du diagnostic », voir Gouvernement du Québec, *supra* note 77 à la p 52.

¹¹⁹ Direction de la lutte contre le cancer, *supra* note 17 à la p 39.

¹²⁰ Groupe Conseil de Lutte contre le Cancer, *supra* note 19 à la p annexe III.

¹²¹ Action Cancer Ontario, *supra* note 109 à la p 4.

¹²² Wright et al, *supra* note 97 à la p 2.

¹²³ *Ibid*.

Au Québec, l'analyse des définitions révèle que les CTC contribuent avant tout à l'évaluation des diagnostics et l'établissement des plans de traitement de patients atteints de cancer en offrant à l'oncologue traitant des orientations basées sur les meilleures pratiques. Le PQDCS leur reconnaît aussi un rôle important dans la révision des cas dans le contexte d'activité d'investigation¹²⁴. Les rencontres de CTC permettent de faire « intervenir des discussions sur des cas dans l'optique d'en tirer les meilleurs enseignements et afin d'obtenir des données permettant d'évaluer la pratique et de la modifier si nécessaire »¹²⁵. Les réunions de CTC contribuent aussi à la formation continue des professionnels de la santé en permettant aux médecins de maintenir à jour leur connaissance des données scientifiques. Dans le but d'appuyer l'évolution des pratiques, le PQLC estime que les CTC doivent favoriser le fonctionnement en interdisciplinarité et permettre « l'actualisation des pratiques fondées sur des données probantes »¹²⁶.

En bref, les CTC sont des réunions d'équipes interdisciplinaires dont l'objectif spécifique est d'étudier le dossier d'un patient sur une base individuelle dans le but d'établir un diagnostic, un traitement ou même la révision de ceux-ci, le tout sur la base des données probantes ou EBM et celles issues de la recherche. Les CTC exercent ces différents rôles à travers un processus en plusieurs étapes, que nous décrivons dans la section qui suit.

3. Étapes des études de cas en CTC

Il n'existe aucun guide spécifique qui décrit le rôle de l'oncologue au sein d'un CTC ou le fonctionnement de ces comités. De façon générale, l'Avis sur l'interdisciplinarité suggère que les règles de fonctionnement des CTC doivent être précisées dès le début du travail en interdisciplinarité¹²⁷. De son côté ACO va plus loin et propose, en plus des MCC Standards, un modèle de « Terms of reference » ou cadre de référence pour les MCC¹²⁸. Rappelons que le CMQ devrait prochainement proposer des lignes directrices sur les comités de diagnostics et de traitements du cancer¹²⁹.

¹²⁴ « L'investigation regroupe un ensemble de gestes qui vont mener à poser un diagnostic, à évaluer autant l'étendue que le degré de malignité de la tumeur et à caractériser la maladie, sur ses aspects tant physiques que psychosociaux. » voir Gouvernement du Québec, *supra* note 77 à la p 98.

¹²⁵ Programme Québécois de Dépistage du Cancer du Sein, *supra* note 69 à la p 42.

¹²⁶ Direction de la Lutte contre le Cancer, *supra* note 113 à la p 19.

¹²⁷ Direction de la lutte contre le cancer, *supra* note 17 à la p 40.

¹²⁸ Action Cancer Ontario, « Terms of Reference », en ligne : Action Cancer Ontario <<https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=13468>>.

¹²⁹ Voir Collège des Médecins du Québec, *supra* note 26.

Entre temps, afin d'expliquer le processus de discussion de cas, nous suggérons trois étapes marquant le cheminement d'un dossier d'un patient à un CTC. Nous nous baserons sur les différentes étapes proposées par le PQDCS, mais aussi sur les autres documents non législatifs et non règlementaires existants, soit les documents, matrices d'évaluation et annexes¹³⁰ de la DQC (l'Avis sur l'interdisciplinarité et le PQLC) et les standards proposés par ACO. Nous tiendrons aussi compte de certains exemples de fonctionnement de CTC au Québec et de la littérature disponible à ce sujet. Nous proposons un processus en trois étapes : la sélection des cas d'étude, la présentation des cas, et les discussions et la prise de décision.

a) Étape préliminaire : sélection des cas d'étude

Tout d'abord, au Québec, il est recommandé que les réunions de CTC se tiennent à toutes les semaines¹³¹, tandis qu'ACO suggère minimalement à toutes les deux semaines¹³². Bien que plusieurs institutions aient des comités hebdomadaires¹³³, la fréquence de leurs réunions peut varier selon les équipes¹³⁴. Dans un établissement de soins, il peut y avoir divers CTC selon le cancer étudié¹³⁵. L'étape préliminaire consiste donc à sélectionner les cas qui seront étudiés à un CTC de l'établissement. Il n'y a pas de consensus quant aux critères utilisés pour sélectionner les cas à prioriser. Nous avons recensé différentes façons de sélectionner les dossiers.

La demande pour mettre le dossier d'un patient sur la liste de discussion se fait auprès du coordonnateur du CTC, soit une infirmière pivot, un médecin ou un membre du personnel administratif¹³⁶. À cette étape, le coordonnateur peut jouer un rôle logistique important¹³⁷. En

¹³⁰ Direction de la Lutte contre le Cancer, « L'Évaluation et la désignation des établissements et des équipes 2005-2009 -Bilan » (novembre 2010), en ligne : Ministère de la Santé et des Services Sociaux <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/download.php?f=f46905268de7d8fe3d7ed6fb0f6013a1>; Gouvernement du Québec, « Documentation-Lutte contre le cancer » (2014), en ligne: Ministère de la Santé et des Services Sociaux <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/index.php?documentation>.

¹³¹ Direction de la lutte contre le cancer, *supra* note 17 à la p 39.

¹³² Wright et al, *supra* note 97 à la p 2.

¹³³ Centre Hospitalier de St Mary, *supra* note 104; Action Cancer Ontario, *supra* note 116; Hôpital Général Juif, « Comités de thérapie du cancer » (2014), en ligne : Hôpital Général Juif <<http://jgh.ca/fr/comit%C3%A9sdeth%C3%A9rapieducancer>>.

¹³⁴ Par exemple, l'équipe interdisciplinaire d'uro-oncologie du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal ont des réunions de CTC sur une base mensuelle depuis 1998. Voir Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, « Les 17 équipes interdisciplinaires du Programme de lutte contre le cancer », en ligne : CHU Montréal <<http://www.chumontreal.qc.ca/les-17-equipes-interdisciplinaires-du-programme-de-lutte-contre-le-cancer-du-chum>>.

¹³⁵ Voir par exemple Hôpital Général Juif, *supra* note 133.

¹³⁶ « Multidisciplinary Cancer Conference Coordinator (usually not a physician) ». Voir Wright et al, *supra* note 97 à la p 3.

fait, généralement, le coordonnateur s'assurera de la préparation administrative de la documentation, telle les données de l'imagerie (scan, radiographie etc.) et l'information nécessaire du dossier médical. Il a comme tâche de s'assurer que l'information du dossier médical soit disponible à la rencontre lors de laquelle le cas sera discuté. Le Registre Québécois du Cancer (RQC), anciennement appelé le Fichier des Tumeurs, est la base de données où il est possible de retracer le dossier en oncologie des patients¹³⁸.

De façon générale, la première étape pour soumettre le dossier d'un patient à des discussions au comité se fait par le biais d'une demande de l'oncologue ou d'un autre médecin traitant¹³⁹. Chaque spécialiste participant aux soins oncologiques d'un patient tel un chirurgien ou un oncologue peut à sa discrétion soumettre le dossier de son patient pour discussion à un CTC de l'établissement de soins. Ensuite, certaines institutions suggèrent une priorisation des cas d'études selon différents critères. Souvent, « les critères de sélections des cas varient selon les domaines »¹⁴⁰. Généralement, les nouveaux cas peuvent être priorisés dans la liste de discussion¹⁴¹. La sélection peut aussi se faire en fonction du type de cancer. Ainsi, certains patients ayant des tumeurs comportant des caractéristiques spécifiques seront priorisés¹⁴².

Un médecin traitant peut aussi référer un dossier à un CTC lorsque les règles d'utilisation d'un test d'expression génique le requièrent. Par exemple, les règles d'utilisation du test Oncotype suggèrent que dans le cas de lésions multiples au sein « le choix de la lésion à soumettre pour analyse devra être discutée en équipe interdisciplinaire ou au comité de thérapie

¹³⁷ *Ibid*; Direction de la lutte contre le cancer, *supra* note 17 à la p 35.

¹³⁸ Gouvernement du Québec, « Registre québécois du cancer » (avril 2013), en ligne: Ministère de la Santé et des Services Sociaux
<<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/santpub/tumeurs.nsf/05cadcc0c584fcde852568e2007049ab/bea4e41a3066f163852568d900660b4b?OpenDocument>>.

¹³⁹ « Physicians contact the MCC Coordinator to put patients on the list for discussion ». Voir Action Cancer Ontario, *supra* note 116; « Other cases (e.g. recurrent or metastatic cancer) can be forwarded to the MCC Coordinator for discussion, at the discretion of the individual physician ». Voir Wright et al, *supra* note 97 à la p 2.

¹⁴⁰ Programme Québécois de Dépistage du Cancer du Sein, *supra* note 69 à la p 41.

¹⁴¹ « All new patients », voir Action Cancer Ontario, *supra* note 116; « New cancer cases, inpatient and ambulatory », voir Wright et al, *supra* note 97 à la p 2.

¹⁴² Bien que nous ne sommes pas en mesure de vérifier si cette priorisation existe toujours, ces deux cas (cancer de la tête et du cou et certains cas de cancers précoces de l'endomètre et de la vulve) peuvent servir d'exemples". Voir Gouvernement du Québec, *supra* note 77 à la p 113 et 119; Voir aussi Action Cancer Ontario, « Disease site attendance criteria and patient discussion guidance » (janvier 2014), en ligne : Action Cancer Ontario
<<https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=63113>>; Voir aussi l'exemple Centre Hospitalier Régional de Trois-Rivières, « Guide de pratique en cancérologie du comité des tumeurs du C.H.R.T.R. » (6 octobre 2003), en ligne : Programme Québécois de Dépistage du Cancer du Sein
<<http://www.pqdc.qc.ca/fichiers/File/guidedecancerologie06-octobre-2003.pdf>>; La sélection des tumeurs pour le test de l'Oncotype peut être considérée comme une forme de priorisation étant donné que la règle d'utilisation découle de la DCQ. Voir Direction Québécoise de Cancérologie, *supra* note 20.

des tumeurs »¹⁴³. Dans ces cas, il n'est pas possible d'affirmer avec certitude qu'un tel dossier recevra une priorité. Cependant, il est prudent de suggérer que lorsque des règles d'utilisation de tests exigent de recourir à un CTC, il devrait y avoir priorité d'étude du dossier.

À la fin de cette étape, la liste des cas à discuter en CTC est générée. De plus, le médecin aura sélectionné deux ou trois points de discussion sur les conditions du patient à présenter¹⁴⁴. Selon les MCC Standards le médecin traitant a la responsabilité de contacter tout professionnel de la santé n'étant pas un participant habituel, mais dont l'expertise pourrait être requise dans la révision d'un dossier. Pour les CTC au Québec, il n'est pas clair à qui incombe la tâche de contacter les médecins qui devront être présents¹⁴⁵.

b) Présentation des cas d'étude

La deuxième étape consiste en la présentation des cas des patients placés sur la liste de discussion. Les réunions sont dirigées par un médecin ou tout autre personne qui facilite la présentation et les échanges, appelé « chair » ou président ou coordonnateur clinico-administratif¹⁴⁶. Cette étape implique plusieurs responsabilités qui incombent à un oncologue traitant ou à tout autre médecin spécialiste traitant qui désire présenter le cas de son patient pour discussions à un CTC.

Les différents points faisant l'objet de la présentation du médecin peuvent se résumer comme suit¹⁴⁷. Dans sa présentation, le médecin traitant précise le type et le stade du cancer, détermine les points d'intérêts pour la réunion et énonce un résumé du cas et les points de discussions. Il est possible de suggérer que l'oncologue traitant devrait fournir au comité toutes les informations pertinentes et nécessaires à la discussion concernant son patient. Chaque médecin traitant présente ainsi successivement le cas de son patient. Selon les MCC Standards, le

¹⁴³ Direction Québécoise de Cancérologie, *supra* note 20 à la p 3.

¹⁴⁴ Action Cancer Ontario, *supra* note 128 à la p 7; Wright et al, *supra* note 97 à la p 3; Programme Québécois de Dépistage du Cancer du Sein, *supra* note 69 à la p 45.

¹⁴⁵ Direction de la lutte contre le cancer, *supra* note 17 à la p 35.

¹⁴⁶ Wright et al, *supra* note 97 à la p 3; Hôpital Général Juif, *supra* note 133; L'Avis sur l'interdisciplinarité utilise plutôt le terme coordonnateur clinico-administratif désignant la personne « responsable d'organiser les rencontres d'équipe et de voir à leur animation. [Pour assurer le] leadership médical, il apparaît essentiel qu'un médecin assume cette responsabilité et travaille de concert avec le coordonnateur clinico-administratif. ». Voir Direction de la lutte contre le cancer, *supra* note 17 à la p 35.

¹⁴⁷ Le PQDCS suggère huit étapes pour la planification et la présentation des cas. Quoique ces étapes ne sont pas explicites dans les MCC Tools, il est possible d'en déduire des étapes similaires. Voir Programme Québécois de Dépistage du Cancer du Sein, *supra* note 69 à la p 46.

médecin traitant peut se faire remplacer (« sending a delegate to present ») pour présenter le cas de son patient. Bien qu'il n'y ait pas une telle option dans les documents québécois auxquels nous référons, nous pouvons inférer cette possibilité des obligations professionnelles des médecins.

c) Discussion et prise de décision collective

La dernière étape de ce processus de rencontres interdisciplinaires incombe aux différents intervenants de la santé qui y participent et au comité en tant que groupe. Elle consiste principalement au partage des expertises et des connaissances des professionnels présents dans le cadre de discussions sur chaque cas à l'étude et, ultimement, à la prise de décision sur le cas présenté. Cette étape se termine par l'inscription des conclusions de la discussion au dossier médical du patient.

Ainsi, à la suite de la présentation par l'oncologue traitant du cas de son patient et des points de discussions, les intervenants de la santé réunis émettent leurs opinions. Selon le PQDCS, ces derniers sont seulement encouragés à participer aux points de discussion¹⁴⁸. Tandis que les MCC Standards suggèrent que les médecins sont responsables de fournir une opinion dans leurs domaines d'expertise¹⁴⁹. Dans tous les cas, il est logique de suggérer que c'est la participation active de tous les intervenants de la santé présents à un CTC qui permet de générer un plan de traitement concerté ou de réviser un diagnostic ou un traitement. L'intervenant qui ne désire pas émettre une opinion doit l'exprimer afin de ne pas faire partie de la décision.

Les décisions pour un plan de traitement individualisé sont donc prises collectivement sur la base des données scientifiques. L'approche consensuelle dans la prise de décision semble être favorisée bien que la documentation de la DQC ne soit pas explicite à ce sujet. En fait, le PQDCS se réfère aux auteurs Friend et coll.¹⁵⁰ afin de suggérer « qu'il n'y a pas nécessairement toujours l'unanimité à l'occasion de ces rencontres » de CTC. L'Avis sur l'interdisciplinarité ne contient aucune indication sur le processus de prise de décision en CTC. Toutefois, il mentionne l'importance des « engagements des membres de l'équipe à l'égard des décisions prises en

¹⁴⁸ *Ibid.*

¹⁴⁹ Wright et al, *supra* note 97 à la p 3.

¹⁵⁰ G Friend, R Ansari et J C Garcia, « Teamwork improves breast cancer management in the community » (1995) 88:6 Indiana Med J Indiana Med State Assoc 458.

équipes »¹⁵¹. Selon ce document, les membres d'équipes interdisciplinaires doivent « s'engager à respecter les décisions, même si celles-ci ne sont pas toujours unanimes ». Cependant, le consensus doit tout de même rallier la majorité. Bien que l'Avis ne mentionne pas spécifiquement les CTC, nous estimons que ce barème pourrait s'appliquer¹⁵².

Une décision d'un CTC sera donc soit prise à la majorité, par un vote, soit de façon consensuelle, où aucun vote n'est pris et aucun intervenant n'exprime son opposition. Cette prise de décision unique prise collectivement peut influencer la détermination de la relation entre l'oncologue et le CTC, enjeu que nous aborderons au chapitre suivant. La description des tâches et des obligations du médecin traitant et de ses confrères n'est pas décrite dans les documents étudiés ci-haut. Toutes ces étapes d'étude du dossier d'un patient soulèvent donc plusieurs enjeux juridiques sur les obligations de l'oncologue et sa relation avec le CTC, que nous examinerons dans le deuxième chapitre de ce texte.

III. Enjeux dans l'établissement du traitement: relations juridiques, obligations et responsabilités

Le contexte actuel de la pratique en oncologie présenté au chapitre précédent suscite plusieurs enjeux juridiques susceptibles d'influencer la prestation des soins par l'oncologue médical. Plusieurs de ces enjeux touchent l'une des fonctions principales de l'oncologue médicale soit l'élaboration d'un plan de traitement pour son patient. L'oncologue doit posséder des connaissances approfondies de divers types de cancer et de leurs traitements. Actuellement, les soins oncologiques requièrent qu'il tienne compte de la technologie de précision et qu'il opte pour une approche fondée sur les données probantes pour le choix du meilleur traitement pour son patient¹⁵³.

À l'ère d'une organisation interdisciplinaire des soins oncologiques, les oncologues médicaux peuvent être amenés à travailler en collaboration inter et intra professionnel pour l'établissement de ce traitement. Les CTC sont des comités, constitués de divers intervenants de la santé, qui se réunissent pour discuter, sur la base des données probantes, de l'établissement ou

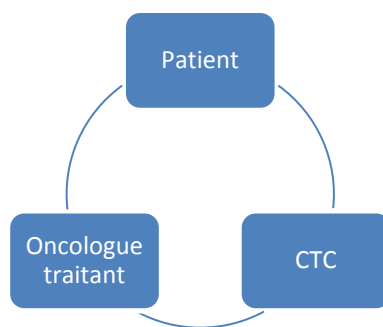
¹⁵¹ Direction de la lutte contre le cancer, *supra* note 17 à la p 37.

¹⁵² Voir Robert A Kagan, « The multidisciplinary clinic » (2005) 61:4 Int J Radiat Oncol Biol Phys 967 à la p 967 et 968 Cet auteur considère que l'objectif premier est d'arriver à un consensus et par la suite présentée la décision au patient.

¹⁵³ Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, *supra* note 23 à la p 10.

de la révision du traitement pour un patient. Tel qu'il a été discuté au chapitre préliminaire, l'oncologue en tant que médecin traitant peut choisir de discuter du cas de son patient devant un CTC. Cependant, certaines règles non législatives et non réglementaires suggèrent de recourir à un CTC, souvent pour des cas de cancers complexes ou dans le contexte d'utilisation de tests basés sur la génomique. Ultimement, dans l'élaboration d'un plan de traitement pour son patient, l'oncologue médical se trouve à faire partie d'une relation tripartite: lui-même (oncologue traitant), son patient et le CTC (Figure 1).

Figure 1 Relation tripartite



Afin d'offrir une analyse détaillée des enjeux juridiques ainsi soulevés, nous étudierons chacun des liens constituant cette relation tripartite, soit ceux de l'oncologue-patient, l'oncologue-CTC et du CTC-patient. Chaque partie de ce chapitre débutera par une analyse de la qualification juridique du lien. Si les fondements juridiques du lien oncologue-patient sont bien connus, certaines incertitudes existent dans la qualification des deux autres. Par la suite, nous aborderons dans chacune de ces parties, les questions juridiques affectant les obligations et les responsabilités de l'oncologue médicale.

Précisément, nous suggérons de revisiter les obligations professionnelles de l'oncologue envers son patient à la lumière des enjeux soulevés par les exigences des soins individualisés et interdisciplinaires qui touchent les obligations de soigner et de suivre le patient. Ensuite, nous déterminerons la nature de la relation liant l'oncologue traitant et le CTC et l'étendue de la responsabilité de l'oncologue traitant face aux décisions du CTC. Il s'agira aussi d'analyser la relation CTC-patient et la possibilité de proposer des obligations communes au CTC et à l'oncologue traitant. Enfin, à la lumière de conclusions générées par l'analyse de chaque relation, la dernière partie proposera une approche pour la détermination de la responsabilité civile dans cette relation tripartite.

A. Oncologue traitant et son patient

La relation oncologue-patient est basée sur un contrat médical qui naît d'un véritable échange de consentement entre ces deux parties¹⁵⁴. Le patient consulte un oncologue généralement en dehors du cadre de l'urgence et alors qu'il a la capacité à consentir. Son consentement à contracter est donc libre et volontaire¹⁵⁵. En common law, l'acceptation de l'oncologue de traiter le patient qui a expressément ou implicitement sollicité ses services fait naître « un duty of care »¹⁵⁶. Le droit impose ainsi un « duty of care » de l'oncologue envers le patient, c'est à dire le devoir de prendre soin (« exercise care »)¹⁵⁷. Dans la relation oncologue-patient, dès que le médecin accepte de traiter le patient, il y a naissance d'un « duty of care ». L'analyse de cette partie portera donc sur les obligations qui découlent de ce devoir.

L'existence d'un contrat médical en droit civil, ou d'un « duty of care » en common law, engendre des obligations professionnelles. Les auteurs Philips-Nootens et coll. les regroupent en quatre: les obligations de renseigner et d'obtenir le consentement, de soigner, de suivre et de respecter le secret professionnel¹⁵⁸. Quant aux auteurs Baudouin et coll., ils ne considèrent pas l'existence d'une obligation de suivre indépendante des autres et scindent l'obligation de soigner en une exigence relative au diagnostic et l'autre au traitement¹⁵⁹. Pour les fins de notre analyse des obligations professionnelles de l'oncologue, nous nous baserons sur les catégories proposées par les auteurs Philips-Nootens et coll.. En common law, les obligations issues de la jurisprudence sont comparables. Les auteurs Picard et Robertson les résument comme suit : « the duty placed on the doctor is to exercise care in all that is done to and for the patient, which includes attendance, diagnosis, referral, treatment and instruction »¹⁶⁰.

La première partie de ce chapitre traitera de la relation oncologue-patient. Elle abordera plus particulièrement l'analyse des obligations de soigner et de suivre de l'oncologue à la lumière des enjeux soulevés par l'utilisation de la technologie (particulièrement les tests

¹⁵⁴ Jean-Louis Baudouin, Patrice Deslauriers et Benoît Moore, *La responsabilité civile*, 8e éd., II, Cowansville, Québec, Éditions Yvon Blais, 2014 au para 2-31.

¹⁵⁵ *Ibid* aux paras 2-29 et 2-31.

¹⁵⁶ Ellen I Picard et Gerald B Robertson, *Legal liability of doctors and hospitals in Canada*, 4e éd., Toronto, Thomson Carswell, 2007 à la p 7.

¹⁵⁷ *Ibid* à la p 213.

¹⁵⁸ Suzanne Philips-Nootens, Pauline Lesage-Jarjoura et Robert P Kouri, *Éléments de responsabilité médicale*, 3e éd., Cowansville, Québec, Yvon Blais, 2007, ch II.

¹⁵⁹ Baudouin, Deslauriers et Moore, *supra* note 154 au para 2-45.

¹⁶⁰ Picard et Robertson, *supra* note 156 à la p 213.

génomiques de prédiction de récurrence du cancer, tel l'Oncotype) dans le traitement et le suivi du patient atteint de cancer, la complexité des choix thérapeutiques et le recours à un CTC. Ainsi, cette partie revisitera les principes bien connus des obligations des médecins traitants tout en tenant compte du contexte actuel de la pratique en oncologie, mais traitera aussi en particulier sous l'angle de l'obligation de soigner le nouvel enjeu du recours à un CTC dans le cadre de l'élaboration du plan de traitement pour un patient.

1. Obligations de soigner et de suivre

L'oncologue médical comme tout autre médecin « doit s'acquitter de ses obligations professionnelles avec compétence, intégrité et loyauté »¹⁶¹. Les compétences exigées des oncologues dans leur formation sont nombreuses et de plus en plus complexes. Les exigences des soins individualisés dans un cadre d'exercice de la médecine en interdisciplinarité suscitent de nouvelles questions auxquelles il faut répondre afin de clarifier les obligations de soigner et de suivre de l'oncologue envers son patient. Avant tout, décrivons brièvement ces obligations telles que définies par la doctrine et la législation.

La *Loi sur les services de santé et services sociaux* (LSSS) prévoit que toute personne a droit de recevoir des soins adéquats, conformes à la science et personnalisés¹⁶². Le patient a aussi droit à tous les soins que requiert son état de santé¹⁶³. De plus, l'obligation de soigner tire sa source du contrat médical. Tout médecin « a le devoir primordial de protéger et de promouvoir la santé et le bien-être des individus qu'il sert, tant sur le plan individuel que collectif »¹⁶⁴. De même, en common law, tout médecin qui intervient dans l'assistance ou le diagnostic d'un patient a le devoir de soigner le patient¹⁶⁵. Plusieurs démarches médicales sont nécessaires pour l'accomplissement de l'obligation de soigner: l'établissement du diagnostic, la faculté de recourir à la consultation et le traitement¹⁶⁶. Plus récemment, la Cour supérieure dans l'affaire *E.S. c*

¹⁶¹ *Code de déontologie des médecins*, RLRQ c M-9, r 17, art 5.

¹⁶² *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, *supra* note 38, art 5.

¹⁶³ *Ibid*, art 7.

¹⁶⁴ *Code de déontologie des médecins*, *supra* note 161, art 3.

¹⁶⁵ Picard et Robertson, *supra* note 156 à la p 320.

¹⁶⁶ Nous retenons les étapes proposées par les auteurs Philips-Nootens et coll., d'autres auteurs proposent des étapes différentes. Voir Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, *supra* note 158 au para 307; Voir aussi Jean-Pierre Ménard, « L'erreur de diagnostic: fautive ou non fautive » (2005) 230 *Développements Récents en Responsabilité Médicale et Hospitalière* 251 à la p 263.

*Ferenczy*¹⁶⁷, semblait reconnaître dans certains cas le recours à un CTC comme l'une des étapes de l'obligation de soigner, cette décision fera l'objet d'une analyse détaillée dans les sous-sections qui suivent. Enfin, toutes ces étapes de l'obligation de soigner doivent s'accomplir dans le respect de l'obligation d'informer¹⁶⁸. L'obtention du consentement libre et éclairé du patient exige d'offrir l'information adéquate et nécessaire au patient pour la prise de décision¹⁶⁹. En tant que communicateur, l'oncologue médical doit « participer et documenter de manière appropriée les processus décisionnels éclairés »¹⁷⁰.

Quant à la notion de continuité des soins médicaux, elle se trouve à la LSSS. L'article 5 énonce le droit de toute personne de recevoir des soins de santé et des services sociaux avec continuité¹⁷¹. Le médecin qui a examiné, investigué ou traité un patient doit assurer le suivi médical requis par l'état de santé de son patient, s'il ne peut plus l'assumer, il doit s'assurer que son patient reçoive les services professionnels requis¹⁷². L'obligation de suivre son patient personnellement tire son origine de la nature *intuitu personae* du contrat médical et « elle doit se maintenir tout au long de la relation thérapeutique »¹⁷³.

Les médecins oncologues doivent accomplir ces rôles de façon raisonnable avec prudence, diligence et en conformité avec les règles de l'art¹⁷⁴. Cependant, rappelons qu'en règle générale, les médecins n'ont pas l'obligation de produire le résultat de la guérison ou même de garantir l'efficacité de leur traitement. Ainsi, l'intensité de leurs obligations d'informer, de soigner et de suivre en est une de moyen c'est à dire « dans le diagnostic et le traitement, se comporter comme un médecin raisonnablement prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances »¹⁷⁵. Les médecins ne sont tenus à une obligation de résultat que dans l'accomplissement de leur obligation de respecter le secret professionnel¹⁷⁶. Cependant, tout médecin qui garantit un résultat à son patient transforme son obligation de moyens en une de résultat. À ce sujet, l'article 83 du Code de déontologie des médecins (C.d.m.) est clair : « le

¹⁶⁷ *ES c Ferenczy*, 2012 QCCS 1988.

¹⁶⁸ Baudouin, Deslauriers et Moore, *supra* note 154 au para 2-46; *Code Civil du Québec*, RLRQ c C-1991, art 10 et 11 [Code civil]; *Code de déontologie des médecins*, *supra* note 161, art 28 et 29.

¹⁶⁹ Baudouin, Deslauriers et Moore, *supra* note 154 au para 2-46; Picard et Robertson, *supra* note 156 à la p 124.

¹⁷⁰ Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, *supra* note 23 à la p 7.

¹⁷¹ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, *supra* note 38, art 5.

¹⁷² *Code de déontologie des médecins*, *supra* note 161, art 32 et 35.

¹⁷³ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, *supra* note 158 au para 353.

¹⁷⁴ *Code civil*, *supra* note 168, art 1458.

¹⁷⁵ Voir Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, *supra* note 158 au para 55.

¹⁷⁶ *Ibid.*

médecin doit s'abstenir de garantir, expressément ou implicitement, l'efficacité d'un examen, d'une investigation ou d'un traitement ou la guérison d'une maladie »¹⁷⁷. Rappelons qu'en common law, les obligations naissent de la présence d'un «duty of care » du médecin envers son patient. Le médecin est aussi mesuré au critère de la personne raisonnable dans l'évaluation des devoirs découlant de son «duty of care», similairement à celui de l'obligation de moyens en droit civil.

Dans les sous-sections qui suivent, nous procéderons donc à l'analyse des obligations de soigner et de suivre des oncologues, dans le cadre de la relation avec leur patient, tenant compte des particularités de la pratique en oncologie. Cette analyse se fera en deux parties en fonction de l'exigence du traitement et de son suivi individualisés, et du recours au CTC dans l'établissement du traitement du patient.

a) Traitement et suivi individualisés

En pratique, l'oncologue, en tant qu'expert médical, doit offrir des soins à son patient en tenant compte de la nature de son cancer, de ses caractéristiques génétiques et des variantes possibles de son pronostic. La médecine de précision offre à l'oncologue la possibilité de guider la détermination du traitement et du suivi à l'aide de tests d'expression génique afin d'adapter les soins aux caractéristiques de la maladie de son patient. Ces tests orientent le choix du meilleur traitement et guident le suivi du patient grâce aux résultats déterminant le risque de récurrence du cancer. L'utilisation de ces tests influence-elle les obligations de soigner et de suivre de l'oncologue ? En général, tout oncologue ne doit poser que des actes médicaux faisant partie du standard de pratique. Pour évaluer l'impact de l'utilisation de ces tests, il faut déterminer le standard auquel l'oncologue sera évalué et les différents facteurs pouvant influencer l'établissement de ce standard.

Les critères objectif et subjectif du standard de pratique

¹⁷⁷ *Code de déontologie des médecins*, *supra* note 161, art 83; Picard et Robertson, *supra* note 156 à la p 320: « [...] It is the essence of medical care that the care a patient receives be unique to that individual ».

Tout médecin est tenu d'exercer avec prudence et diligence, mais aussi en conformité avec les données actuelles de la science¹⁷⁸ et ce, dans toutes les étapes de l'accomplissement des soins, de l'établissement du diagnostic au traitement. Dans *X c Mellen*, la Cour du Banc de la Reine a reconnu l'importance que les médecins procurent à leurs patients « des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science »¹⁷⁹. Ainsi, afin de prédire l'utilité de la chimiothérapie adjuvante pour sa patiente atteinte d'une forme de cancer du sein, l'oncologue peut-il recourir au test Oncotype? Et/ou doit-il se fier aux méthodes traditionnelles, telle l'évaluation des caractéristiques pathologiques (grandeur de la tumeur, âge etc.)?

D'abord, l'oncologue est tenu d'utiliser des méthodes scientifiques à jour et de s'abstenir de recourir à des méthodes insuffisamment éprouvées autre que dans le contexte de la recherche¹⁸⁰. De plus, comme tout médecin, il doit fournir des soins selon « les normes médicales actuelles les plus élevées [et] développer, parfaire et tenir à jour ses connaissances et habiletés »¹⁸¹. C'est ainsi que la Cour supérieure a reconnu la responsabilité d'un oto-rhino-laryngologiste ayant omis de recourir à des méthodes actuelles de diagnostic d'un cancer rare de la partie laryngée de l'épiglotte¹⁸². Alors qu'il soupçonnait la présence d'une tumeur, le médecin s'était contenté d'effectuer des examens physiques pour poser son diagnostic. Pourtant, la littérature scientifique pertinente était unanime quant au fait que certains tests étaient requis et que le simple examen physique ne suffisait pas.

Ceci dit, les oncologues ne sont pas obligés de tout connaître¹⁸³ et ils ne sont pas tenus à l'infailibilité. En effet, « en aucun temps, il n'est imposé au médecin d'agir en fonction de la fine pointe de la recherche scientifique »¹⁸⁴. Les oncologues seront toujours évalués en fonction des connaissances du médecin raisonnable placé dans les mêmes circonstances. Ainsi, toute technologie de traitement, tels les tests d'expression génique, doit être reconnue comme standard de pratique pour que son utilisation soit requise ou acceptée par un tribunal en vertu de l'obligation de soigner.

¹⁷⁸ Code civil, *supra* note 167, art 1458 et 2100; Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, *supra* note 158 au para 299; *Code de déontologie des médecins*, *supra* note 161, art 47.

¹⁷⁹ *X c Mellen*, [1957] BR 389 à la p 416.

¹⁸⁰ *Code de déontologie des médecins*, *supra* note 161, art 48.

¹⁸¹ *Ibid*, art 44.

¹⁸² *Côté c Larouche*, EYB 2001-22320 (REJB) (CS Qc) .

¹⁸³ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, *supra* note 158, au para 300.

¹⁸⁴ *Ibid* .

En fait, l'évaluation de l'acte médical de l'oncologue, comme tout médecin, dépend de deux critères : un objectif et l'autre subjectif. En général, il est reconnu que le standard auquel sera tenu un médecin est celui du médecin raisonnable, considéré comme le critère objectif¹⁸⁵. Ce standard dépend aussi d'un critère subjectif. Ainsi, il tient compte de circonstances particulières d'un médecin comme son éducation, son expérience, le risque des procédures qu'il accomplit etc.¹⁸⁶. Ces deux critères constituent «le standard de pratique» auquel tout médecin est tenu à l'égard de son patient. Plusieurs facteurs et critères influencent l'établissement de ce standard par les tribunaux.

Pour un oncologue médical, le niveau de spécialisation est susceptible d'influencer le standard de pratique auquel il est tenu. En fait, il a été reconnu que ce standard tient compte de la spécialité du médecin. La performance de tout médecin qui possède une spécialité serait évaluée en fonction d'un standard différent d'un omnipraticien¹⁸⁷. Il est ainsi reconnu que « celui ou celle qui consulte un spécialiste a certainement le droit de s'attendre de recevoir des soins par un professionnel qui est à jour et est au courant des derniers développements et des dernières recherches faites dans sa spécialité »¹⁸⁸. Le standard requis d'un généraliste et d'un spécialiste diffère tant pour le diagnostic que pour le traitement¹⁸⁹. A fortiori, la surspécialisation d'un médecin en oncologie médicale entraînerait l'exigence d'un standard plus élevé que celui d'un spécialiste de médecine interne par exemple. En plus de ce facteur de surspécialisation, le lieu où exerce l'oncologue peut aussi avoir des conséquences sur la détermination du standard. Par exemple, un standard plus élevé de diagnostic a été exigé de la part de grands spécialistes pratiquant dans un centre hospitalier de pointe où plusieurs ressources technologiques et experts étaient disponibles¹⁹⁰. Les oncologues qui pratiquent dans des centres hospitaliers auprès d'équipes interdisciplinaires et qui ont accès à un CTC pourraient donc être tenus à un standard plus élevé. En bref, plusieurs facteurs reconnus par la jurisprudence, comme le degré de

¹⁸⁵ Picard et Robertson, *supra* note 156 à la p 227; Voir *Lapointe c Hôpital Le Gardeur*, [1992] 1 RCS 351; *Lauzon v Davey*, 2006 ABQB 499.

¹⁸⁶ Picard et Robertson, *supra* note 156 à la p 227; Voir *Lapointe c Hôpital Le Gardeur*, *supra* note 185.

¹⁸⁷ Picard et Robertson, *supra* note 156 à la p 227; Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, *supra* note 158 au para 301.

¹⁸⁸ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, *supra* note 158 au para 302 citant *Rouillier c Chesnay*, [1993] RRA 528, 542.

¹⁸⁹ Picard et Robertson, *supra* note 156 à la p 228.

¹⁹⁰ *Harewood c Spanier*, [2000] RRA 864. *Ibid.*

spécialisation, le lieu de pratique et les ressources disponibles, peuvent influencer l'évaluation d'un acte médical par un tribunal.

Standard de pratique légal vs scientifique

Afin d'évaluer si l'acte de se fier aux résultats d'un test basé sur la génomique est conforme au standard attendu, les tribunaux tiennent compte de la science médicale. Il en est de même pour évaluer le défaut d'un oncologue d'avoir eu recours à un tel test, lorsqu'il est allégué que l'utilisation aurait permis un traitement plus précis. En effet, afin d'établir le standard de pratique, les tribunaux se réfèrent au témoignage du médecin défendeur et à ceux des experts, à la littérature scientifique, notamment aux documents non-normatifs disponibles, tels les GPC ou documents d'associations professionnelles (CMQ, CRMC...) ¹⁹¹. Par exemple, dans le cas de l'utilisation de l'Oncotype, le cadre de référence sur son utilisation émis par la DQC constituerait l'une de ces références ¹⁹².

À ce sujet, les auteures Campbell et Glass identifient ces sources non législatives et non réglementaires, comme des « soft laws » ¹⁹³. Les standards contenus dans ces « soft laws », contrairement aux standards des normes législatives ou réglementaires, n'ont pas une valeur juridique directe bien qu'ils influencent le comportement des professionnels de la santé ¹⁹⁴. En d'autres mots, les auteures expliquent que les normes émanant de documents scientifiques, bien qu'elles soient considérées comme standard de pratique au plan scientifique, ne sont pas automatiquement reconnues par les tribunaux comme le standard légal de pratique. En effet, les tribunaux réfèrent à ces standards scientifiques dans plusieurs contextes, mais les considèrent comme le standard légal de pratique seulement dans certains cas, souvent en l'absence de normes législatives. Le respect que les professionnels de la santé accordent à un « soft law » peut aussi guider un tribunal pour déterminer ce standard. Généralement, les professionnels de la santé acceptent un « soft law » comme déterminant le standard de pratique que si celui-ci représente des pratiques déjà établies et bien reconnues par la communauté médicale ¹⁹⁵. C'est cette

¹⁹¹ *Bérard-Guillette c Maheux*, JE 99-993.

¹⁹² Direction Québécoise de Cancérologie, *supra* note 20.

¹⁹³ Angela Campbell et Kathleen Glass, « The legal status of clinical and ethics policies, codes, and guidelines in medical practice and research » (2001) 46 McGill Law J 473 à la p 473.

¹⁹⁴ *Ibid* à la p 475.

¹⁹⁵ *Ibid* à la p 480.

reconnaissance parmi les professionnels de la santé qui peut permettre d'attribuer à un «soft law» le statut de standard légal de pratique auquel tout professionnel devrait se conformer¹⁹⁶.

En effet, le critère de l'usage fréquent d'une méthode par les pairs peut permettre d'établir le standard¹⁹⁷. Une utilisation répandue d'un test dans la communauté médicale peut tendre vers sa reconnaissance comme standard de pratique. Ainsi, l'oncologue médical n'a pas l'obligation de recourir à des examens ou traitements s'ils ne sont pas couramment utilisés¹⁹⁸. L'évaluation du critère de l'utilisation courante se fait à l'époque du choix de l'examen ou du traitement¹⁹⁹. Cependant, plusieurs méthodes peuvent être en vigueur sans qu'il soit possible de déterminer laquelle constitue le standard de pratique. Dans le contexte de l'établissement du traitement en oncologie, cette situation peut survenir tant dans le choix de la méthode (entre tests génomiques ou paramètres classiques) que dans les résultats obtenus par la méthode choisie au sujet du meilleur pronostic suggéré (par exemple le choix dans l'efficacité d'une chimiothérapie adjuvante ou non). L'examen de la jurisprudence en matière de querelles scientifiques et de présences de plusieurs choix thérapeutiques révèle certaines règles pouvant orienter l'établissement du traitement dans ces situations.

Les choix thérapeutiques et le standard de pratique

D'abord, il faut rappeler que les tribunaux n'ont pas pour tâche de trancher les querelles scientifiques. En fait, dans l'affaire bien connue de *ter Neuzen c Korn*²⁰⁰, la Cour a établi qu'elle ne possédait pas « les connaissances spécialisées qui [lui] permettrai[t] de dire aux professionnels qu'ils dérogent à leurs devoirs »²⁰¹. En common law, cette décision a confirmé les bases de la défense intitulée « approved practice » en réponse à des allégations de non respect du standard de pratique²⁰². Dans certaines situations, les tribunaux ne sanctionnent pas non plus les médecins lorsqu'il y a plusieurs choix thérapeutiques valides. Dans l'affaire *Lamarre c Julien*²⁰³, un chirurgien avait opté pour une technique classique d'intervention sans procéder au préalable à

¹⁹⁶ *Ibid.*

¹⁹⁷ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, *supra* note 158 au para 300.

¹⁹⁸ *Ibid* au para 300.

¹⁹⁹ *Lauzon c Ranger*, [2003] RRA 304 (CS).

²⁰⁰ *ter Neuzen c Korn*, 1995 RCS 674.

²⁰¹ *Ibid* au para 38.

²⁰² Picard et Robertson, *supra* note 156 à la p 355.

²⁰³ *Lamarre c Julien*, [1999] RRA 605 (CS).

une biopsie. Le patient lui reprochait notamment de ne pas avoir procédé à une biopsie avant l'exérèse de la tumeur. Le juge résume l'évaluation du choix de l'approche comme suit :

La responsabilité professionnelle doit être appréciée suivant la norme reconnue et on ne peut conclure à la faute du médecin que lorsqu'il y a eu violation des règles médicales admises généralement : en l'espèce, la demande a seulement démontré l'utilisation d'une approche différente par d'autres médecins²⁰⁴.

C'est ainsi que si plusieurs choix thérapeutiques étaient scientifiquement valables et éprouvés à l'époque du traitement, le médecin ne sera pas sanctionné, s'il opte pour l'un plutôt que l'autre²⁰⁵.

Par ailleurs, en oncologie, l'incertitude quant au choix du traitement peut aussi survenir en dehors de l'utilisation d'un test basé sur la génomique. En général, le patient atteint d'un cancer complexe se trouve souvent dans la situation où différents traitements se présentent sans qu'il y en ait nécessairement un plus rassurant ou qu'il y ait plusieurs choix en même temps²⁰⁶. Ce dilemme thérapeutique peut aussi survenir dans le choix du dosage de la chimiothérapie²⁰⁷. L'oncologue doit agir en tenant compte des caractéristiques particulières à ce domaine notamment « l'importance d'intervenir rapidement et d'opter d'emblée pour le bon traitement » et « la complexité des traitements »²⁰⁸.

L'affaire *Fillion c Cantin*²⁰⁹, dans laquelle la patiente était décédée en raison des effets secondaires de la chimiothérapie et de la radiothérapie, est un exemple intéressant où les médecins hémato-oncologues faisaient face à un choix de traitement difficile. Il s'agissait de déterminer si les médecins avaient commis une faute dans le cadre des soins et des traitements prodigués à la patiente, et si les traitements planifiés avaient été faits en conformité avec les règles de l'art. La Cour supérieure conclut que face aux choix de différents traitements appuyés par des données scientifiques divergentes, elle n'a pas à trancher, mais « doit plutôt déterminer si

²⁰⁴ *Ibid* au para 61.

²⁰⁵ Baudouin, Deslauriers et Moore, *supra* note 154 au para 2-77; Voir: *ter Neuzen c Korn*, *supra* note 199 au para 38; *Lapointe c Hôpital Le Gardeur*, *supra* note 184.

²⁰⁶ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, *supra* note 158 au para 334; Popescu et al, *supra* note 21 à la p 11.

²⁰⁷ Une auteure américaine estime que le dosage de la chimiothérapie est susceptible de causer des litiges en responsabilité médicale. Voir Patricia Legant, « Oncologists and medical malpractice » (2006) 2:4 J Oncol Pract 164 à la p 165; Popescu et al, *supra* note 21 à la p 11.

²⁰⁸ Direction de la lutte contre le cancer, *supra* note 17 à la p 17.

²⁰⁹ *Fillion c Cantin*, 2012 QCCS 2666.

le traitement donné correspond à celui reconnu par la science médicale à l'époque contemporaine »²¹⁰. La Cour ajoute :

Compte tenu du nombre de méthodes de traitements possibles entre lesquelles les professionnels de la santé doivent parfois choisir et de la distinction entre l'erreur et la faute, un médecin ne sera pas tenu responsable si le diagnostic et le traitement du malade correspondent à ceux reconnus par la science médicale à cette époque, même en présence de théories opposées²¹¹.

Par ailleurs, cette décision rappelle que face à des choix thérapeutiques l'oncologue doit laisser le choix au patient dans la mesure où les informations nécessaires lui ont été fournies. L'oncologue médical ne doit pas oublier son devoir de bien informer le patient des différentes approches possibles. Par contre, certains auteurs suggèrent que le médecin a le devoir d'orienter le patient et de discuter de l'approche qu'il privilégie tout en étayant les motifs de son choix²¹². Une nouvelle approche suggère que :

« Devant plusieurs options thérapeutiques pour un problème de santé donné, le patient devrait être en mesure de partager avec son médecin la valeur qu'il attribue aux bienfaits et aux risques des différentes options et à leur probabilité. Cette intégration est un défi important qui ouvre la voie à un nouveau paradigme de la pratique clinique axée sur le partage d'information »²¹³.

Ainsi, à la question de savoir si un oncologue doit utiliser tel traitement ou tel test, nous répondons qu'il faut que l'oncologue s'assure de son utilisation et de ses caractéristiques auprès de la communauté médicale. La collaboration avec un CTC peut s'avérer une solution à ces difficultés dans le choix du traitement, dilemme davantage présent dans le domaine de l'oncologie. Nous y reviendrons à la sous-section suivante. Ultimement, dans le contexte d'un litige en responsabilité médicale, il reviendrait aux experts devant le tribunal de reconnaître le recours aux tests génomiques et à leurs résultats comme le standard pratique dans des circonstances données.

Le suivi pendant et suite aux traitements

²¹⁰ *Ibid* au para 110.

²¹¹ *Ibid* citant *Lapointe c Hôpital Le Gardeur*, *supra* note 184 à la p 363; Au sujet de la différence entre l'erreur et la faute, voir Ménard, *supra* note 166.

²¹² Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, *supra* note 158 au para 334.

²¹³ Michel Cauchon et Michel Labrecque, « Former des cliniciens érudits » (2013) 48:6 Médecin Qué 87.

Si l'établissement du traitement en oncologie s'avère un défi important pour les oncologues dans l'accomplissement de leur obligation de soigner, une difficulté similaire est présente dans le suivi du patient pendant et à la fin des traitements. En effet, « la plupart des interventions [de soins] s'étendent [...] sur une certaine période de temps et imposent un suivi »²¹⁴. Cette caractéristique est particulièrement présente en oncologie médicale. Le rôle de l'oncologue médical est d'offrir « les soins au patient dans un continuum qui s'étend à partir du moment du diagnostic et ce, pendant toute la durée de la maladie, en prescrivant de la chimiothérapie et d'autres médicaments anti-cancéreux » (traduction de l'auteure)²¹⁵. L'oncologue doit aussi baser sa pratique de suivi sur des données probantes solides²¹⁶. Ce domaine de la médecine nécessite aussi un suivi du patient après le traitement étant donné le risque de récurrence du cancer. Par ailleurs, l'investigation²¹⁷ en oncologie médicale dépend de divers spécialistes. L'oncologue médicale ne peut donc participer seul aux soins de son patient, il ne peut exercer sans recours à un anatomo-pathologiste ou un à radiologiste. Il doit donc s'assurer de suivre et d'obtenir les rapports de ces professionnels. En bref, en oncologie, l'obligation de suivre inclut l'exigence de suivre son patient pendant et après ses traitements et de prendre connaissance des rapports des différents professionnels de la santé qui interviennent dans le traitement de son patient.

D'abord, le défaut d'un médecin de prendre connaissance des rapports des autres spécialistes a été sanctionné à maintes reprises. Dans l'affaire *Suite c Cooke*²¹⁸, un chirurgien avait omis de consulter le rapport du pathologiste à la suite de la ligature des trompes de sa patiente. Ce rapport confirmait l'excision par le chirurgien d'une veine plutôt que d'une trompe. La Cour supérieure a sanctionné le chirurgien pour le défaut d'avoir divulgué à la patiente le risque de grossesse, dû à son manque de suivi après la chirurgie. Cette conclusion peut être appliquée dans le cas où un oncologue requiert un rapport de pathologie sur un tissu tumoral. Similairement, l'oncologue qui consulte un spécialiste dans le cadre de l'investigation devrait s'assurer de bien prendre connaissance du rapport de ce dernier. Ainsi, l'obligation de prendre

²¹⁴ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, *supra* note 158 au para 349.

²¹⁵ Université McGill, « Education & Training-Department of Oncology », en ligne: Faculté de Médecine <http://www.medicine.mcgill.ca/oncology/education/edu_residencyfellowship.asp>.

²¹⁶ François Vincent, « Après le cancer, une histoire à suivre... » (2012) 47:10 *Médecin Qué* 67 à la p 68.

²¹⁷ « l'ensemble des gestes qui vont mener à poser un diagnostic, à évaluer autant l'étendue que le degré de malignité de la tumeur et à caractériser la maladie, sur ses aspects tant physiques que psychosociaux ». Voir Gouvernement du Québec, *supra* note 77 à la p 98.

²¹⁸ *Suite c Cooke*, [1995] RJQ 2765 (CA) .

connaissance du contenu du rapport de pathologie, déterminant par exemple la nature de la tumeur, incomberait à l'oncologue. Par contre, le CMQ, dans une récente communication, suggère que dans les cas de certains cancers où le facteur temps peut faire une différence entre la vie et la mort, le médecin investigateur doit s'assurer d'alerter le médecin traitant et de vérifier que son rapport a bien été reçu²¹⁹. Il suggère aussi la même démarche auprès du médecin traitant, si l'examen révèle une anomalie qui n'avait pas originalement été soupçonnée.

Quant au suivi du patient après la fin des traitements, l'oncologue doit faire face à l'angoisse de récurrence de cancer chez le patient²²⁰. Comment l'oncologue doit-il assurer le suivi du patient après son traitement ? Peut-il se fier au résultat de prédiction du risque de récurrence fourni par un test d'expression génique? Premièrement, il est généralement admis qu'un médecin ne doit pas abandonner son patient après l'administration du traitement²²¹. En oncologie, cette règle trouve très bien son application étant donné la gravité des traitements du cancer et le risque de récurrence de la maladie. Deuxièmement, l'oncologue peut se fier aux résultats d'un test qui prédit le risque de récurrence. Cependant, il ne faut pas oublier qu'un tel test doit au préalable rencontrer le standard de pratique. Notre analyse exposée plutôt dans cette sous-section au sujet de la détermination du standard de pratique s'applique aussi dans ce cas. Enfin, l'obligation de suivre de l'oncologue comporte aussi l'exigence d'évaluer les effets des traitements et d'informer son patient de la fréquence des rencontres nécessaires pour le suivi²²².

Face à des situations d'incertitude dans l'établissement du traitement ou du suivi du patient, l'obligation de soigner comporte la possibilité que l'oncologue ait recours à la consultation. En fait, bien qu'il soit un médecin surspécialiste, l'oncologue médical doit reconnaître ses limites²²³. Dans l'investigation du cancer de son patient, en tant que médecin traitant, il doit faire appel à d'autres spécialistes, tels les radiologistes et pathologistes²²⁴. Le recours à un CTC a été reconnu comme une pratique qui offre une solution à cette limite aux compétences individuelles de l'oncologue, parfois une exigence pour la prescription de tests

²¹⁹ Yves Robert, « Effectuer un examen, c'est bien s'assurer du suivi, c'est mieux! », en ligne : Blogue du Collège des Médecins du Québec <<http://blog.cmq.org/2014/01/16/effectuer-un-examen-cest-bien-sassurer-du-suivi-cest-mieux/>>.

²²⁰ Vincent, *supra* note 216 à la p 68.

²²¹ Baudouin, Deslauriers et Moore, *supra* note 154 au para 2-80.

²²² *Ibid.*

²²³ *Code de déontologie des médecins*, *supra* note 161, art 42.

²²⁴ Jean-Pierre Ménard, « Diagnostic du cancer et responsabilité médicale » (2012) 1 Yvon Blais 2 à la p 4.

d'expression génique et certains types complexes de cancer²²⁵. Il est donc intéressant d'analyser si le recours à un CTC peut faire partie de l'obligation de soigner de l'oncologue.

b) Recours à un CTC

L'interdisciplinarité implique un travail de collaboration avec l'oncologue traitant dans l'établissement du meilleur traitement pour son patient. Les CTC sont des formes de réunions d'équipes interdisciplinaires où divers intervenants de la santé se réunissent pour discuter de dossiers de patients et prendre des décisions sur leur diagnostic ou traitement sur la base des données de l'EBM. Rappelons que l'oncologue en tant que médecin traitant peut recourir à un CTC par choix ou lorsque des règles de priorisation des cas ou d'utilisation de tests le suggèrent²²⁶. Nous tenons pour acquis que l'oncologue exerce dans un centre hospitalier où il a accès à un CTC.

Dans cette section, nous continuons l'analyse de la relation oncologue-patient, en abordant plus spécifiquement les enjeux juridiques soulevés par le recours à un CTC. Particulièrement, il s'agit de déterminer si la référence du cas d'un patient à un CTC fait partie de l'obligation de soigner. Autrement dit, l'oncologue a-t-il le choix de recourir ou non à un CTC, par exemple pour l'étude ou la révision du traitement de son patient? Le recours à un CTC, à l'instar de la possibilité de consulter un collègue, peut permettre à l'oncologue médical de remédier aux limites de sa connaissance, par exemple dans le choix du meilleur traitement à son patient. Nous examinons donc la faculté de recourir à la consultation de l'obligation de soigner de l'oncologue afin de déterminer si la présentation du dossier d'un patient à un CTC fait partie de cette obligation. Il ne s'agit pas de déterminer la nature de l'acte de recourir à un CTC, ce que nous ferons à la prochaine partie de ce chapitre. En premier lieu, nous introduirons donc l'obligation de consulter et analyserons par la suite la décision *E.S. c. Ferency*²²⁷, où un chirurgien a été tenu responsable pour des dommages à une patiente causés notamment par le défaut d'avoir eu recours au CTC de son centre hospitalier.

De prime abord, tout médecin, pour accomplir son obligation de soigner, a la faculté, parfois l'obligation, de recourir à la consultation²²⁸. En effet, « [i]l doit, si l'intérêt du patient

²²⁵ Voir *supra* section II.3.B.

²²⁶ *Ibid.*

²²⁷ *ES c Ferency*, *supra* note 167.

²²⁸ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, *supra* note 158 au para 321.

l'exige, consulter un confrère, un autre professionnel ou toute personne compétente ou le diriger vers l'une de ces personnes »²²⁹. Cette consultation se fait sans rompre le lien entre le patient et le médecin traitant²³⁰. En common law, la Cour suprême du Canada a reconnu un « duty to refer » dans certaines circonstances²³¹. Selon les auteurs Picard et Robertson, le terme « refer » inclut soit une consultation avec un collègue soit que le patient est référé pour des soins à un autre médecin²³². Nous nous intéressons au volet consultation de ce «duty to refer».

Il n'existe pas de critère spécifique qui permet de déterminer quand un médecin doit consulter. Les auteurs Philips-Nootens *et coll.* suggèrent que la consultation puisse intervenir lorsqu'un médecin « peut avoir besoin [de l'avis d'un collègue] pour poser un diagnostic, pour faire une investigation (gastroscopie, cathétérisme, cardiaque etc) pour commencer un traitement [ou] pour contrôler l'efficacité »²³³. Les auteurs Picard et Robertson suggèrent aussi trois contextes issus de la jurisprudence qui obligerait à la consultation: le médecin est incapable de diagnostiquer la condition de son patient ; le patient ne répond pas correctement à un traitement donné et; le patient a besoin d'un traitement pour lequel son médecin n'a pas les compétences pour l'administrer²³⁴. La jurisprudence québécoise a reconnu l'obligation de consulter dans des situations similaires²³⁵.

Plus récemment, l'affaire *Ferenczy* de 2012 a soulevé des questions intéressantes à ce sujet. Les demandeurs, la patiente et son conjoint, reprochaient à l'anatomopathologiste d'avoir diagnostiqué un cancer du poumon plus grave que celui dont la demanderesse était atteinte. Ils reprochaient également au chirurgien thoracique de ne pas avoir réévalué le diagnostic et d'avoir procédé à l'exérèse (enlèvement) du poumon gauche « sans avoir au préalable soumis ce cas complexe au Comité des tumeurs de l'hôpital »²³⁶. Pour les fins de notre analyse, nous nous intéressons seulement à la responsabilité du chirurgien dans cette affaire. Plusieurs experts ont témoigné, cependant la Cour retient principalement le témoignage du Dr. Vaillancourt. Dans son rapport, il est d'avis qu'en raison du défaut du chirurgien d'avoir consulté un CTC, la

²²⁹ *Code de déontologie des médecins*, *supra* note 161, art 42.

²³⁰ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, *supra* note 158 au para 320.

²³¹ *Vail c MacDonald*, (1976), 66 DLR (3d) 530 (SCC) ; *Ares c Venner*, [1970] RCS 608.

²³² Picard et Robertson, *supra* note 156 à la p 313 citant *Beninger v Walton*, [1979] BCD Civ 2632-02 (SC) .

²³³ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, *supra* note 158 au para 320.

²³⁴ Picard et Robertson, *supra* note 156 à la p 313.

²³⁵ Jannick Perreault, *Les affres de la spécialité: le médecin doit-il consulter?*, Essai soumis à la Faculté de Droit en vue de l'obtention du grade de « Maîtrise en Droit », Université de Sherbrooke à la p 67.

²³⁶ *ES c Ferenczy*, *supra* note 167 au para 3.

demanderesse avait reçu « des soins chirurgicaux thoraciques en deçà des standards de ceux qui ont cours depuis au moins le début du présent siècle, et donc de 2005 »²³⁷. La Cour considère que le chirurgien n'a pas agi comme un chirurgien prudent, diligent et compétent. Elle est d'avis qu'« une consultation auprès d'un comité des tumeurs était nécessaire, ce qui aurait, selon toute probabilité, évité une chirurgie inutile »²³⁸. Cette décision a comme conséquence d'inclure dans les obligations du médecin la consultation d'un CTC, du moins dans des cas complexes. Dans le contexte des faits de cette affaire, la consultation d'un CTC a donc été reconnue comme standard de pratique d'un chirurgien raisonnable.

Une autre affaire, cette fois de l'Ontario, fait référence au CTC. L'expert avait témoigné sur la nécessité d'avoir présenté le cas d'un bébé de quatre mois à un « tumour board » pour déterminer les meilleures options de traitement pour traiter une tumeur au cerveau²³⁹. Cependant, l'analyse de la Cour supérieure de l'Ontario ne revient pas sur cette expertise dans l'analyse de l'affaire. Cette décision n'offre donc aucune conclusion intéressante en cette matière. Cette affaire ainsi que l'affaire *Ferenczy* sont les seules décisions repérées qui discutent du recours à un CTC dans le cadre d'un litige en responsabilité médicale.

À la lumière de la jurisprudence québécoise et canadienne, il serait donc prudent de suggérer que l'oncologue qui se trouve dans l'impossibilité d'établir un diagnostic, dans l'incertitude quant au traitement et ses effets sur le patient ou face à un cas complexe, aurait intérêt à soumettre le cas de son patient à un CTC. Il est aussi raisonnable de suggérer que l'oncologue traitant qui a accès à un CTC devrait en tirer avantage étant donné que ces comités offrent une occasion unique de discuter avec plusieurs spécialistes afin d'établir le meilleur traitement pour son patient. D'autant plus que ces comités se basent sur les meilleures données cliniques existantes (EBM) et sur l'expertise et le jugement clinique de collègues oncologues et d'autres spécialistes pour prendre les décisions de traitements pour un patient. Par ailleurs, si aucun CTC n'existe au sein de l'institution où l'oncologue exerce, et qu'il se trouve dans l'une

²³⁷ *Ibid* au para 105 À ce sujet nous supposons que le Dr. Vaillancourt fait référence à l'Avis sur l'interdisciplinarité de 2005.

²³⁸ *Ibid* au para 148.

²³⁹ *Huinink v Oxford (County)*, 2008 OJ No 1317 au para 50 « All experts agreed that the presence of the mass would have been revealed. Dr. Del Maestro would have provided the parents with the same three treatment options he presented at four months and he would have presented this case to the Tumour Board. At the Tumour Board, the paediatricians, the oncologist, and the radiation oncologist would all be present. The patient's case would have been presented at the Tumour Board by Dr. Del Maestro and a general overall decision would have been made about the best way to deal with her ».

des situations décrites en jurisprudence, il doit tout de même voir à consulter un collègue, pour s'assurer de respecter son obligation professionnelle de soigner. Il en est de même si le dossier de son patient n'a pas pu être discuté en CTC en raison par exemple des règles de priorisation des études de cas²⁴⁰.

Il faut rappeler que l'oncologue traitant qui à recours à des confrères doit au préalable s'assurer du consentement de son patient. Le choix du recours à un CTC peut être exigé par le patient, par l'oncologue traitant et potentiellement par des programmes gouvernementaux ou des GPC, telles les règles d'utilisation de l'Oncotype. Dans tous les cas, il est évident que l'obligation d'informer le patient vaut pour le recours à un CTC²⁴¹. Une affaire pendante à la Cour supérieure soulève des questions intéressantes à ce sujet²⁴². Dans *Côté c Centre Hospitalier Affilié Universitaire de Québec (CHA)*, la demanderesse, dans l'une des conclusions de sa demande principale, exigeait le retrait de notes psycho-oncologiques prises par une équipe multidisciplinaire de soins en cancer. Elle alléguait ne jamais avoir demandé des soins psycho-oncologiques de l'équipe multidisciplinaire, qui l'avait prise en charge dans le cadre d'un plan de soins pour les patients atteints de cancer. Les défendeurs demandaient la radiation de ces conclusions. Leur demande a été rejetée et le dossier au fond suit toujours son cours. Il ne fait aucun doute que cette décision n'offre aucune conclusion pouvant servir notre analyse. Cependant, dans le but d'éviter la survenance possible d'une telle situation, il serait avisé de la part de l'oncologue médical, qui a recours à un CTC au cours de la prestation des soins, de fournir à son patient au préalable toutes les informations nécessaires sur ce processus interdisciplinaire.

Tout manquement à une pratique peut être source de faute médicale si celle-ci est reconnue comme standard de pratique d'un oncologue raisonnable placé dans les mêmes circonstances. La question se posera éventuellement dans une situation donnée : l'oncologue prudent et diligent aurait-il présenté le cas de son patient en CTC afin d'établir ou de valider son choix de traitement ? En fait, les CTC sont reconnus comme standard de pratique aux États-Unis, en Angleterre et en Australie. D'ailleurs, le European Society of Medical Oncologist (ESMO) suggère que les « oncologues médicaux doivent être encouragés à faire réviser et évaluer le cas de leur patient en multidisciplinarité avant de procéder aux thérapies appropriés » (traduction de

²⁴⁰ Voir, *supra* section II.B.3)

²⁴¹ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, *supra* note 38, art 8.

²⁴² *Côté c Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHA)*, 2013 QCCS 1294.

l’auteure)²⁴³. Éventuellement, ces guides internationaux pourraient être soumis devant un tribunal canadien pour faire preuve d’un standard de pratique²⁴⁴.

Enfin, bien que le tribunal, dans l’affaire *Ferenczy*, ait considéré « qu’une consultation auprès d’un comité des tumeurs était nécessaire » dans les circonstances, nous croyons, avec égards, que le terme « consultation » n’a pas fait l’objet d’une analyse juridique. Le tribunal utilise les termes « consulter », mais nous croyons qu’il n’est pas allé plus loin pour qualifier la nature juridique de l’acte de recourir à un CTC. En fait, la Cour n’a pas eu l’occasion d’analyser la relation juridique entre le médecin traitant (chirurgien, oncologue ou autre) et le CTC, étant donné que le fait reproché était l’absence de celle-ci. La section qui suit tentera de qualifier la relation juridique liant l’oncologue et le CTC.

B. Oncologue traitant et le CTC

L’avantage du recours à un CTC est indéniable et, tel que discuté précédemment dans l’affaire *Ferenczy*, le recours à un CTC pourrait, dans certains cas, être considéré comme faisant partie du standard de pratique de l’oncologue prudent et diligent. Nous avons ainsi conclu que dans l’accomplissement de son obligation de soigner, l’oncologue traitant un patient atteint d’un cancer pourrait être tenu de présenter le cas de son patient pour discussion devant un CTC. Nous aborderons dans cette section l’analyse de la relation entre l’oncologue et le CTC ou ses membres, qui naît une fois que l’oncologue présente le dossier de son patient.

La prestation par l’oncologue d’une partie des soins en concertation avec un CTC introduit la question de la qualification juridique de cette pratique en interdisciplinarité. Cette dernière a la particularité d’impliquer tant l’oncologue traitant que ses confrères oncologues et d’autres spécialistes dans le cadre de la réalisation du contrat médical avec son patient. Il existe en responsabilité médicale plusieurs pratiques dans le cadre desquelles plus d’un médecin intervient dans les soins d’un même patient. Dans ce contexte, l’oncologue médical qui participe à un CTC se trouve-t-il dans une situation d’exercice collectif de la médecine, similaire à celle

²⁴³ Popescu et al, *supra* note 21 à la p 10.

²⁴⁴ Dans une affaire récente de la Cour supérieure, les défendeurs s’opposaient aux témoignages d’experts américains sur la base qu’ils n’avaient pas compétence à témoigner à propos de normes canadiennes. Le tribunal a rejeté l’objection. Il était d’avis que la pratique médicale canadienne était nord-américaine même occidentale. Voir *MG c Pinsonneault*, 2014 QCCS 1222.

d'une équipe médicale ou d'une pratique de groupe? Ou plutôt, l'oncologue exerce-t-il un acte de consultation et agit donc dans un rapport de médecin traitant - médecin consultant?

Pour répondre à ces questions, nous procéderons à un survol des différentes pratiques médicales reconnues par la doctrine et la jurisprudence qui impliquent le travail de plus d'un médecin en relation avec un même patient. Plus précisément, nous exposerons successivement l'état du droit en matière de pratique de groupe, d'équipe médicale et d'acte de consultation. Par la suite, nous comparerons ces pratiques avec celle du recours à un CTC. Cette comparaison permettra de déterminer si cette pratique en interdisciplinarité se rapproche de l'une de ces pratiques de groupe traditionnelles reconnues par la doctrine et la jurisprudence. Dans le cadre de notre comparaison, nous référerons à plusieurs caractéristiques des CTC, décrits à la section II. B) du chapitre préliminaire, notamment la structure organisationnelle, la composition et les objectifs. Enfin, de cette analyse en deux volets, nous tirerons des conclusions quant à la qualification juridique possible du lien oncologue-CTC et discuterons de la responsabilité de l'oncologue face aux décisions collectives prises par un CTC.

1. Qualification du lien

La qualification de la relation juridique existant entre différents intervenants de la santé dans un contexte donné permet de déterminer les obligations de chacune des parties impliquées. Il existe plusieurs pratiques médicales dans lesquelles interviennent plus d'un médecin dans les soins d'un même patient. Chaque pratique entraîne des conséquences juridiques différentes pour la relation entre les médecins et le patient. Nous n'aborderons pas celles qui ont pour conséquence de modifier ou de mettre un terme au contrat médical entre le médecin traitant et son patient, nommément le transfert et le remplacement.

En effet, nous sommes d'avis que la relation oncologue traitant-CTC ne brise pas le lien contractuel entre l'oncologue traitant et son patient. L'oncologue traitant qui réalise personnellement toutes les étapes du recours à un CTC maintient sa relation contractuelle avec son patient²⁴⁵. En général, la présentation du dossier d'un patient à un CTC se fait dans la continuité des soins, si le médecin traitant ne délègue pas cette tâche à un confrère temporairement (remplacement²⁴⁶) ou s'il ne transfère pas son patient définitivement après la

²⁴⁵ Voir, *Supra*, section II.B.3.

²⁴⁶ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, *supra* note 158 à la p 366.

rencontre en CTC (transfert²⁴⁷ ou « to refer »). Dans un remplacement, le médecin traitant peut demeurer responsable de son patient, mais un transfert fait disparaître cette responsabilité²⁴⁸. Nous n'élaborerons donc pas davantage ces notions de transfert ou de remplacement, où il y a bris définitif ou temporaire du lien contractuel initial intervenu entre l'oncologue et son patient.

La doctrine en responsabilité médicale reconnaît plusieurs autres pratiques où le médecin traitant entre en relation avec d'autres spécialistes ou professionnels de la santé dans le traitement d'un patient en centre hospitalier. La doctrine en droit civil réfère à l'acte de consultation, à l'équipe médicale ou multidisciplinaire, et à la pratique de groupe. La littérature de common law réfère au « team or shared care » et au « medical or treatment team »²⁴⁹ qui correspondent respectivement à la pratique de groupe et à l'équipe médicale.

La revue de cette littérature révèle que la pratique en CTC, telle que définie au chapitre préliminaire, n'est pas qualifiée en droit. Il faut rappeler que L'ACPM inclut la pratique en interdisciplinarité dans la notion plus large de soins concertés ou « collaborative care »²⁵⁰. Les pratiques en « team or shared care », mentionnées dans la littérature de common law, sont aussi classées sous cette notion par l'ACPM. Nous ne sommes pas de l'avis de l'ACPM à ce sujet et nous considérons qu'il n'est pas possible de regrouper ces différentes pratiques sous une même appellation. Nous analyserons séparément les deux formes d'exercice collectif de la médecine, soit la pratique de groupe et l'équipe médicale, et l'acte de consultation.

a) État du droit

D'abord, nous n'avons pas recensé de définition de la notion d'exercice collectif de la médecine. L'exercice de la médecine est défini à l'article 31 de la *Loi médicale* : « consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir chez l'être humain en interaction avec son environnement »²⁵¹. Quant au mot « collectif », le Dictionnaire de Droit Québécois et Canadien, le définit comme étant : « qui comprend ou concerne un ensemble »²⁵². Il est possible donc de qualifier l'exercice collectif de la médecine comme un acte médical, au sens de la *Loi médicale*,

²⁴⁷ *Ibid* au para 378.

²⁴⁸ *Ibid* au para 365.

²⁴⁹ Picard et Robertson, *supra* note 156 à la p 347.

²⁵⁰ Association Canadienne de Protection Médicale, *supra* note 83.

²⁵¹ *Loi médicale*, RLRQ c M-9, art 31.

²⁵² Hubert Reid, *Dictionnaire de droit québécois et canadien*, 4e édition, Wilson & Lafleur.

effectué par un ensemble de personnes. Dans la littérature, cette notion d'exercice collectif de la médecine est utilisée, par certains auteurs, pour qualifier l'équipe médicale ou multidisciplinaire²⁵³, par d'autres pour qualifier la pratique de groupe²⁵⁴.

La pratique de groupe

Selon les auteurs Philips-Nootens et coll., « la pratique de groupe ou l'exercice collectif de la médecine » est le regroupement par champs de spécialité de médecins pour exploiter une clinique sous une même administration²⁵⁵. Cette pratique regroupe des médecins de même spécialité, généralement liés par différentes conventions²⁵⁶. La pratique de groupe implique « que le patient accepte d'avance de se faire traiter tour à tour par tous les membres du groupe »²⁵⁷. Bien que ces auteurs analysent cette médecine de groupe principalement dans le contexte d'une clinique privée, cette pratique peut aussi être exercée dans le contexte hospitalier²⁵⁸. Les auteurs Picard et Robertson mentionnent justement que : « whether it be a family physician's office, or a medi-centre, or a hospital, it is now increasingly common for the care and treatment of the patient to be in the hands of a group of health professionals - « the team » or « shared care » approach- rather than one individual »²⁵⁹. À notre avis, il est possible de considérer que ces auteurs réfèrent à la pratique de groupe, bien que la traduction anglaise de cette expression ne soit pas littérale (ex. group practice). En fait, l'exemple auquel ces auteurs

²⁵³ Isabelle Duclos, *Le fait collectif fautif prévu à l'article 1480 Cc.Q. et son impact sur l'exercice collectif de la médecine*, Mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke, 1996 à la p 64; voir: Jean-François Leroux, « La responsabilité médicale dans le contexte de la médecine multidisciplinaires: d'une responsabilité individualisée vers une responsabilité collective » (2011) 343 *Développements Récents en Droit Médico-Légal et Responsabilité du Chirurgien* 37.

²⁵⁴ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, *supra* note 158 au para 393.

²⁵⁵ *Ibid* au para 3933.

²⁵⁶ Nicholas Léger-Riopel, *Le contrôle de l'activité du médecin exerçant en centre hospitalier*, Cowansville, Québec, Éditions Yvon Blais, 2012:« Une telle pratique est fondée sur une triple entente, soit celle de l'utilisateur qui accepte d'être traité indifféremment par l'un ou l'autre des médecins membres du groupe, celle des médecins entre eux quant au partage de la garde et des ressources départementales, et celle des médecins vis-à-vis des patients qu'ils s'engagent collectivement à traiter ».

²⁵⁷ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, *supra* note 158 au para 395 citant Alain Bernardot et Robert P Kouri, *La responsabilité civile médicale*, Sherbrooke, Québec, Editions Revue de Droit de Sherbrooke, 1980 au para 278.

²⁵⁸ Voir Léger-Riopel, *supra* note 255; Dans le contexte privé voir aussi: Association Médicale Canadienne, « Le cabinet privé » (2012), en ligne : Association Médicale Canadienne <<http://www.amc.ca/gestiondelapratiq/le-cabinet-prive>>.

²⁵⁹ Picard et Robertson, *supra* note 156 à la p 347.

réfèrent provient de l'affaire *Allen v University's Hospitals Board*²⁶⁰ où deux obstétriciens-gynécologues utilisaient un « shared-care approach »: « Drs. Mueller and Boyd carried on what is called a shared-care practice where both saw the obstetrical patient during the course of pregnancy, and whoever was on duty at the time of delivery would handle the birth of the child »²⁶¹. Cet extrait reflète les caractéristiques de la pratique de groupe tel que décrit par Philips-Nootens et coll..

Par ailleurs, il faut différencier cette pratique de la garde à tour de rôle en milieu hospitalier²⁶². Il peut en effet exister des ententes de pratique de groupe de médecins au sein d'un centre hospitalier pour la liste de garde, notamment celle de l'urgence²⁶³. En bref, cette pratique peut être décrite comme une forme (1) d'exercice collectif de la médecine entre confrères médecins de même spécialité (2) où les médecins contractent en tant que groupe avec le patient²⁶⁴, (3) mais où ils entrent en relation successivement avec le patient. En d'autres mots, ces médecins ont des patients communs qui finissent par connaître tous les membres de l'équipe²⁶⁵.

L'équipe médicale ou multidisciplinaire

L'équipe médicale diffère de la pratique de groupe principalement du fait que c'est un regroupement occasionnel de personnes²⁶⁶. L'équipe médicale peut être définie « comme étant la réunion de différents professionnels médicaux et paramédicaux participant aux traitements des soins donnés à un patient »²⁶⁷. Le meilleur exemple de cette pratique est l'équipe chirurgicale. Selon l'auteure Philips-Nootens, l'équipe chirurgicale est un regroupement occasionnel de personnes qui œuvrent pour le malade en salle d'opération dans le but de le soigner ou de le guérir, mais qui contractent individuellement avec le patient et non en tant que groupe. Au sein

²⁶⁰ *Allen v University Hospitals Board*, 2000 ABQB 509 confirmé dans *Allen (Guardian ad litem of) v Mueller*, 2002 ABCA 195.

²⁶¹ *Allen v University Hospitals Board*, *supra* note 260 au para 58.

²⁶² Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, *supra* note 158 au para 394.

²⁶³ Voir Léger-Riopel, *supra* note 256.

²⁶⁴ Suzanne Philips-Nootens, « La responsabilité civile du médecin anesthésiste » (1989) 19:1 RDUS 317 à la p 340.

²⁶⁵ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, *supra* note 158 au para 3933.

²⁶⁶ Catherine Dagenais, « La responsabilité contractuelle du fait d'autrui en droit médical et hospitalier » (1998) 32 RJT 1 à la p 39.

²⁶⁷ Duclos, *supra* note 253 à la p 64.

d'une telle équipe, il y a un partage des tâches, mais aussi des obligations communes²⁶⁸. Par conséquent, chaque spécialiste agit de façon autonome²⁶⁹ et conserve son individualité juridique propre²⁷⁰. En droit, il est possible de recenser deux modèles d'organisation et de fonctionnement de l'équipe médicale²⁷¹. La première forme est celle qui qualifie l'équipe médicale d'« ensemble hiérarchisé, agissant sous la direction d'un chef »²⁷². L'autre propose une approche égalitaire et place tous les membres de l'équipe sur un pied d'égalité²⁷³. En somme, l'équipe médicale est (1) une forme d'exercice collectif de la médecine qui regroupe occasionnellement divers spécialistes où (2) chaque spécialiste pose des actes autonomes qui diffèrent de ceux du médecin traitant (3) sous la direction ou non d'un chef d'équipe.

Par ailleurs, l'équipe médicale est aussi appelée équipe multidisciplinaire. L'auteur Jean-François Leroux réfère à la notion de « multidisciplinarité » pour décrire l'équipe chirurgicale. Par contre, il semble aussi inclure dans cette notion de multidisciplinarité d'autres formes de pratiques²⁷⁴. En effet, bien qu'il concentre son analyse sur l'équipe chirurgicale, il décrit l'équipe multidisciplinaire au sens large comme le travail de plusieurs spécialités pointues pour les soins d'un patient²⁷⁵. Cependant, notre compréhension est que l'auteur n'inclut pas dans cette notion le travail interdisciplinaire, qui diffère du travail multidisciplinaire, tel que démontré au chapitre préliminaire.

L'acte de consultation

Similairement aux deux formes d'exercice collectif de la médecine décrites précédemment, l'acte de consultation crée une relation juridique entre le médecin traitant et un ou des confrères médecins ou autres professionnels de la santé. Comment la doctrine et la jurisprudence qualifient-elles l'acte de consultation (et non pas l'obligation de consulter)? Avant tout, « [i]l est bien reconnu que l'acte de consultation peut intervenir dans plusieurs situations,

²⁶⁸ Philips-Nootens, *supra* note 264 à la p 341.

²⁶⁹ Dagenais, *supra* note 266 à la p 40.

²⁷⁰ Philips-Nootens, *supra* note 264, n 57.

²⁷¹ Dagenais, *supra* note 266 à la p 40.

²⁷² *Ibid.*

²⁷³ Dagenais, *supra* note 266.

²⁷⁴ Leroux, *supra* note 253.

²⁷⁵ *Ibid* à la p 41.

mais que les situations où plus d'un médecin intervient ne sont pas nécessairement des consultations au sens juridique »²⁷⁶.

D'abord, plusieurs actes ou pratiques médicales ont été considérés comme n'étant pas des actes de consultations: la pratique de groupe²⁷⁷, la référence à un pathologiste ou à un radiologiste dans le cadre de l'investigation²⁷⁸ et les consultations dites « de couloirs » ou demandes informelles adressées à un collègue²⁷⁹. Ainsi, dans le cadre de l'investigation, lorsqu'un médecin traitant réfère son patient à un spécialiste, il ne requiert pas une consultation : ce dernier n'exécute pas un acte de soins que le médecin traitant devait exécuter²⁸⁰. À titre d'exemple, l'oncologue qui requiert du pathologiste l'analyse génique du tissu de la tumeur de son patient, ne demande pas une consultation : le rapport qu'émet un pathologiste n'est pas un acte que l'oncologue en temps normal devait exécuter. Quant à la consultation « de couloirs », l'arrêt *Vail c Madonald*²⁸¹ a reconnu qu'une demande d'opinion informelle à un confrère n'est pas une consultation²⁸². Cet arrêt conclut que le fardeau de faire la preuve d'un acte de consultation incombe au médecin qui prétend avoir consulté. Dans les faits de cette affaire, le médecin traitant n'était pas en mesure de faire la preuve de la date ou même du sujet de la discussion informelle.

Alors, qu'est-ce qu'un acte de consultation ? Selon le Dictionnaire de Droit Québécois et Canadien, une consultation est un « avis ou conseil qu'une personne sollicite d'une autre personne détenant une expertise ou des qualifications particulières »²⁸³. Un acte de consultation « s'accomplit chaque fois qu'un médecin appelle un autre médecin à confronter ses opinions au sujet d'un patient ou sollicite l'opinion d'un confrère au sujet d'un diagnostic ou d'un traitement »²⁸⁴. Selon l'auteure Perreault, en général, le médecin traitant maintient le contrat médical avec son patient. Ainsi, le médecin traitant et consultant prodiguent des soins simultanés²⁸⁵. En effet, le médecin traitant conserve son obligation de soigner envers son patient

²⁷⁶ Perreault, *supra* note 234 à la p 38 citant Bernardot et Kouri, *supra* note 256 au para 258.

²⁷⁷ Perreault, *supra* note 235 à la p 39.

²⁷⁸ *Ibid* à la p 38 citant; Jean-Pierre Ménard et Denise Martin, *La responsabilité médicale pour la faute d'autrui*, Cowansville, Québec, Éditions Y Blais, 1992 à la p 51.

²⁷⁹ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, *supra* note 158 au para 323; Perreault, *supra* note 235 à la p 41.

²⁸⁰ Perreault, *supra* note 234 à la p 38 citant Ménard et Martin, *supra* note 277 à la p 51.

²⁸¹ *Vail c MacDonald*, *supra* note 231.

²⁸² Voir *Ares c Venner*, *supra* note 231.

²⁸³ Reid, *supra* note 252.

²⁸⁴ Perreault, *supra* note 235 à la p 41.

²⁸⁵ *Ibid* à la p 45.

et l'acte du consultant est une intervention ponctuelle d'une personne plus spécialisée que le médecin traitant. Cette intervention n'est pas non plus un remplacement²⁸⁶. Ainsi, tant le médecin traitant que le consultant agissent simultanément pour le même patient. D'ailleurs, chaque médecin est autonome dans sa pratique, il n'y a aucun lien d'autorité ou de subordination. De plus, « en règle générale, le consultant n'émet qu'une opinion et des recommandations sans prendre de décisions [celles-ci] n'a pas de force obligatoire à moins que le médecin traitant ne l'ait entérinée »²⁸⁷. L'acte de consultation peut être demandé par un médecin ou son patient²⁸⁸.

Par ailleurs, le médecin traitant peut consulter plus d'un spécialiste simultanément²⁸⁹. Il arrive ainsi qu'il y ait plus d'un consultant pour un même patient, mais qui agissent de façon autonome et non en concertation. Dans ces situations, selon les auteurs Philips-Nootens et coll., le médecin traitant devrait agir comme « coordonnateur » des soins simultanés pour assurer le suivi de ces différentes consultations. En somme, l'acte de consultation est (1) une demande d'un médecin traitant ou de son patient (2) d'une opinion ou une recommandation à un ou des confrère(s) médecin(s) ou d'autre(s) professionnel(s) (consultant(s)) (3) où le traitant est indépendant du consultant ou agit comme coordonnateur dans le relation juridique.

Enfin, dans le cadre de leur analyse sur la consultation, les auteurs Philips-Nootens et coll. discutent de certains comités *ad hoc*²⁹⁰. Spécifiquement, ils suggèrent que ces comités peuvent être mis en place pour arriver à des consensus lorsqu'il n'y a pas d'accord entre le médecin traitant et le consultant. Les exemples qu'ils évoquent sont ceux des comités d'éthique et des comités multidisciplinaires qui, selon eux, ont un rôle consultatif auprès d'une équipe traitante et n'ont donc pas à trancher des controverses médicales. Il n'est pas possible de déduire si les auteurs, en utilisant le terme multidisciplinaire, ont voulu référer au modèle des CTC. Dans tous les cas, leur analyse n'est que sommaire et ne permet pas de conclure que la relation oncologue-CTC en est une de traitant-consultant, simplement sur la base de cette idée de comité *ad hoc*.

²⁸⁶ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, *supra* note 158 au para 329.

²⁸⁷ Perreault, *supra* note 235 à la p 45.

²⁸⁸ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, *supra* note 158 au para 320.

²⁸⁹ *Ibid* aux paras 328-329.

²⁹⁰ *Ibid* au para 333.

b) Comparaison

L'analyse juridique de la pratique de groupe, de l'équipe médicale et de l'acte de consultation révèle certaines caractéristiques sur la base desquelles il est possible de comparer le recours à un CTC (tableau 1). De cet examen de l'état du droit, il est possible de faire certains constats préliminaires. Premièrement, un CTC partagent un peu de toutes les caractéristiques des trois pratiques médicales. Deuxièmement, le recours à un CTC est une forme d'exercice collectif de la médecine unique et différente des pratiques reconnues par la doctrine et la jurisprudence. Enfin, plusieurs similarités existent entre le recours à un CTC et l'acte de consulter un confrère. Ainsi, bien qu'il y ait certaines limites à ce dernier constat, nous considérons qu'avant de proposer une nouvelle forme juridique de pratique médicale, il faut analyser ces similarités.

Ce deuxième volet de la qualification du lien oncologue-CTC procédera donc à la comparaison du recours à un CTC avec chaque pratique médicale analysée à la sous-section a). Afin de justifier ces constats, nous comparerons successivement le recours à un CTC avec chacune des pratiques médicales en exposant les différences, tout en tentant de réconcilier les divergences, lorsqu'il est possible de le faire.

Tableau 1 Exercice collectif de la médecine et acte de consultation

	Pratique de groupe	Équipe médicale ou multidisciplinaire	Acte de consultation	CTC
Composition	Groupe de médecins de même spécialité	Équipe de médecins de diverses spécialités et autres professionnels de la santé	Médecin traitant et médecin(s) consultant(s) ou autre(s) professionnel(s) de la santé consultant(s)	-Oncologue traitant et intervenants de la santé - Équipe interdisciplinaire
Durée	Selon la convention	Occasionnel	Ponctuel	-Régulier
Objectif	Exploiter une clinique sous une même administration	Recours à un autre médecin spécialiste pour le traitement (ex. équipe chirurgicale pour le soin ou la guérison d'un patient)	Opinion ou recommandation sur un patient	- Décision collective sur un patient
Relations juridiques	-Patient commun, contracte avec le groupe	-Acte autonome de chaque spécialiste -Existence de chef d'équipe ou non	-Médecin traitant autonome ou -Médecin traitant coordonnateur -Actes de soins simultanés	-Concertation -Acte unique

Un CTC est (1) un comité décisionnel constitué de divers intervenants de la santé (2) dont les réunions sont fixées de façon hebdomadaire ou bimensuelle ayant comme (3) objectif la concertation pour l'établissement ou la révision du diagnostic, des stadifications et des plans de traitement pour un patient individuel. Tel qu'il a été expliqué au chapitre préliminaire, ces comités ne sont pas des structures informelles. Bien au contraire, ils possèdent une structure organisationnelle bien établie (présence de coordonnateur, liste de discussion, prise de présence etc.) au sein d'un centre hospitalier. À titre d'exemple, les CTC à l'Hôpital Général Juif de Montréal ont lieu de façon hebdomadaire selon le site tumoral et un président est assigné²⁹¹. Il en est de même des MCC en Ontario où il est exigé que ces réunions se tiennent au moins à toutes les deux semaines et que chaque MCC ait un président désigné et un coordonnateur²⁹². Ces principales caractéristiques des CTC font ressortir de grandes divergences avec la pratique de groupe tant au niveau de la composition et de la durée que de l'objectif. En conséquence, les CTC ne constituent pas une forme de pratique de groupe.

Les rencontres de CTC partagent plusieurs caractéristiques avec l'équipe médicale ou multidisciplinaire, notamment la composition et la durée. Les deux interviennent occasionnellement au cours de la prestation des soins à un patient. Par contre, tel que nous l'avons démontré au chapitre préliminaire, la multidisciplinarité et l'interdisciplinarité diffèrent à plusieurs égards. La différence fondamentale se trouve dans les actes indépendants effectués en série qui caractérisent l'équipe médicale ou multidisciplinaire. La pratique multidisciplinaire se définit par le travail de divers professionnels autonomes qui prennent des décisions indépendantes. Ainsi, par exemple, dans une équipe chirurgicale composée d'un anesthésiste, d'un chirurgien et d'un infirmier, chaque intervenant accomplit un travail indépendant, que les autres spécialistes ne peuvent effectuer. Ce sont principalement les caractéristiques liées à l'objectif de l'équipe et aux actes autonomes des spécialistes de l'équipe médicale qui permettent de la distinguer des CTC. À notre avis, l'oncologue traitant et le CTC ne forment donc pas une équipe médicale telle que reconnue dans la doctrine et la jurisprudence actuelles. Les CTC constituent plutôt des réunions d'une équipe composée de divers intervenants de la santé qui se

²⁹¹ Hôpital Général Juif, *supra* note 133.

²⁹² Wright et al, *supra* note 97 à la p 2.

concertent pour un objectif commun et unique. Quelques exemples permettent d'illustrer davantage nos propos.

D'abord, certaines descriptions de CTC au Québec soulignent la présence d'un travail de concertation pour un objectif unique. À l'Hôpital Général Juif, la description du CTC sur les cancers thoraciques mentionne que les plans de traitements des patients sont formés au cours de la réunion du comité²⁹³. En général, le comité émet donc un seul plan de traitement concernant le patient. Quant aux CTC de l'Hôpital St-Mary's, la brochure destinée au patient précise que c'est l'interaction entre divers spécialistes qui permet d'offrir un plan de traitement personnalisé pour chaque patient²⁹⁴. L'oncologue traitant qui participe à ces CTC collabore donc activement à la réunion et prend part à la prise de décision concernant le plan de traitement d'un patient. De ces rencontres, il se dégage généralement une seule décision à laquelle divers médecins spécialistes participent. Certains auteurs réfèrent à ce processus sous le concept de « groupe-decision making »²⁹⁵.

De plus, d'autres exemples, cette fois tirés de diverses directives faisant mention du recours à un CTC, illustrent le caractère unique de la décision prise collectivement. D'abord, les règles d'utilisation du test d'expression génique l'Oncotype révèlent aussi ces caractéristiques. Le DCQ énonce:

[Qu'] un seul test par patient doit être demandé, même en présence de lésions multiples. Dans ce cas, le choix de la lésion à soumettre pour analyse devra être discuté en équipe interdisciplinaire ou au comité de thérapie des tumeurs²⁹⁶.

Ainsi, à la lumière de cette règle, tout oncologue qui se trouve face à un tel cas doit prendre une décision en groupe interdisciplinaire, dans ce cas en équipe interdisciplinaire ou en CTC. De plus, l'Alberta Health Services, dans son guide sur la chimiothérapie adjuvante, reconnaît aussi la discrétion à un CTC (« tumour board ») pour déterminer certains critères d'exclusion dans l'utilisation de l'Oncotype²⁹⁷. Plus précisément ce document prévoit : « Other evidence-based treatment options exist and may be used based on clinical discretion and in review with

²⁹³ Action Cancer Ontario, *supra* note 116.

²⁹⁴ Centre Hospitalier St Mary's, *supra* note 104; El Saghir et al. qui considèrent l'opinion du CTC comme une forme de deuxième opinion. Voir El Saghir et al, *supra* note 93 à la p e461.

²⁹⁵ Mark A Sidhom et Michael G Poulsen, « Multidisciplinary care in oncology: medicolegal implications of group decisions » (2006) 7:11 *Lancet Oncol* 951 à la p 951.

²⁹⁶ Direction Québécoise de Cancérologie, *supra* note 20 à la p 2.

²⁹⁷ Alberta Health Services, *supra* note 98 à la p 2,4 et 5.

multidisciplinary breast cancer tumour board »²⁹⁸. Enfin, un autre exemple provient d'Eastern Health (Terre Neuve) au sujet des recommandations sur la reconstruction mammaire immédiate de sein au stade précoce du cancer. Celle-ci se lit comme suit :

All candidates for IBR with biopsy proven invasive breast cancer should be presented at a multidisciplinary tumor board, where consensus can be reached on the acceptable treatment options for the patient²⁹⁹.

Quoique toutes ces directives ne représentent pas nécessairement le standard légal de pratique, nous y référons à titre d'exemples afin d'illustrer l'objectif et la nature du travail en CTC, comparativement à celui d'une équipe médicale³⁰⁰. Ces trois exemples de directives d'utilisation nous semblent inciter à une prise de décision unique et collective dans le choix de la lésion ou du traitement. Quant aux exemples de CTC, ils révèlent une interdépendance des actes des spécialistes participant au CTC et un travail de collaboration dans la prise de décision qui ne sont pas caractéristiques des équipes médicales traditionnelles.

En résumé, il est donc possible de conclure que lorsque divers intervenants de la santé se réunissent pour étudier le cas du patient de l'oncologue traitant, toutes ces personnes ne forment pas une équipe médicale ou multidisciplinaire. De la même façon que ce regroupement ne constitue pas une pratique de groupe. Dans les deux cas, nous avons fait ressortir une différence majeure : les intervenants dans ces pratiques collectives de la médecine accomplissent des actes autonomes successivement, et n'agissent pas en concertation comme dans un CTC. Par contre, ces intervenants et l'oncologue forment un groupe médical, mais non traditionnel, c'est à dire différent de ceux reconnus par l'état du droit actuel.

Comment est-il alors possible de réconcilier le recours à un CTC et l'acte de consultation ? Malgré deux différences portant sur la composition et l'objectif, entre ces deux types de pratiques, il est possible de les réconcilier. Dans les paragraphes qui suivent, nous exposerons ces deux divergences et par la suite analyserons les importantes similarités entre ces deux actes.

La première différence entre le recours à un CTC et l'acte de consultation se situe dans la composition. D'abord, rappelons qu'un CTC forme un groupe d'intervenants de la santé en

²⁹⁸ *Ibid* à la p 5.

²⁹⁹ Eastern Health, « Recommendations for Use of Immediate Breast Reconstruction in Early-stage Breast Cancer Summary » (30 juin 2011), en ligne: Eastern Health <<http://www.easternhealth.ca/WebInWeb.aspx?d=4&id=1591&p=1495>>.

³⁰⁰ Voir, *supra* section III.A.1.a)

oncologie réunis pour l'étude de cas d'un patient. Ainsi, à la base, la composition d'un CTC diffère de celle d'une consultation entre médecins. En général, l'acte de consultation a lieu entre un médecin traitant et un ou des médecins ou autres professionnels de la santé. Traditionnellement, dans les cas de pluralité de consultants, ces derniers agissent de façon autonome et non en tant que groupe, et leurs actes se succèdent. Or, le CTC est un regroupement d'intervenants de la santé qui reçoit des demandes d'un même oncologue traitant pour l'étude du dossier d'un même patient. Ces divergences dans la composition ne peuvent à elles seules éliminer la possibilité de qualifier la relation entre l'oncologue traitant et le CTC comme un acte de consultation. Il faut rappeler qu'à la base, la consultation est un outil supplémentaire disponible pour qu'un médecin remplisse son contrat de soins³⁰¹. Un CTC peut donc être un groupe de consultants auquel se réfère l'oncologue traitant dans la prestation des soins individualisés au patient. Par ailleurs, un CTC ressemble à un comité *ad hoc* tel que décrit par les auteurs Philips-Nootens et coll.³⁰². Rappelons que, selon ces auteurs, ces comités auraient un rôle consultatif auprès d'un médecin traitant et d'un consultant dont les opinions sur une question divergent. Ces auteurs ouvrent la porte à l'existence d'une forme de comité de consultants qui «[peut être formé] afin d'en arriver à un consensus, dans une situation donnée »³⁰³, objectif similaire à celui d'un CTC.

La deuxième différence entre le recours à un CTC et l'acte de consultation se trouve dans la description de leurs objectifs respectifs. Dans un acte de consultation, le consultant émet ses recommandations ou opinions sur la base « des renseignements que le [médecin traitant] possède et qui sont pertinents à l'examen, à l'investigation et au traitement du patient »³⁰⁴. Il faut rappeler qu'un médecin consultant ne prend pas de décision et se limite à offrir une opinion au médecin traitant. Il est même suggéré en pratique hospitalière que le médecin traitant indique clairement que la demande de consultation est pour une simple opinion médicale, un suivi conjoint ou un transfert³⁰⁵. Quant au CTC, ce groupe de consultants se base sur les mêmes types de renseignements, préparés par un coordonnateur et tirés du RQC. Par contre, le CTC est un groupe au sein duquel il y a un processus de prise de décision collective et généralement

³⁰¹ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, *supra* note 158 au para 320.

³⁰² Voir *supra* sous-section III.B.1.a). Voir aussi *Ibid* au para 333.

³⁰³ *Ibid*.

³⁰⁴ *Code de déontologie des médecins*, *supra* note 161, art 112.

³⁰⁵ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, *supra* note 158 au para 326.

consensuelle. De la réunion, il résulte généralement un acte unique auquel l'oncologue traitant ou tout autre médecin qui présente le cas de son patient participe activement. Cette décision unique est-elle une opinion semblable à celle résultant d'un acte de consultation ? En premier lieu, rappelons à travers certains exemples la nature de cette décision et ensuite, examinons sa valeur probante ou force obligatoire en vue de déterminer s'il s'agit d'une opinion sur les soins plutôt qu'un acte décisionnel de soins.

Tout d'abord, il faut rappeler que le recours à un CTC peut soit être suggéré par des « soft laws », soit être une demande de l'oncologue traitant ou de son patient. Le CTC peut donc se prononcer tant sur la révision des actes de l'oncologue³⁰⁶ que sur l'établissement du diagnostic ou du plan de traitement ou sur toute autre question spécifique telle celle prévue pour l'utilisation de l'Oncotype. Comme le recours à la consultation, les raisons et les finalités du recours au CTC, bien que différentes, ne modifient pas la nature juridique de l'acte. Du côté de l'Ontario, le recours à un MCC est considéré comme un acte de consultation. En fait, selon les MCC Standards, c'est le médecin traitant ou son remplaçant qui est responsable de discuter des différentes options et conclusions du MCC avec le patient³⁰⁷. Ultimement, c'est au médecin traitant qu'incombe la responsabilité de prendre la décision de traitement pour son patient³⁰⁸. D'autres, comme l'Hôpital St-Mary's, considèrent les recommandations d'un CTC sur le traitement comme une deuxième opinion, bien que la brochure de l'hôpital précise que celles-ci ne peuvent s'y substituer³⁰⁹. Ces exemples permettent de démontrer le caractère facultatif de ces décisions, caractéristique propre à l'acte de consultation.

Quant à la valeur probante de cette décision, elle diffère scientifiquement et juridiquement. Les décisions des CTC sont prises sur la base des données de la médecine factuelle ou EBM et de la recherche, et sur l'expertise clinique des médecins spécialistes qui y participent. Il faut rappeler que ces données sont les meilleures preuves cliniques disponibles³¹⁰. Ces données probantes de la médecine factuelle, combinées à l'approche de l'oncologie de précision dans un contexte de consultation interdisciplinaire constitueraient donc théoriquement

³⁰⁶ Programme Québécois de Dépistage du Cancer du Sein, *supra* note 69.

³⁰⁷ Wright et al, *supra* note 97 à la p 3: « Individual physicians or delegate [are] responsible for discussing the treatment options and conclusions, as discussed at the MCC, with the patient and making the ultimate treatment recommendations ».

³⁰⁸ *Ibid* à la p 1: « Individual physicians are responsible for making the ultimate treatment decision ».

³⁰⁹ Centre Hospitalier St Mary's, *supra* note 104; Voir El Saghir et al. qui considèrent l'opinion du CTC comme une forme de deuxième opinion. Voir El Saghir et al, *supra* note 93 à la p e461.

³¹⁰ Sackett, *supra* note 60.

au plan scientifique les meilleurs moyens de prise en charge d'un patient atteint de cancer. Scientifiquement, la décision d'un CTC peut alors avoir une force probante élevée découlant de ce consensus scientifique fort qui la sous-tend. Par contre, ces décisions ont-elles juridiquement une force obligatoire pour l'oncologue traitant ?

En général, nous sommes d'avis qu'un médecin ne peut être contraint de suivre une décision clinique plutôt qu'une autre dans l'accomplissement de son contrat médical. L'oncologue traitant est redevable à son patient sur la base du caractère *intuitu personae* de sa relation juridique. En effet, le contrat médical est basé sur une relation de confiance dont témoigne le patient envers l'oncologue³¹¹. Le patient s'attend donc à ce que son cocontractant, l'oncologue qu'il a choisi, honore personnellement ses obligations. L'oncologue traitant dans cette relation contractuelle, bien qu'il puisse en ayant le consentement de son patient demander l'opinion d'un expert, ne peut être obligé de suivre des décisions de soins prises par des tiers experts. Autrement, l'oncologue ne serait pas seul partie au contrat avec le patient et ne serait pas indépendant dans son jugement clinique. Ainsi, nous estimons qu'une décision d'un CTC ne peut le contraindre de remplacer son jugement clinique par celui d'un groupe interdisciplinaire bien qu'il y participe et que cette concertation soit exigée dans certains cas de cancer complexes. Juridiquement, la décision d'un CTC ne peut donc avoir force obligatoire : elle est une opinion semblable à celle émanant d'un médecin consultant. Dans la section qui suit, nous discuterons des conséquences juridiques du choix de l'oncologue traitant, en tant que médecin traitant, de retenir ou non l'opinion du CTC.

En résumé, la décision prise par un CTC bien qu'elle puisse avoir une valeur probante élevée au plan scientifique, juridiquement elle est une opinion qui résulte d'une relation traitant-consultant et qui n'a pas force obligatoire. L'oncologue qui présente le cas de son patient à un CTC reçoit une opinion émanant d'un groupe de consultants. Plus précisément, l'acte de consultation a lieu dans le cadre d'une réunion de divers intervenants où l'oncologue traitant qui présente le cas de son patient sollicite l'avis des autres intervenants présents qui agissent comme consultants. La pluralité des consultants n'est pas un obstacle à cette conclusion. Dans un article sur les implications juridiques des CTC, basé sur une analyse en common law, les auteurs Sidhom et Poulsen considère aussi que le recours à un CTC est un processus de consultation

³¹¹ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, *supra* note 158 au para 18.

formel (un « referral »)³¹². Par ailleurs, en tant que médecin traitant, participant aux discussions, l'oncologue accomplit un acte de soins en même temps que les autres participants du CTC. Ainsi, comme les médecins traitant et consultant dans un acte de consultation traditionnel, tous les médecins à cette réunion accomplissent des actes de soins simultanés. De plus, malgré la pluralité de consultants, l'oncologue traitant n'agit pas comme coordonnateur: la structure organisationnelle des CTC prévoit déjà des personnes désignées pour diriger ces rencontres et les discussions ayant lieu.

Enfin, bien que le recours à un CTC diffère, dans la composition et dans les moyens d'atteindre l'objectif, d'un acte de consultation, il partage notamment avec ce dernier l'objectif de servir d'outil supplémentaire pour l'oncologue dans sa prestation de soins.

c) Conclusions

Les deux volets de l'analyse qui précède nous ont permis de qualifier le lien entre l'oncologue et le CTC comme une relation juridique entre médecins traitant et consultant. L'examen de l'état du droit a d'abord permis de réunir les caractéristiques de la pratique de groupe, de l'équipe médicale et de l'acte de consultation et de faire des constats préliminaires. Par la suite, l'analyse comparative a permis de justifier ces constats et de proposer la solution juridique basée sur l'acte de consultation. En guise de conclusion, nous voulons faire quelques remarques au sujet de la solution proposée.

Deux caractéristiques de la pratique en CTC imposent une limite à la solution suggérée. Premièrement, le CTC en tant que groupe de consultants constitue une forme d'exercice collectif de la médecine telle que définie plus tôt dans cette section. Cependant, elle diffère des deux formes identifiées dans la doctrine et la jurisprudence, soit la pratique de groupe et l'équipe médicale. Deuxièmement, la consultation est réalisée par une équipe médicale non traditionnelle, un groupe de consultants, qui participent à des soins concertés pour un patient. Ces deux caractéristiques rejoignent l'opinion de l'ACPM sur les soins concertés ou « collaborative care », qui inclut plusieurs types de pratique de groupe sous cette appellation³¹³. Ainsi, ces deux particularités pourraient ouvrir la porte à la reconnaissance d'une nouvelle forme d'exercice collectif de la médecine, régie par des règles spécifiques.

³¹² Sidhom et Poulsen, *supra* note 295 à la p 952.

³¹³ Association Canadienne de Protection Médicale, *supra* note 83.

Entre temps, à défaut de règles normatives spécifiques régissant l'exercice collectif de la médecine en interdisciplinarité dans un centre hospitalier, la solution proposée permet de préserver une certitude et une constance dans les rapports juridiques entre l'oncologue traitant et le CTC. D'autant plus que cette solution basée sur l'acte de consultation est, tel que démontré, celle qui est la plus fondée sur l'état du droit actuel. Évidemment, cette opinion demeure une position qu'il faudrait soumettre au test des tribunaux.

Pour la suite de l'analyse, nous retiendrons donc que l'oncologue qui participe à un CTC agit en tant que médecin traitant qui doit rapporter à son patient les décisions du groupe de consultants, comme tout autre médecin dans une relation traitant-consultant. Sur cette base, nous examinerons dans la section qui suit ses obligations face à la décision du CTC en appliquant les règles doctrinales et jurisprudentielles existantes en matière de consultation tout en tenant compte des particularités des CTC.

2. Responsabilités de l'oncologue traitant face à une décision d'un CTC

Il a été démontré dans le cadre de l'analyse juridique de la relation de l'oncologue envers son patient qu'en vertu de la jurisprudence portant sur l'obligation de soigner, il est possible que l'oncologue soit tenu de consulter un CTC. L'analyse comparative a suggéré que cette relation avec le CTC en est une de traitant-consultant. La décision collective du CTC est donc une opinion émanant d'un groupe de consultants. Ainsi, à la suite de la participation à un CTC, l'oncologue traitant demeure responsable envers son patient et n'est donc pas déchargé de ses obligations envers lui. En tenant compte des règles en matière d'actes de consultation, nous examinerons la responsabilité de l'oncologue traitant face à une décision d'un CTC. Plus précisément, nous discuterons de son choix, en tant que médecin traitant, de retenir ou non la décision du CTC, et des conséquences juridiques de ce choix.

En général, dans une relation traitant-consultant, face à une décision d'un médecin consultant, le médecin traitant a trois options : accepter l'opinion du consultant, ne pas la suivre ou transférer le patient³¹⁴. Nous considérons que l'oncologue traitant a les mêmes choix, étant donné que juridiquement la décision d'un CTC est une opinion. Cependant, quelques particularités de cette décision peuvent avoir un impact sur ce choix et ses conséquences,

³¹⁴ Perreault, *supra* note 235 à la p 50.

notamment la participation active de l'oncologue traitant au processus de consultation et l'aspect collectif de la décision ou « group decision-making».

Tout d'abord, les particularités du processus de prise de décision d'un CTC peuvent influencer l'opinion que l'oncologue rapportera à son patient. Premièrement, l'oncologue traitant qui participe à un CTC discute comme ses confrères oncologues et autres spécialistes du cas de son patient. Il est un participant actif et peut donc exprimer, au cours de la réunion du CTC, son accord ou désaccord lors des discussions sur les décisions à prendre. Il faut rappeler que les discussions peuvent porter autant sur l'établissement que sur la révision du traitement choisi initialement par l'oncologue traitant. Deuxièmement, contrairement à la situation d'un consultant unique, une opinion d'un CTC émane de discussions collectives, pouvant impliquer des avis divergents. En théorie, les décisions collectives d'un CTC sur le traitement d'un patient donné peuvent : (1) être consensuelles, c'est à dire prises sans qu'il y ait un vote ou une opposition officielle ou (2) majoritaires et dans ce cas, cela peut supposer qu'il y ait un désaccord exprimé lors de la réunion³¹⁵.

D'abord, examinons les conséquences d'un refus de l'oncologue de suivre une décision d'un CTC. En général, « si le médecin traitant n'endosse pas les recommandations du consultant, il doit avoir des raisons valables et une expertise suffisante pour écarter ces recommandations »³¹⁶. À ce sujet, l'arrêt *McCormick c Marcotte*³¹⁷ est souvent cité. La Cour suprême y a reconnu la responsabilité d'un médecin qui n'avait pas suivi les recommandations d'un chirurgien-orthopédiste consulté. Ce dernier avait suggéré un mode d'intervention spécifique que le médecin traitant avait choisi de ne pas appliquer. Le défendeur n'avait pas la compétence pour utiliser la méthode d'intervention recommandée et il a opté pour une intervention désuète. Selon les auteurs Philips-Nootens et coll., en vertu de cet arrêt, estiment que la décision du médecin traitant de ne pas suivre la recommandation est une position beaucoup plus difficile à défendre, en cas de poursuite devant les tribunaux³¹⁸.

Ainsi, l'oncologue traitant qui décide de ne pas suivre la décision consensuelle ou majoritaire d'un CTC doit être en mesure de défendre son expertise, tâche qui pourrait s'avérer difficile. En effet, le consensus dans un CTC, correspond en théorie à ce qui est le plus proche

³¹⁵ Voir supra section I.B.1.; Voir aussi Sidhom et Poulsen, *supra* note 295 à la p 953.

³¹⁶ Perreault, *supra* note 235 à la p 50.

³¹⁷ *McCormick c Marcotte*, [1971] RCS 18.

³¹⁸ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, *supra* note 158 au para 331 citant *McCormick c Marcotte*, *supra* note 316 à la p 18.

des meilleures décisions cliniques de diagnostic ou de traitement existantes. Cependant, cette décision ne correspond qu'au standard de pratique scientifique. Ultimement, il reviendrait à un tribunal d'évaluer si la décision d'un CTC, consensuelle ou majoritaire, est le standard de pratique légal de l'oncologue prudent et diligent. De plus, il faut rappeler qu'un médecin traitant peut tout de même être tenu responsable du dommage causé à son patient même si ce dernier a consulté un spécialiste et suivi ses recommandations³¹⁹. À ce sujet les auteurs Picard et Robertson écrivent :

If a physician has consulted with colleagues (including specialists) and relied upon their opinion, does this necessarily preclude a finding of negligence? The answer is clearly no. The physician's reliance on the opinion of a colleague (even a specialist) is simply one factor to take into consideration in determining whether the physician acted with reasonable care in treating the patient³²⁰.

Par ailleurs, une décision majoritaire d'un CTC suppose l'existence d'autres opinions parmi les intervenants participants. Dans ces cas, toutes les options et approches raisonnables proposées en CTC doivent être expliquées au patient³²¹. Par exemple, le patient devrait recevoir l'information suffisante sur toutes les différentes options de traitements disponibles. L'oncologue traitant doit traiter cette situation comme un cas de dilemme thérapeutique, et respecter son obligation de soigner et d'informer. Certains auteurs vont jusqu'à suggérer que chaque intervenant présent en CTC qui n'est pas d'accord avec la décision majoritaire devrait en informer directement le patient pour éviter d'être tenu responsable³²². Nous ne sommes pas de cet avis, car le patient ne peut assumer le rôle de gérer ces différends. Il incombe à l'oncologue traitant d'informer le patient des différentes options thérapeutiques, de ces risques ou complications.

Examinons maintenant les conséquences du choix de l'oncologue traitant d'accepter la décision d'un CTC. En général, les règles applicables à un acte de consultation imposent à l'oncologue « de s'assurer que les conseils du consultant sont appropriés avant de les suivre »³²³. Certains auteurs suggèrent même au médecin traitant de référer le patient s'il n'est pas capable

³¹⁹ *Hunt et al v Szirmay-Kalos*, 2005 BCSC 496.

³²⁰ Picard et Robertson, *supra* note 156 à la p 320.

³²¹ Sidhom et Poulsen, *supra* note 295 à la p 953.

³²² *Ibid.*

³²³ Phillips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, *supra* note 158 au para 328.

d'évaluer l'acte de consultation³²⁴. Ainsi, si l'opinion du consultant s'avère fautive, le médecin traitant est le seul responsable de sa décision. Cette approche traditionnelle suppose que « n'est pas l'opinion ou la recommandation du médecin consultant qui est la cause du dommage, mais plutôt la décision du médecin traitant »³²⁵.

En Ontario, ACO semble opter pour cette approche dans les MCC Standards. Ces règles suggèrent qu'il est de la responsabilité du médecin traitant de prendre la décision ultime sur le traitement recommandé³²⁶. Le DQC ne suggère aucune règle à ce sujet. Dans les deux cas, nous estimons que cette approche basée sur la responsabilité unique du médecin traitant dans le cadre d'un acte de consultation traditionnel ne peut s'appliquer dans le contexte des CTC. En effet, elle n'est pas adaptée aux particularités des décisions collectives d'un CTC et ne tient pas compte de la participation active de l'oncologue traitant aux discussions. L'oncologue dans ce contexte n'aurait pas nécessairement la compétence pour évaluer une décision consensuelle ou même majoritaire. Ainsi, l'oncologue traitant ne peut être seul responsable d'évaluer cette décision, étant donné qu'elle-même émane d'un processus de concertation.

La doctrine sur l'acte de consultation identifie une alternative à cette approche traditionnelle de responsabilité unique du médecin traitant³²⁷. Les auteurs Philips-Nootens et coll. considèrent dans certains cas qu'il est « exorbitant d'imposer au médecin traitant le fardeau de contrôler le bien fondé d'attitudes thérapeutiques adoptées par des collègues plus spécialisés que lui »³²⁸. Dans le cas d'une pluralité de consultants, où le médecin traitant agit comme coordonnateur entre différents consultants spécialistes, ces auteurs suggèrent que comme : « dans le cas particulier de l'anesthésiste, il existe aussi des obligations communes aux praticiens soignant un même patient »³²⁹. Dans ces cas, un médecin traitant serait responsable « d'un fait qu'il aurait pu, ou dû contrôler, mais pas d'une erreur propre à ce spécialiste »³³⁰. Cette approche

³²⁴ Bernardot et Kouri, *supra* note 256 aux pp 179-180.

³²⁵ Voir Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, *supra* note 158 au para 328 citant Ménard et Martin, *supra* note 277 à la p 40.

³²⁶ Wright et al, *supra* note 97 à la p 3.

³²⁷ Cette approche est tirée de l'opinion des auteurs Philips-Nootens et coll.. Voir Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, *supra* note 158 au para 328; D'autres auteurs sans parler d'« approches », considèrent que si le médecin traitant n'a pas l'expertise pour évaluer l'acte de consultation, il ne sera pas responsable. Voir Perreault, *supra* note 235 à la p 52.

³²⁸ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, *supra* note 158 au para 329.

³²⁹ *Ibid* citant Philips-Nootens, *supra* note 263 à la p 351.

³³⁰ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, *supra* note 158 au para 329.

suppose que le consultant peut aussi être responsable de son opinion, si le médecin traitant n'est pas en mesure de l'évaluer³³¹.

Cette deuxième approche peut-elle être applicable dans le contexte d'un CTC ? L'oncologue, en tant que médecin traitant, n'est souvent pas en mesure d'évaluer la décision d'un CTC qui est émise à la suite d'une concertation d'experts et de différents intervenants. Cette approche, à l'opposé de la première analysée, mettrait le fardeau de la responsabilité davantage sur le groupe de consultants. Il est possible d'envisager une approche basée sur les obligations communes à tous les intervenants, traitant et consultants, ayant participé à la prise de décision. Cette discussion dépend de la nature de la relation liant le CTC ou chaque intervenant et le patient, ce dont nous discuterons dans la dernière partie de ce chapitre.

Face à la complexité de cette relation juridique, il est possible de prédire qu'un patient qui subit des dommages résultant d'une décision d'un CTC qui s'avère fautive, entamerait des procédures contre le CTC et/ou tous les intervenants ayant participé à ses soins. La dernière partie de ce chapitre analysera les fondements juridiques d'une telle possibilité, plus précisément l'existence d'une relation juridique entre le CTC ou chaque intervenant et le patient et d'obligations communes au groupe de consultants, incluant l'oncologue traitant.

C. CTC et le patient

Un CTC est un groupe de consultants dont fait partie divers intervenants de la santé. L'oncologue traitant présente le dossier de son patient à ces comités, en l'absence de ce dernier. Le médecin traitant reste généralement responsable de son patient pendant tout ce processus. Cependant, le CTC en tant que groupe ou les intervenants de la santé en faisant partie, en leur nom personnel, peuvent-ils aussi assumer une partie de la responsabilité? Pour répondre à cette question, il faudra établir l'existence d'un lien juridique entre le CTC et le patient et, le cas échéant, sa nature. L'existence d'une telle relation engendrerait des obligations envers le patient.

L'analyse portera donc premièrement sur la relation juridique qui peut lier le CTC et le patient, spécifiquement celle entre le patient et chaque médecin qui participe au CTC (ci-après « médecin-participant »). Notre analyse de la relation juridique se concentrera sur les intervenants de la santé qui sont médecins. Ensuite, nous répondrons à la question de la

³³¹ Perreault, *supra* note 235 à la p 52.

reconnaissance d'un CTC comme une entité juridique pouvant interagir avec le patient en tant que groupe.

L'existence d'une relation juridique engage nécessairement celle d'obligations juridiques envers le patient. Sachant que le contexte d'un CTC implique l'acte de plus d'un spécialiste pour le traitement d'un même patient, des obligations communes à tous ces intervenants envers le patient peuvent exister³³². Nous suggérons trois obligations communes principales, soit celles de faire preuve de compétence, d'assurer une communication efficace entre les membres du groupe et de maintenir la confidentialité des dossiers étudiés. Enfin, nous offrons une discussion sur la responsabilité juridique individuelle de chaque médecin participant, mais aussi leur responsabilité collective et celle de l'établissement de soins.

Avant tout, précisons que l'analyse que nous proposons est hypothétique, car elle n'a jamais fait l'objet d'étude par les tribunaux. Nous suggérons une avenue basée sur les règles régissant la relation traditionnelle de traitant-consultant, tel que définie par la doctrine, mais lorsque ces dernières sont incertaines ou ambiguës, nous référons aux règles générales de la responsabilité médicale.

1. Relation juridique

Généralement, en droit civil, une relation juridique entre un médecin et son patient peut naître d'un contrat médical d'obligations imposées par le législateur³³³. En common law, la responsabilité d'un médecin est évaluée notamment par la présence d'un « duty of care » dû par le médecin envers le patient. Dans une relation entre un traitant et un consultant, ce dernier crée-t-il, en droit civil, un lien juridique avec le patient ou, en common law un duty of care envers ce dernier? Cette relation juridique, le cas échéant, peut-elle exister si le patient ne rencontre jamais le médecin participant? Le raisonnement juridique diffère en common law et en droit civil, nous aborderons notre analyse séparément.

Avant tout, l'absence d'un contact en personne entre le patient et les médecins participants n'élimine pas de facto l'existence d'un lien ou d'un devoir juridique. En d'autres mots, l'absence du patient n'empêche pas la création d'une relation juridique en droit civil ou, en common law, d'un « duty of care » envers le patient.

³³² Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, *supra* note 158 au para 329.

³³³ *Ibid* au para 2.

L'existence d'un duty of care

En common law, ce devoir de prendre soin du patient de façon raisonnable est généralement évident dans une relation traditionnelle de consultation en personne entre un médecin et un patient³³⁴. Cependant, il peut aussi exister lorsqu'il n'y a pas de contact direct : différents raisonnements juridiques peuvent justifier cette conclusion

Premièrement, un tribunal pourrait attribuer un « duty of care » sans qu'il y ait eu un contact en personne entre les médecins et le patient, pareillement que dans une situation de consultation « de couloirs » entre médecins. En common law, se basant sur cette analogie avec la consultation « de couloirs », un tribunal pourrait considérer qu'un médecin-participant a un « duty of care » envers le patient de l'oncologue traitant. En effet, dans un *obiter* d'une décision de la Cour supérieure de l'Ontario, *Crawford v Penney*³³⁵ (confirmée en appel), la Cour écrit :

Notwithstanding that I am not required to rule on this question, in the circumstances of this case, had I concluded that a conversation did, in fact, take place and had I concluded that the advice given by Dr. Gillieson was negligent, in the absence of a clear disclaimer, I would have had no difficulty in concluding that a physician owes a duty to provide advice that meets the relevant standard of care and that a duty of care does, indeed, exist. In other words, I have serious doubts that there is, as the Defendants argue, a class of consultation known as a “hallway conversation” or a “corridor consult” attached to which there is no duty of care in favour of the patient for whom the advice or opinion is sought³³⁶.

Deuxièmement, il est aussi possible de justifier l'existence d'un duty of care d'un médecin-participant envers le patient, sur la base des règles générales issues de la jurisprudence de « negligence » sur la détermination d'un « duty of care »³³⁷. En effet, il faut noter que le patient n'est pas en relation thérapeutique directe avec le médecin-participant ce qui rend la détermination de l'existence de ce devoir de diligence ambiguë. En l'absence de précédents jurisprudentiels, un test en deux étapes, le « Ann's test », tel que modifié par l'arrêt *Cooper c*

³³⁴ Sidhom et Poulsen, *supra* note 295 à la p 951.

³³⁵ *Crawford (Litigation Guardian of) v Penney*, [2004] O.J. No. 3669 (C.A.) demande d'autorisation à la Cour Suprême du Canada rejetée *Crawford (Litigation Guardian of) v Penney*, [2004] S.C.C.A. No 496 (C.S.C.)

³³⁶ *Crawford v Penney*, *supra* note 335 au para 5.

³³⁷ Nicholas V Todd, « Medical negligence. An overview of legal theory and neurosurgical practice: duty of care » (2014) 28:2 Br J Neurosurg 209 à la p 209.

Hobart, permet d'évaluer l'opportunité de reconnaître un nouveau devoir en de telles circonstances³³⁸:

(1) Was the harm that occurred the reasonably foreseeable consequence of the defendant's act? And (2) are there reasons, notwithstanding the proximity between the parties established in the first part of this test, that tort liability should not be recognized here?³³⁹

Le premier principe contient deux critères : « reasonable foreseeability » et proximity³⁴⁰. La victime, ou le groupe à laquelle elle appartient, doit avoir été raisonnablement prévisible pour le défendeur et il doit exister une relation de proximité entre la victime et le défendeur³⁴¹. En matière de responsabilité médicale, ce principe s'énonce comme suit :

If it is reasonably foreseeable that negligence by the doctor may cause harm to a third party (whether identifiable or not), and if there is sufficient proximity between the doctor and the third party, a duty of care will arise (unless there are reasons of policy, which decline otherwise), and breach of that duty will result in the doctor being liable to the third party³⁴².

Dans le contexte d'un CTC, nous considérons que ce principe s'applique. Les médecins qui participent à un CTC prennent des décisions consensuelles ou majoritaires concernant le choix de traitement d'un patient d'un confrère, une tierce partie. Ces décisions peuvent avoir un impact sur le patient, car l'oncologue peut choisir de se baser sur celles-ci. Les médecins participants pourraient ainsi raisonnablement envisager que leurs décisions aient un impact sur le patient. Un tribunal pourrait ainsi reconnaître une proximité suffisante entre les médecins participants et le patient pour créer un « duty of care ». Quant à la deuxième question énoncée dans l'arrêt *Cooper*, nous ne sommes pas d'avis qu'il existe dans ce contexte des raisons valables, de politiques publiques ou d'équité, qui devraient empêcher la reconnaissance d'un « duty of care ». Au contraire, nous estimons qu'un partage équitable de la responsabilité entre l'oncologue traitant et les consultants du CTC est nécessaire, ce que nous discuterons dans la dernière section de la présente partie.

³³⁸ Picard et Robertson, *supra* note 156 à la p 221.

³³⁹ *Cooper c Hobart*, [2001] 3 RCS 537 au para 30 [*Cooper*]; Ces étapes sont toutefois critiquées, voir Karen Crawley et Shauna Van Praagh, « “Academic Concerns”—Caring about Conversation in Canadian Common Law » (2011) 34:2 Dalhous Law J 405 à la p 407.

³⁴⁰ Linda Edwards, J Stanley Edwards et Patricia Wells, *Tort Law*, 4e éd., New York, Cengage Learning, 2008 à la p 72.

³⁴¹ *Ibid.*

³⁴² *Ibid.*

Par ailleurs, les auteurs Sidhom et Poulsen offrent un raisonnement intéressant basé sur ces principes de « proximity » et « reasonable foreseeability » et sur la notion de consultation pour fonder l'existence d'un « duty of care » des médecins participant à un CTC envers le patient. D'abord, ils considèrent qu'en général, une demande formelle de consultation par un médecin à un autre peut créer un « duty of care » envers le patient³⁴³. Cet argument est justifié par le fait qu'un médecin qui reçoit une demande formelle d'une consultation d'un confrère, peut raisonnablement prévoir que son opinion affectera le patient³⁴⁴. Le médecin consultant possède donc le devoir de prendre soin de façon diligente et raisonnable du patient lorsqu'il rend son jugement ou son opinion³⁴⁵. Ces auteurs considèrent que ce raisonnement juridique s'applique dans le contexte d'un CTC. Ils sont d'avis, d'une part, que les références à un CTC sont des consultations formelles, et d'autre part, que la décision des médecins participants à un CTC a généralement une influence directe sur les soins prodigués au patient.

En bref, en common law, différents raisonnements juridiques peuvent fonder l'existence d'un « duty of care » des médecins participants envers le patient dont le dossier fait l'objet d'une étude en CTC. Ainsi, tout médecin participant aux discussions d'un CTC, qui suggère une approche de traitement à un patient de l'oncologue traitant, doit s'assurer que ses recommandations sont basées sur un bon jugement clinique.

La nature de la relation juridique en droit civil

En droit civil, « [...] la responsabilité médicale [peut] se fonder soit sur un rapport consensuel et donc apparenté au régime contractuel, soit sur l'obligation générale prescrite par l'article 1457 C.c.Q. de se comporter de façon à ne pas nuire à autrui »³⁴⁶. Si en droit civil, il est aussi possible de déduire une relation médecin participant-patient même s'il n'y a jamais eu une rencontre en personne, le raisonnement juridique pour y arriver est différent et est davantage complexe. En effet, la doctrine n'est pas claire sur la nature juridique du lien entre un médecin consultant et le patient du médecin traitant dans un acte de consultation traditionnel. Il faut davantage se référer aux règles générales de la responsabilité médicale.

³⁴³ Sidhom et Poulsen, *supra* note 295 à la p 952.

³⁴⁴ *Ibid* citant; John Hodgson, « Medical malpractice: an overview of the English position » (1994) 3 Ann Health Law 225.

³⁴⁵ Sidhom et Poulsen, *supra* note 295 à la p 952.

³⁴⁶ Baudouin, Deslauriers et Moore, *supra* note 154 au para 2-29.

Avant tout, comme dans le contexte de la télémédecine³⁴⁷, la relation médecin participant-patient dans un CTC est modifiée. Ce dernier émet une opinion sans jamais avoir rencontré le patient. Nous souscrivons à l'idée que «le médecin qui donne une consultation par vidéoconférence à un autre médecin concernant les soins à prodiguer à un patient pourrait donc, tout comme ce médecin référant, avoir des obligations face au patient même s'il ne l'a jamais vu, virtuellement ou face à face »³⁴⁸. Il peut donc être argumenté, comme en common law, qu'une relation juridique existe entre le médecin participant et le patient même s'il n'y a eu aucun contact direct. Il reste cependant à déterminer la nature de cette relation en droit civil.

En droit civil, la relation entre le médecin participant et le patient de l'oncologue traitant peut être de nature contractuelle ou extracontractuelle. La relation oncologue-patient est contractuelle. Rappelons que lorsque l'oncologue a recours à un CTC, il n'y a pas de transfert, mais bien un acte de consultation, et donc aucun bris du lien juridique qui unit l'oncologue à son patient. Par contre, y-a-t-il possiblement formation d'un nouveau contrat entre le médecin-participant et le patient ?

Même si le patient marque son accord pour la consultation, ce consentement autorise seulement une atteinte à sa personne par le médecin consultant et n'implique pas *ipso facto* la formation d'un nouveau contrat. Pour qu'il acquière deux débiteurs contractuels, il faudrait qu'il ait consenti spécifiquement à la prise en charge partielle par le second spécialiste, et que les tâches de l'un et de l'autre aient donc été bien définies. Si tel n'est pas le cas, le médecin traitant reste ultimement responsable à son égard de l'entière démarche thérapeutique, et donc du tiers qu'introduit dans l'exécution de son contrat de soin³⁴⁹.

Nous nous rangeons derrière cette opinion formulée en regard d'un acte de consultation traditionnel et la considérons applicable dans le contexte étudié des CTC. Cependant, nous devons aussi nous baser sur les règles générales en responsabilité médicale afin de justifier davantage l'existence de cette relation juridique. D'abord, si la relation médecin participant-

³⁴⁷ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, *supra* note 38, art 108.1: « On entend par « services de télésanté » une activité, un service ou un système lié à la santé ou aux services sociaux, pratiqué au Québec, à distance, au moyen des technologies de l'information et des communications, à des fins éducatives, de diagnostic ou de traitement, de recherche, de gestion clinique ou de formation. Toutefois, cette expression ne comprend pas les consultations par téléphone ».

³⁴⁸ Frédéric Pérodeau, « La télémédecine: enjeux juridiques et déontologiques » (2008) 287 *Tend En Droit Santé* Yvon Blais. L'auteur est civiliste, mais réfère à une source de common law pour arriver à cette conclusion. Nous considérons tout de même cette opinion soutenable en droit civil. .

³⁴⁹ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, *supra* note 158 au para 330.

patient n'est pas contractuelle, elle est nécessairement extracontractuelle³⁵⁰. De plus, la situation des médecins-participants d'un CTC est similaire à celle des radiologistes et à des anesthésistes dans un centre hospitalier³⁵¹. Comme ces professionnels, les médecins participants traitent le patient indépendamment d'une volonté personnalisée, c'est à dire qu'il n'y a pas de relation *intuitu personae* avec le patient. Dans l'affaire *Goupil c Centre hospitalier universitaire de Québec*, le tribunal a conclu à une responsabilité extracontractuelle entre la patiente et le pathologiste. La Cour supérieure explique qu' :

Il est clair, en effet, que le docteur Gagné n'a jamais conclu de contrat avec Francine Goupil et Laurent Todasco qu'il ne connaissait pas et à qui il n'a jamais parlé. C'est donc dans le cadre de l'article 1457 du Code civil du Québec que la responsabilité du docteur Gagné doit être examinée³⁵².

En fait, le choix des médecins qui participent à un CTC est une décision organisationnelle de l'établissement, de l'équipe interdisciplinaire régionale ou suprarégionale, ou même d'un choix personnel du spécialiste de participer. Le patient ne participe pas à ce choix ; il ne peut sélectionner les spécialistes qui participent au groupe qui discutera de son traitement. Pour toutes ces raisons, la relation entre le médecin-participant et le patient de l'oncologue traitant est nécessairement extracontractuelle. Les médecins participant à un CTC ont donc un devoir d'agir avec prudence et diligence envers le patient basé sur les principes bien connus de l'article 1457 C.c.Q..

Le CTC, une entité juridique indépendante ?

Quant à la possibilité de reconnaître une relation juridique entre le CTC en tant qu'entité indépendante et le patient, celle-ci a été écartée par plusieurs auteurs tant en droit civil qu'en common law. Dans une analyse des implications légales du « group decision » en common law, spécifiquement dans le contexte des CTC en Australie, les auteurs Sidhom et Poulsen écrivent :

The MDM group has no official legal identity. Unlike a corporation or a statutory body, a multidisciplinary group is not an incorporated body that itself can act and hence attract liability³⁵³.

³⁵⁰ Jean-Pierre Ménard et Denise Martin, *La responsabilité médicale pour la faute d'autrui*, Cowansville, Québec, Éditions Yvon Blais, 1992 à la p 49.

³⁵¹ Phillips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, *supra* note 158 au para 44.

³⁵² *Goupil c Centre hospitalier universitaire de Québec*, [2001] RJQ 1814 (C.S.).

³⁵³ Sidhom et Poulsen, *supra* note 295 à la p 952.

En droit civil, la même approche a été retenue envers l'équipe médicale. Celle-ci n'est pas considérée comme une entité indépendante, telle une personne morale. L'équipe médicale ne peut donc contracter avec le patient.

Le droit classique prônant l'individualisme, on peut se demander si, avec l'apparition de l'équipe médicale, il n'y a pas lieu d'aborder une nouvelle construction juridique de la responsabilité civile. La difficulté du problème réside dans le fait qu'une équipe médicale en tant que telle ne constitue pas une entité juridique distincte de ses membres, et par conséquent dotée d'une personnalité autonome. L'équipe médicale n'est pas une personne morale³⁵⁴.

Bien qu'il ait été démontré dans les sections qui précèdent qu'il faut différencier l'équipe médicale du CTC, les deux ne sont pas des entités juridiques indépendantes. À ce niveau, rien ne nous porte à croire que le CTC diffère. De plus, l'ACPM abonde dans le même sens :

« Les cadres juridiques actuels sont fondés sur la capacité juridique d'une personne et d'entités légalement constituées telles que des corporations et des sociétés de personnes; il n'existe aucune reconnaissance juridique d'une « équipe » sans personnalité morale »³⁵⁵.

L'ACPM estime que la reconnaissance d'une responsabilité d'entreprise (ou d'équipe) ne peut se faire qu'à travers une modification législative, démarche qu'elle ne considère pas nécessaire. À notre avis, sans nécessairement écarter cette avenue pour une analyse future, nous alignons notre analyse vers une approche individualiste de la responsabilité médicale. L'existence d'obligations communes et le recours à la règle générale de l'article 1480 C.c.Q. constituent des moyens pour atteindre le but recherché, soit la reconnaissance de la responsabilité des divers intervenants de la santé.

En résumé, à la lumière de l'analyse effectuée tant en droit civil qu'en common law, il est possible de conclure avec certitude qu'il existe une relation juridique entre le médecin participant et le patient de l'oncologue traitant même s'il n'y a aucun contact direct entre eux. Dans les deux cas, la relation juridique existe entre le patient et chaque médecin participant. Le patient contracte donc individuellement avec son oncologue et chaque médecin participant se doit de faire preuve de prudence et de diligence envers le patient sur la base d'une relation extracontractuelle. En common law, tant l'oncologue traitant que le médecin participant a un

³⁵⁴ Alain Bernardot et Robert P Kouri, « La responsabilité civile de l'équipe médicale » (1974) 34 R du B 8 à la p 10.

³⁵⁵ Association Canadienne de Protection Médicale, *supra* note 83.

«duty of care» envers le patient. Ces actes médicaux simultanés créent l'existence d'obligations communes à tous les intervenants de la santé qui participent à un CTC.

2. Obligations communes

Le travail de plus d'un médecin envers un patient peut faire naître des obligations communes. Le travail en CTC engendre nécessairement l'existence de tâches communes, donc la naissance de telles obligations³⁵⁶. Ces obligations, comme dans le contexte de l'équipe médicale, incombent à tous les intervenants participants, médecins ou non, et à l'oncologue traitant. Nous proposons l'existence de trois obligations communes soit celles de faire preuve de compétence, d'assurer une communication efficace et de maintenir la confidentialité des informations relatives au patient.

a) Faire preuve de compétence

L'objectif du travail interdisciplinaire est la réunion de diverses compétences en vue d'offrir les meilleurs soins, basées sur les données de l'EBM, aux patients atteints d'un cancer³⁵⁷. Les intervenants de la santé qui participent à ce travail doivent nécessairement faire preuve de compétence pour la réalisation de l'objectif de cette concertation.

En effet, le DQC, dans son bilan 2005-2009, considère la mise en place de réunions de CTC sous l'objectif de l'excellence et de la qualité des pratiques en oncologie³⁵⁸. La qualité des interventions en oncologie passe notamment par la mise en place de CTC qui regroupent différents spécialistes médicaux en vue d'établir le traitement optimal³⁵⁹. De plus, l'Avis sur l'interdisciplinarité considère la compétence individuelle comme une condition essentielle pour l'implantation des équipes interdisciplinaires. Chaque membre de l'équipe « doit assumer son expertise disciplinaire [...] et contribuer à la [compétence de l'équipe] ». « Chacun des professionnels doit aussi connaître les données probantes propres à sa discipline en oncologie, respecter les normes et standards de sa pratique et pouvoir compter sur des conditions facilitant

³⁵⁶ Voir Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, *supra* note 158 aux paras 155 et 329.

³⁵⁷ Voir *supra* section II.B.

³⁵⁸ Direction de la Lutte contre le Cancer, *supra* note 130 à la p 14.

³⁵⁹ *Ibid.*

la mise à jour et le maintien de sa compétence »³⁶⁰. Ces exigences de compétences peuvent aussi être appliquées aux différents intervenants dans les CTC.

Il faut rappeler que les CTC agissent aussi comme comité réviseur des diagnostics et des traitements initialement établis par des médecins traitants. Cette fonction nécessite nécessairement le plus haut degré de compétence de la part de l'ensemble des intervenants de la santé. À titre d'exemple, à Terre Neuve, ce sont des « tumour boards » qui ont participé à la révision de 400 dossiers de patientes dont les résultats pathologiques pour détecter une tumeur au sein s'étaient avérés erronés³⁶¹. Étant donné ce degré de compétence exigé, l'auteure Larouche suggère qu'il serait bénéfique que les intervenants de la santé dans le contexte d'interdisciplinarité suivent des programmes de formation continue sur la collaboration interprofessionnelle³⁶².

Le respect des standards de pratique serait la base de l'accomplissement de cette exigence de compétence. Bien que chaque médecin participant soit requis de contribuer à la hauteur de son expertise dans son domaine, la décision qui en ressort est collective.

Cette obligation de compétence exige aussi un processus de prise de décision clair afin d'éviter une situation litigieuse avec le patient faisant l'objet de l'étude³⁶³. La communication joue nécessairement un rôle important dans ce processus.

b) Assurer une communication efficace

L'obligation d'assurer une communication efficace concerne tant la communication orale qu'écrite. Afin d'éviter les erreurs qui peuvent donner lieu à des situations litigieuses entre les intervenants, entre eux et le patient, le groupe de consultants doit s'assurer de maintenir une bonne communication³⁶⁴. Cette obligation inclut aussi l'exigence de constituer un procès-verbal à chaque réunion.

³⁶⁰ Direction de la lutte contre le cancer, *supra* note 17 à la p 36; Wright et al, *supra* note 97 à la p 3 « Individual physician or delage is »responsible for providing expert opinion from their area of expertise".

³⁶¹ Voir *Doucette v Eastern Regional Integrated Health Authority*, 2007 NLTD 138.

³⁶² Christiane Larouche, « Pratique interdisciplinaire quelques stratégies pour réduire au minimum les risques de responsabilité » (2011) 46:2 *Médecin Québec* 70 à la p 72.

³⁶³ *Ibid.*

³⁶⁴ *Ibid* à la p 71: L'auteure traite de la pratique collaborative en général et non spécifiquement au CTC ni aux équipes interdisciplinaires en oncologie. L'Avis sur l'interdisciplinarité propose aussi une approche scientifique de prise de décision en interdisciplinarité. Voir Direction de la lutte contre le cancer, *supra* note 17 à la p 50.

Le premier volet de cette obligation consiste à s'assurer que chacun des intervenants de la santé présents à un CTC connaît son rôle auprès du patient. Leurs interventions lors des discussions doivent être claires, et bien soutenues, pour éviter qu'il leur soit attribué une opinion qui n'est pas la leur. Étant donné le potentiel de responsabilité de chacun des médecins participants, il est recommandé qu'aucune personne ou spécialité ne domine les discussions collectives au détriment d'autres³⁶⁵. Des discussions ouvertes et respectueuses diminuent le risque d'erreur³⁶⁶. Évidemment, une bonne communication entre les intervenants suppose aussi une bonne tenue de dossier de la part du groupe de consultants.

Ce deuxième volet au sujet de la communication écrite est important, étant donné que le groupe de consultants prend généralement une seule décision et est redevable auprès de l'oncologue traitant et du patient. Les discussions collectives qui mènent à cet acte décisionnel unique doivent être prises en note. En général, chaque médecin a l'obligation de tenir un dossier du patient³⁶⁷. Cependant, en plus de cette obligation individuelle bien ancrée en responsabilité professionnelle en droit civil et en common law, elle peut aussi être exigée du groupe de consultants.

En fait, les MCC Standards, afin de remédier à l'absence de règle normative spécifiquement applicable au MCC, prévoient une obligation de tenir un registre des discussions : « a record of the MCC discussion, for each patient, should be kept by the MCC Coordinator »³⁶⁸. Il est certainement souhaitable qu'il y ait une trace écrite des cas discutés et des recommandations formulées en CTC.

Par ailleurs, la Commission d'appel et de révision des professions de la santé de l'Ontario a déjà reproché à un chirurgien le défaut d'avoir fourni des notes de la réunion de CTC, notamment en ce qui a trait aux discussions et aux personnes présentes³⁶⁹. Cette affaire discute de plusieurs autres manquements et n'offre pas de justifications spécifiques quant aux raisons entourant la non-divulgence de ces notes. Le médecin défendeur se justifie brièvement en

³⁶⁵ Jeanie Molyneux, « Interprofessional teamworking: what makes teams work well? » (2001) 15:1 J Interprof Care 29.

³⁶⁶ Frances M Boyle et al, « Cancer: communicating in the team game » (2004) 74:6 ANZ J Surg 477.

³⁶⁷ *Medicine Act*, 1991, SO 1991, c 30; *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin*, RLRQ c M-9, r 203.

³⁶⁸ Action Cancer Ontario, *supra* note 128 à la p 7.

³⁶⁹ *KE v ODR*, [2012] CanLII (ON HPARB).

arguant que c'est l'oncologue en chef qui aurait pris les notes³⁷⁰. Cette décision permet néanmoins d'illustrer l'importance de la communication écrite, sans offrir davantage d'explication.

Enfin, toutes les notes (procès-verbaux ou autres formes) de réunions de CTC doivent évidemment être assujetties aux exigences de confidentialité les plus strictes.

c) Maintenir la confidentialité des patients

L'un des moyens utilisés dans le contexte de l'interdisciplinarité dans le but d'atteindre la meilleure prise en charge possible du patient atteint d'un cancer est le partage de l'information à son sujet. Cet échange d'information sur le patient se fait entre médecins, mais également avec les autres intervenants de la santé, qu'ils soient régis par le *Code des Professions*³⁷¹ ou non. L'obligation d'assurer la confidentialité n'aurait pas la même base juridique pour un médecin que pour les autres intervenants de la santé participants, quoique cette obligation soit commune à tous.

Tel que discuté dans ce texte, il n'y a pas de règles normatives spécifiques régissant l'interdisciplinarité dans un centre hospitalier. Lorsqu'il est question de confidentialité, il faut donc se tourner vers les règles générales du C.c.Q. et des lois spécifiques qui régissent les professionnels. L'article 37 C.c.Q. s'applique à toute personne, professionnelle ou non, qui recueillent des renseignements sur une autre. Ainsi, elle ne peut « les communiquer à des tiers ou les utiliser à des fins incompatibles avec celles de sa constitution » et « porter autrement atteinte à la vie privée de l'intéressé ni à sa réputation »³⁷². L'Avis sur l'interdisciplinarité précise que des règles spécifiques doivent porter sur « le respect de la confidentialité des informations partagées »³⁷³.

Tout professionnel régi par le Code des professions, c'est à dire membre d'un ordre professionnel mentionné à l'annexe 1 de ce Code ou constitué en vertu de ce dernier, doit, en plus de la confidentialité, assurer le respect du secret professionnel. Le droit au secret professionnel est aussi prévu à la *Charte des droits et libertés de la personne* (ci-après

³⁷⁰ *Ibid* au para 64.

³⁷¹ *Code des professions*, RLRQ c C-26.

³⁷² Code civil, *supra* note 168, art 37.

³⁷³ Direction de la lutte contre le cancer, *supra* note 17 à la p 40.

«Charte»)³⁷⁴. Ainsi, « le professionnel doit respecter le secret de tout renseignement de nature confidentielle qui vient à sa connaissance dans l'exercice de sa profession »³⁷⁵. La Charte garantit à toute personne « le droit au respect du secret professionnel »³⁷⁶. Pour l'oncologue traitant et les médecins participants, l'obligation de respecter le secret professionnel est prévue à l'article 20 C.d.m. et inclut entre autres celle de « [...] garder confidentiel ce qui est venu à sa connaissance dans l'exercice de sa profession »³⁷⁷. Cette obligation de confidentialité a été considérée par la Cour suprême comme partie intégrante de la nature fiduciaire de la relation médecin-patient³⁷⁸.

Qu'en est-il des non professionnels qui participent à un CTC? Les MCC Standards énoncent que la protection de la confidentialité incombe au médecin traitant ou à son remplaçant³⁷⁹. Dans le contexte québécois, l'article 20 C.d.m. prévoit que tout médecin, dans le cadre de son obligation de préserver le secret professionnel, « doit prendre les moyens raisonnables à l'égard des personnes qui collaborent avec lui pour que soit préservé le secret professionnel »³⁸⁰. Cette obligation positive, c'est à dire de prendre action, s'impose à l'oncologue traitant³⁸¹. Les médecins participants, étant aussi redevable envers le patient, doivent respecter cette obligation.

Cependant, il est raisonnable de penser que l'oncologue traitant et les autres médecins qui participent à un CTC se trouvent à ne collaborer que ponctuellement avec d'autres intervenants de la santé, non-professionnels. Ces derniers ne sont pas sous son autorité et, bien souvent, la collaboration peut se limiter à la réunion en CTC. Dans ce contexte, ce n'est donc pas le rôle de l'oncologue traitant de prendre des actions pour s'assurer que tous les intervenants au CTC respectent cette obligation. Nous estimons déraisonnable qu'il assume ce fardeau alors que la collaboration n'est que ponctuelle. Ainsi, les intervenants non-professionnels ont donc aussi individuellement l'obligation de respecter la confidentialité des patients étudiés.

Il ne fait aucun doute que la protection des informations personnelles est un enjeu important dans le travail interdisciplinaire. Cette question est d'autant plus importante dans une approche de traitement basée sur l'oncologie de précision étant donné les informations

³⁷⁴ *Charte des droits et libertés de la personne*, RLRQ c C-12.

³⁷⁵ *Code des professions*, *supra* note 371, art 60.4.

³⁷⁶ *Charte des droits et libertés de la personne*, *supra* note 374, art 9.

³⁷⁷ *Code de déontologie des médecins*, *supra* note 161, art 20(1).

³⁷⁸ Voir *McInerney c MacDonald*, [1992] 2 RCS 138; Picard et Robertson, *supra* note 156 aux pp 16-17.

³⁷⁹ Wright et al, *supra* note 97 à la p 3.

³⁸⁰ *Code de déontologie des médecins*, *supra* note 161, art 20(3).

³⁸¹ Pérodeau, *supra* note 327 à la p 78.

génétiques qui peuvent circuler concernant un patient. Toute violation de la confidentialité de ce type de données a le potentiel d'engendrer des conséquences pour les membres de la famille d'un patient, étant donné le caractère héréditaire de cette information.

Pourtant, les documents de références québécois ne suggèrent aucune forme de protection. ACO suggère au MCC de s'assurer que toutes les personnes présentes soient conscientes des enjeux de confidentialité³⁸². Ainsi, ACO conseille de rendre les images anonymes lorsque possible et de prévoir dans les « Terms of reference », toute autre mesure pour sécuriser l'information. Les mesures suggérées par ACO peuvent être transposées dans le contexte québécois. Nous suggérons aussi que tout patient soit présenté à un CTC par un code remplaçant son identité.

Toute mesure de protection pourrait alléger le fardeau notamment de l'oncologue traitant de préserver le secret professionnel, qui est une obligation de résultat. Bien que cette obligation lui incombe inévitablement, celle-ci n'échappe pas aux autres médecins participants. D'ailleurs, nous considérons que tous les intervenants participants doivent aussi s'assurer que l'information qui circule soit bien protégée et qu'elle ne circule pas en dehors de ce contexte. Ainsi, maintenir la confidentialité est une obligation commune au groupe de consultants. Tout manquement à cette obligation et aux autres peut causer des dommages au patient et entraîne la responsabilité individuelle de chaque intervenant. Le patient lésé pourrait aussi être tenté de chercher la responsabilité collective ou même de l'hôpital où la rencontre de CTC a lieu.

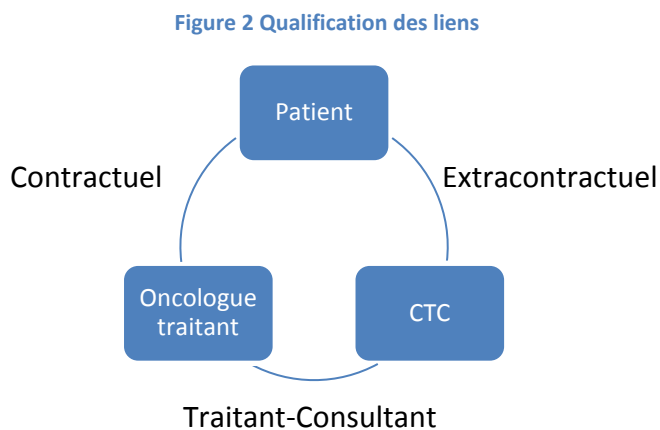
3. Discussion : responsabilité individuelle, collective et hospitalière

Ultimement, le patient soigné par un oncologue qui consulte un CTC dans le choix du traitement dispensé voudrait être compensé pour les dommages causés en cas de faute découlant de cette décision collective. Dans cette relation tripartite, qui peut être tenu responsable ? Un médecin participant peut-il être responsable à l'égard du patient de l'oncologue traitant ? Le patient se tournera automatiquement vers son oncologue traitant, seul médecin avec qui il a eu un contact en personne. Or, plusieurs médecins ont une relation juridique avec le patient ou possède un « duty of care » envers celui-ci; il peut donc y avoir plusieurs défendeurs potentiels. Le but de cette section n'est pas d'offrir des réponses exhaustives à ces questions en émergence, mais

³⁸² Action Cancer Ontario, *supra* note 128 à la p 8.

simplement de proposer une avenue pour déterminer la responsabilité des médecins participants et de l'oncologue.

Il faut d'abord rappeler les bases de l'approche individualiste de la responsabilité médicale. En droit civil, la faute est le manquement à un devoir ou obligation qui découle de l'existence d'une relation contractuelle ou extracontractuelle³⁸³. Il faut aussi l'existence d'un préjudice qui soit la conséquence directe et immédiate de la faute. Quant au régime de common law, plus précisément celui du « tort of negligence », il est similaire, mais non semblable. Cinq critères sont nécessaires. L'existence d'un « duty of care » envers le patient, la violation du standard de pratique par le médecin, l'existence d'un préjudice causé par l'acte du médecin et l'« absence of remoteness ». Le contexte tripartite exposé dans ce texte et l'existence de divers types de relations (contractuelle et extracontractuelle) emportent de nouvelles perspectives dans la détermination du risque de responsabilité (figure 2).



Certains auteurs et l'ACPM estiment que ces régimes de responsabilité individuelle sont adaptés au contexte d'interdisciplinarité ou de soins concertés³⁸⁴, d'autres suggèrent que les tribunaux et les ordres professionnels devraient clarifier les règles dans ce contexte³⁸⁵. Il est certains que le contexte des CTC suscite certaines questions sur le partage de la responsabilité clinique entre les différents professionnels, notamment l'oncologue traitant, les autres

³⁸³ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, *supra* note 158 au para 50.

³⁸⁴ Conference Board du Canada, « Le risque de responsabilité dans les soins interdisciplinaires: Découvrir de nouvelles perspectives » (avril 2007), en ligne: Conference Board du Canada <<http://www.conferenceboard.ca/e-library/abstract.aspx?did=1990>>; Sidhom et Poulsen, *supra* note 294; Association Canadienne de Protection Médicale, *supra* note 83.

³⁸⁵ William Lahey et Robert Currie, « Regulatory and medico-legal barriers to interprofessional practice » (2005) 19:s1 J Interprof Care 197.

professionnels et non professionnels, et l'hôpital. Théoriquement, la discussion sur la responsabilité peut s'étendre d'une responsabilité individuelle de l'oncologue traitant et/ou de chacun des médecins participants, du CTC collectivement à celle de l'hôpital.

Avant tout, les parties précédentes de ce chapitre, ont permis d'écarter l'avenue de l'approche traditionnelle à la responsabilité individuelle, soit celle où l'oncologue traitant serait seul tenu responsable suite à une décision fautive d'un CTC³⁸⁶. De plus, nous avons aussi conclu que le CTC ne pouvait être reconnu comme entité indépendante, écartant de ce fait la responsabilité du CTC en tant que groupe. Nous proposons donc de discuter principalement des bases de la responsabilité individuelle de chaque médecin participant et de la possibilité de reconnaître des fautes communes aux médecins impliqués dans cette relation tripartite.

Responsabilité individuelle de l'oncologue et de chaque médecin participant

Plusieurs auteurs étudiant la responsabilité des actes de divers médecins dans les soins d'un même patient penchent vers une responsabilité individuelle de chaque médecin³⁸⁷. Généralement, ces discussions ont lieu dans le contexte d'une équipe médicale ou d'un acte de consultation qui implique plus d'un consultant. En effet, les auteurs Philips-Nootens et coll. sont d'avis que dans le contexte d'actes simultanés, provenant de plusieurs consultants et du médecin traitant, ce dernier serait responsable « d'un fait qu'il aurait pu, ou dû contrôler, mais pas d'une erreur propre à ce spécialiste »³⁸⁸. Cette règle suppose que les consultants peuvent aussi être tenus responsables à titre individuel. Similairement, dans le contexte d'une équipe médicale en chirurgie, le chirurgien serait responsable de ses actes personnels et non de ceux des autres spécialistes³⁸⁹. La doctrine en matière de responsabilité médicale est plus développée dans le contexte de l'équipe médicale. Ainsi, pour les fins de notre analyse, nous exposerons d'abord les règles de la responsabilité individuelle dans une équipe médicale, et ensuite, nous les adapterons au contexte des CTC.

³⁸⁶ Voir *supra* section III.B.2.

³⁸⁷ Sidhom et Poulsen, *supra* note 295; Conference Board du Canada, *supra* note 384; Philips-Nootens, *supra* note 264; Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, *supra* note 158.

³⁸⁸ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, *supra* note 158 au para 329 citant Philips-Nootens, *supra* note 263 à la p 357.

³⁸⁹ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, *supra* note 158 aux paras 153-155.

D'abord, dans une équipe médicale, le chirurgien a un contrat médical avec son patient, mais une relation extracontractuelle existe entre l'anesthésiste et le patient. Le partage de la responsabilité dans une relation tripartite en équipe médicale consiste en l'idée que chaque spécialiste est responsable des actes qui relèvent de sa spécialité. C'est la sanction de fautes personnelles attribuables à chaque spécialiste individuellement. Par contre, la responsabilité de l'équipe médicale peut aussi être déterminée par l'existence d'obligations communes pouvant mener à des fautes communes, où tous les médecins ayant participé à la décision peuvent être responsables des dommages causés³⁹⁰. Ainsi, si une faute commune cause un préjudice au patient, il est possible d'avoir plusieurs défendeurs³⁹¹. Chaque défendeur, par exemple le chirurgien et l'anesthésiste, serait responsable de leur propre manquement à une obligation, qui s'avère commune aux deux spécialistes³⁹².

Nous sommes d'avis que cette approche pour la détermination de la responsabilité médicale dans le contexte de l'équipe médicale est applicable dans le contexte étudié, quoiqu'il soit possible d'apporter quelques nuances. En effet, dans le contexte d'un CTC, il a été démontré que chaque médecin participant a une relation juridique extracontractuelle avec le patient ou, en common law, un « duty of care » envers ce dernier. Similairement à l'équipe médicale, la relation tripartite oncologue, CTC et patient contient un lien juridique contractuel et un autre extracontractuel. Dans cette relation, il y aurait aussi des obligations individuelles et des obligations communes. Cependant, nous estimons qu'il serait plus difficile d'envisager des obligations individuelles propres à chaque intervenant alors que l'acte qui émane d'un CTC est unique et résulte d'une concertation entre ces divers intervenants. La responsabilité dans cette relation tripartite serait donc généralement basée principalement sur des fautes communes, découlant de manquement aux obligations communes (de compétence, de communication et de confidentialité) qui incombent à tous les intervenants de la santé qui participe à un CTC.

Au même titre qu'un anesthésiste et un chirurgien dans une équipe chirurgicale ayant commis une faute commune, tous les participants à un CTC et l'oncologue traitant qui ont manqué à l'une des obligations communes dans la prise d'une décision, pourraient être poursuivis individuellement. Par ailleurs, nous sommes d'avis qu'en cas de responsabilité, il serait possible de prévoir une solidarité entre les défendeurs. En effet, l'article 1480 C.c.Q.

³⁹⁰ *Ibid* au para 155.

³⁹¹ Philips-Nootens, *supra* note 264 à la p 353.

³⁹² *Ibid* au para 353.

prévoit une solidarité entre les personnes ayant participé à un fait collectif fautif qui entraîne un préjudice³⁹³. L'article 1480 prévoit que :

Lorsque plusieurs personnes ont participé à un fait collectif fautif qui entraîne un préjudice ou qu'elles ont commis des fautes distinctes dont chacune est susceptible d'avoir causé le préjudice, sans qu'il soit possible, dans l'un ou l'autre cas, de déterminer laquelle l'a effectivement causé, elles sont tenues solidairement à la réparation du préjudice. (Nos italiques)

Ainsi, nous nous intéressons seulement à la première situation prévue à cet article, que nous estimons applicable dans le contexte étudié. Cependant, la notion de « fait collectif fautif » prévue à l'article est controversée et son application incertaine en responsabilité médicale³⁹⁴. Malgré tout, l'opinion de certains auteurs à ce sujet pourrait fonder des arguments en faveur de l'application de cette notion dans le contexte d'un CTC. Premièrement, selon l'auteure Isabelle Duclos : « pour être en présence d'un fait collectif fautif, plusieurs personnes doivent avoir entraîné un dommage en participant collectivement, soit par une série d'actes connexes et inséparables soit par leur apport à une seule action »³⁹⁵. L'idée qu'un fait collectif fautif correspondrait à l'acte fautif unique de plusieurs personnes, coïncide avec les caractéristiques de la décision unique d'un CTC qui émane de discussions collectives. Deuxièmement, comme l'auteur Boulanger, nous considérons que cet article trouverait application dans le cas de faute commune³⁹⁶. À ce sujet, il résume son opinion comme suit :

[L'article 1480 C.c.Q.] est articulé autour de deux axes : la faute commune et l'allègement du fardeau de preuve par l'emploi de l'adjectif « susceptible ». Ce n'est pas l'adjectif « probable » qui a été utilisé par le législateur mais bien un qualificatif qui dénote une exigence bien moindre pour celui qui se réclame de l'article 1480 C.c.Q.³⁹⁷.

Ainsi, nous sommes d'avis que l'article 1480 C.c.Q., s'il est interprété dans le sens proposé par les auteurs Duclos et Boulanger, s'appliquerait dans le contexte étudié. Sur cette base, il serait possible de parler de responsabilité collective des participants à un CTC incluant l'oncologue traitant.

³⁹³ Code civil, *supra* note 168, art 1480.

³⁹⁴ Voir Julie Savard et Judith Rochette, « La solidarité des défendeurs en matière de recours en responsabilité médicale et hospitalière: où en sommes-nous? » (2012) 14 Collection Blais 129.

³⁹⁵ Duclos, *supra* note 253 à la p 60.

³⁹⁶ Marc Boulanger, « La responsabilité médicale : une Cour suprême quelquefois courageuse, quelquefois frileuse » (2005) 230 *Développements Récents en Responsabilité Médicale et Hospitalière* 91 à la p 140.

³⁹⁷ *Ibid.*

En common law, les auteurs Sidhom et Poulsen appuient l'idée de « l'accountability of individual doctors » dans le contexte d'un CTC : « any group decision must be considered to have been made on the basis of the individual opinions of the doctors present at the meeting »³⁹⁸. Par ailleurs, une décision intéressante de la Cour de justice de l'Ontario³⁹⁹, qui s'approche de cette opinion, mérite d'être analysée. Dans cette affaire, un patient admis en psychiatrie dans un centre hospitalier, où il avait été pris en charge par une équipe constituée notamment d'un psychiatre, un psychologue, des infirmiers et un travailleur social, a subi des dommages lorsqu'il a sauté par la fenêtre et a été frappé par une voiture. La Cour a reconnu la responsabilité individuelle des médecins traitants faisant partie de l'équipe et de certains infirmiers. Plusieurs fautes étaient à la base de cette conclusion de « négligence », notamment le défaut de l'un des infirmiers d'avoir suffisamment observé le patient alors qu'il était sous sa charge. Bien que l'infirmier en charge était identifié, la Cour a estimé que cette faute était attribuable à toute l'équipe :

That deficiency rested in the fact that there was no designation of a specific team member to make the sightings in accordance with the level of observation; nor was there any requirement or practice that the person making the sightings sign a docket verifying the fact, as well as the time, of the sighting⁴⁰⁰.

Le tribunal a reconnu ainsi la responsabilité individuelle des médecins et infirmiers impliqués sur la base d'une faute commune à l'équipe ayant été la cause des dommages au patient. Les auteurs Lahey et Currie considèrent que cette affaire représente la situation la plus proche, disponible dans la jurisprudence, d'une responsabilité médicale dans un contexte interdisciplinaire⁴⁰¹.

Enfin, les auteurs Sidhom et Poulsen suggèrent quelques nuances à cette approche de responsabilité individuelle de chacun des médecins participants à un CTC⁴⁰². D'abord, chaque médecin participant serait présumé avoir participé à la décision, à moins qu'il ait exprimé son désaccord expressément⁴⁰³. Cette présomption s'appliquerait même si le médecin participant est resté silencieux lors de la réunion. C'est le cas d'une décision consensuelle où il n'y a généralement pas d'opposition officielle. À l'opposé, tout médecin qui s'est expressément

³⁹⁸ Sidhom et Poulsen, *supra* note 295 à la p 952.

³⁹⁹ *DeJong (Litigation Guardian of) v Owen Sound General & Marine Hospital*, [1996] OJ No 809.

⁴⁰⁰ Lahey et Currie, *supra* note 384 à la p 213 citant *Ibid* au para 170.

⁴⁰¹ Lahey et Currie, *supra* note 385 à la p 212.

⁴⁰² Sidhom et Poulsen, *supra* note 295 à la p 952.

⁴⁰³ *Ibid*.

opposé à la décision collective ne verra pas sa responsabilité engagée. Ce scénario s'applique dans le cas d'une décision majoritaire. Ensuite, la responsabilité peut aussi être limitée par l'expertise du médecin participant. Selon ces auteurs, un médecin participant qui assiste à une discussion en dehors de son champ d'expertise ne pourrait être tenu responsable. À titre d'exemple, un oncologue médical qui participe à un CTC sur le cancer du cou et de la tête ne serait pas responsable d'une décision prise par les chirurgiens présents portant sur la chirurgie la plus appropriée⁴⁰⁴.

Cette approche pour déterminer la responsabilité dans le contexte d'une relation multiple, aussi reconnue dans le cas des équipes médicales ou de relations traitant-consultant, permet la responsabilisation de tous les médecins ayant des obligations envers le patient. En fait, l'objectif du recours à un CTC est soit d'établir le meilleur traitement, soit de réviser le traitement initial sur la base des données scientifiques les plus récentes et probantes (EBM ou de la médecine factuelle). Plusieurs intervenants de la santé participent à des discussions collectives en vue de prendre une décision sur le patient étudié. Nous considérons donc que l'oncologue traitant ne peut assumer seul cette décision, sachant qu'il a recours à un CTC dans le but de s'assurer d'offrir le meilleur traitement à son patient. Tous les médecins-participants doivent être conscients que leur présence impacte directement les soins d'un patient. Cette approche pourrait s'étendre à tous les intervenants de la santé qui participent aux discussions menant à la décision⁴⁰⁵.

Responsabilité hospitalière

Enfin, la collaboration entre ces intervenants de la santé a lieu dans un centre hospitalier. Le type de CTC étudié dans ce texte opère dans un centre hospitalier où une forme de structure organisationnelle est établie. Il n'est donc pas possible de passer sous silence la potentielle responsabilité de l'établissement de soins⁴⁰⁶. Un centre hospitalier peut être tenu responsable de sa faute directe ou de celle de ses employés. Il a été déterminé, dans une décision récente, que le médecin n'est pas le préposé de l'hôpital⁴⁰⁷. Ce n'est donc pas sous cet angle que le centre

⁴⁰⁴ *Ibid.*

⁴⁰⁵ Voir Lahey et Currie, *supra* note 384; Conference Board du Canada, *supra* note 383.

⁴⁰⁶ Voir Conference Board du Canada, *supra* note 384 à la p 21.

⁴⁰⁷ *Hôpital de l'Enfant-Jésus c Camden-Bourgault*, [2001] RJQ 832; Voir Picard et Robertson, *supra* note 156 à la p 461.

hospitalier peut être tenu responsable, quoique cette avenue soit possible si la faute provient d'un intervenant de la santé qui serait employé de l'établissement, possibilité que nous n'aborderons pas davantage.

Plusieurs obligations incombent directement à un centre hospitalier, notamment celle de s'assurer que les activités d'une équipe de professionnels soient coordonnées correctement et d'offrir des services suffisants et adéquats⁴⁰⁸. Cette obligation du centre hospitalier existerait dans le contexte où des CTC opèrent dans son établissement. Tout manquement à cette obligation pourrait permettre de retenir la responsabilité directe de l'hôpital. Les auteurs Lahey et Currie abondent dans ce sens : « to the extent a regional health authority, hospital or clinic is engaged in administering, or providing the setting for, interprofessional practice, however, there exists the potential for direct liability ». Il ne fait aucun doute que ce contexte laisse croire qu'un patient lésé pourrait chercher compensation auprès du centre hospitalier où la discussion en CTC sur son dossier a eu lieu.

Face à cette possibilité, plusieurs auteurs soulignent l'importance pour les établissements de santé de se doter de politiques sur l'interdisciplinarité, afin de réduire les risques de responsabilité⁴⁰⁹. Des recommandations similaires sont faites au niveau des ordres professionnels des différents professionnels participant habituellement à un CTC et au niveau législatif⁴¹⁰. L'adoption de règles de conduite dans le contexte de l'interdisciplinarité ou même la reconnaissance réglementaire des CTC pourrait permettre aux oncologues médicaux et tous les intervenants de la santé impliqués de mieux connaître leurs obligations et l'étendue de leurs responsabilités.

IV. Conclusion

L'étude des obligations et responsabilités des oncologues médicaux dans l'établissement et l'administration du traitement pour un patient atteint de cancer a révélé de nouveaux défis pouvant affecter leur pratique quotidienne. Les soins en oncologie, particulièrement l'établissement du traitement, sont prodigués dans un contexte de soins individualisés et d'interdisciplinarité. Ce contexte révèle d'une part l'existence de nouveaux tests génomiques en

⁴⁰⁸ Baudouin, Deslauriers et Moore, *supra* note 154 au para 2-99; Picard et Robertson, *supra* note 156 à la p 460.

⁴⁰⁹ Voir Conference Board du Canada, *supra* note 384 à la p 21; Lahey et Currie, *supra* note 385 à la p 213.

⁴¹⁰ Voir Lahey et Currie, *supra* note 385 à la p 215.

clinique que l'oncologue doit intégrer dans sa pratique et, d'autre part, une exigence croissante pour le travail en interdisciplinarité, particulièrement le recours à un CTC. L'oncologue médical n'est donc pas seul dans son obligation de soigner son patient atteint de cancer, particulièrement dans l'établissement du meilleur traitement. Nous avons analysé ces obligations et responsabilités en fonction des liens juridiques de la relation tripartite constituée dans le contexte de la pratique en oncologie. Chacune des relations analysées dans ce contexte révèle une incertitude juridique qui, à défaut d'être clarifiée normativement, sera éventuellement tranchée par un tribunal.

La relation oncologue-patient basée sur le contrat médical ne diffère que peu de ce que la doctrine et la jurisprudence ont déjà étayé. L'analyse a permis de déterminer que l'oncologue traitant doit s'assurer de maintenir une pratique conforme au standard du médecin prudent et diligent dans des circonstances données. Ainsi, face à un dilemme thérapeutique, découlant de l'utilisation d'un test basé sur la génomique, l'oncologue traitant doit s'assurer de suivre les données scientifiques disponibles et de consulter en cas d'incertitude dans le choix. Pour certains tests et cas de cancers complexes, le recours à un CTC est déjà prévu dans des «soft laws». Il n'a pas été possible d'affirmer avec certitude que la consultation d'un CTC fait partie de l'obligation de soigner, mais la jurisprudence révèle que celle-ci peut le devenir dans certains cas.

Nous avons par la suite qualifié la nature de la relation oncologue-CTC. L'analyse de l'état du droit a permis d'étudier trois formes de pratique médicale où plus d'un médecin intervient simultanément dans les soins d'un même patient, soit la pratique de groupe, l'équipe médicale et l'acte de consultation. Une analyse comparative a permis de conclure que le recours à un CTC est un acte de consultation. Cette qualification permet de situer les rôles et les obligations des différents intervenants de la santé impliqués. Elle permet aussi de déterminer la responsabilité de l'oncologue face aux décisions du CTC. En fait, il doit se comporter comme tout médecin traitant qui rapporte une deuxième opinion à son patient. Cependant, l'existence de plusieurs consultants pour un même patient qui interviennent simultanément avec l'oncologue traitant soulève plusieurs questions sur la détermination de la responsabilité médicale.

Une partie de la réponse dépendait de la nature de la relation CTC-patient et l'existence d'obligations envers le patient. Notre analyse portait sur le lien juridique entre chaque médecin participant. Elle a démontré que chaque médecin, en common law, avait un « duty of care » envers le patient, et en droit civil, une relation juridique extracontractuelle avec celui-ci, bien

qu'il n'y ait pas de contact en personne entre eux. L'acte de plusieurs médecins dans les soins d'un même patient peut ainsi faire naître des obligations communes. Ainsi, nous avons suggéré que l'oncologue ainsi que les autres intervenants de la santé pouvaient être responsables pour le même dommage causé par une violation des obligations communes de compétence, de communication et de confidentialité. Cette analyse de la responsabilité médicale a permis de noter l'importance que les différents intervenants de la santé participant à un CTC soient conscients de leur risque de responsabilité, bien que ces derniers ne rencontrent jamais le patient. Enfin, nous avons suggéré une approche individualiste de la responsabilité mettant sur un pied d'égalité tous les médecins participants, incluant l'oncologue traitant.

L'analyse juridique réalisée dans ce texte a permis de révéler d'importantes limites aux régimes actuels de responsabilité médicale, tant au niveau de la détermination des obligations que des responsabilités. Tel que démontré dans ce texte, bien que ces régimes soient adaptables au nouveau contexte entourant la pratique en oncologie, une clarification du cadre d'exercice de l'activité de l'oncologue et des CTC dans le domaine de l'oncologie serait de mise. Les conclusions quant à la qualification des liens juridiques et de la responsabilité individuelle devront subir le test des tribunaux pour être validées.

Enfin, la complexité de la pratique en oncologie n'ira pas en diminuant, sachant les avancées de la technologie génomique et la pression croissante de recourir à l'interdisciplinarité pour offrir de meilleurs traitements au patient. La collaboration interprofessionnelle continuera à être une avenue intéressante pour faire face à cette complexité. Actuellement, il semblerait y avoir un intérêt à encadrer l'interdisciplinarité dans le contexte des soins en maladies mentales à travers le projet de *Loi modifiant le Code des professions du Québec*⁴¹¹. Cette modification a priori ne s'appliquerait pas au contexte d'interdisciplinarité en oncologie. Des efforts similaires à ceux déployés pour remédier à l'ambiguïté existante dans le travail interdisciplinaire en santé mentale pourraient être bénéfiques dans le domaine de l'oncologie.

⁴¹¹ Gouvernement du Québec, « Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale-Guide explicatif » (Décembre 2013), en ligne : L'Office des Professions du Québec <http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_decembre_2013.pdf>.

Bibliographie

Législations

Charte des droits et libertés de la personne, RLRQ c C-12.

Code Civil du Québec, RLRQ c C-1991.

Code de déontologie des médecins, RLRQ c M-9, r 17.

Code des professions, RLRQ c C-26.

Loi médicale, RLRQ c M-9.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ c S-42.

Medicine Act, 1991, SO 1991, c 30.

Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin, RLRQ c M-9, r 203.

Jurisprudence

McCormick c Marcotte, [1971] RCS 18.

Lapointe c Hôpital Le Gardeur, [1992] 1 RCS 351.

McInerney c MacDonald, [1992] 2 RCS 138.

ter Neuzen c Korn, [1995] RCS 674.

DeJong (Litigation Guardian of) v Owen Sound General & Marine Hospital, [1996] OJ No 809.

Lamarre c Julien, [1999] RRA 605 (CS).

Allen v University Hospitals Board, 2000 ABQB 509.

Goupil c Centre hospitalier universitaire de Québec, [2001] RJQ 1814 (C.S.).

Hôpital de l'Enfant-Jésus c Camden-Bourgault, [2001] RJQ 832.

Cooper c Hobart, [2001] 3 RCS 537.

Allen (Guardian ad litem of) v Mueller, 2002 ABCA 195.

Lauzon c Ranger, [2003] RRA 304 (CS).

Crawford (Litigation Guardian of) v Penney, [2004] O.J. No. 3669 (C.A.) demande d'autorisation à la Cour Suprême du Canada rejetée *Crawford (Litigation Guardian of) v Penney*, [2004] S.C.C.A. No 496 (C.S.C.)

Hunt et al v Szirmay-Kalos, 2005 BCSC 496.

Lauzon v Davey, 2006 ABQB 499.

Doucette v Eastern Regional Integrated Health Authority, 2007 NLTD 138.

Huinink v Oxford (County), 2008 OJ No 1317.

Fillion c Cantin, 2012 QCCS 2666.

KE v ODR, [2012] CanLII (ON HPARB).

ES c Ferenczy, 2012 QCCS 1988.

Côté c Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHA), 2013 QCCS 1294.

MG c Pinsonneault, 2014 QCCS 1222.

Ares c Venner, [1970] RCS 608 .

Beninger v Walton, [1979] BCD Civ 2632-02 (SC) .

Bérard-Guillette c Maheux, JE 99-993 .

Côté c Larouche, EYB 2001-22320 (REJB) (CS Qc) .

Harewood c Spanier, [2000] RRA 864 (CA).

Rouillier c Chesnay, [1993] RRA 528, 542 .

Suite c Cooke, [1995] RJQ 2765 (CA) .

Vail c MacDonald, (1976), 66 DLR (3d) 530 (SCC) .

X c Mellen, [1957] BR 389 .

Doctrine: Monographies

Baudouin, Jean-Louis, Patrice Deslauriers et Benoît Moore. *La responsabilité civile*, 8e éd., II, Cowansville, Québec, Éditions Yvon Blais, 2014.

Bernardot, Alain et Robert P Kouri. *La responsabilité civile médicale*, Sherbrooke, Québec, Editions Revue de Droit de Sherbrooke, 1980.

Duclos, Isabelle. *Le fait collectif fautif prévu à l'article 1480 Cc.Q. et son impact sur l'exercice collectif de la médecine*, Mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke, 1996.

Edwards, Linda, J. Stanley Edwards et Patricia Wells. *Tort Law*, 4e éd, New York, Cengage Learning, 2008.

Léger-Riopel, Nicholas. *Le contrôle de l'activité du médecin exerçant en centre hospitalier*, Cowansville, Québec, Éditions Yvon Blais, 2012.

Ménard, Jean-Pierre et Denise Martin. *La responsabilité médicale pour la faute d'autrui*, Cowansville, Québec, Éditions Y Blais, 1992.

Perreault, Jannick. *Les affres de la spécialité: le médecin doit-il consulter?*, Essai soumis à la Faculté de Droit en vue de l'obtention du grade de « Maîtrise en Droit », Université de Sherbrooke.

Philips-Nootens, Suzanne, Pauline Lesage-Jarjoura et Robert P. Kouri. *Éléments de responsabilité médicale*, 3e éd, Cowansville, Québec, Yvon Blais, 2007.

Picard, Ellen I. et Gerald B. Robertson. *Legal liability of doctors and hospitals in Canada*, 4e éd., Toronto, Thomson Carswell, 2007.

Reid, Hubert. *Dictionnaire de droit québécois et canadien*, 4e éd., Wilson & Lafleur.

Straus, Sharon E. et W. Scott Richardson. *Médecine fondée sur les faits: Evidence-Based Medicine*, Elsevier Masson, 2007.

Doctrine: Articles de périodique

Bernardot, Alain et Robert P Kouri. « La responsabilité civile de l'équipe médicale » (1974) 34 R du B 8.

Bombard, Yvonne, Peter B. Bach et Kenneth Offit. « Translating genomics in cancer care » (2013) 11:11 J Natl Compr Canc Netw 1343.

Boulanger, Marc. « La responsabilité médicale : une Cour suprême quelquefois courageuse, quelquefois frileuse » (2005) 230 Développements Récents en Responsabilité Médicale et Hospitalière 91.

Boyle, Frances M., Emma Robinson, Paul Heinrich et Stewart M. Dunn. « Cancer: communicating in the team game » (2004) 74:6 ANZ J Surg 477.

Burke, Wylie et Bruce M. Psaty. « Personalized medicine in the era of genomics » (2007) 298:14 Jama 1682.

Campbell, Angela et Kathleen Glass. « The legal status of clinical and ethics policies, codes, and guidelines in medical practice and research » (2001) 46 McGill Law J 473.

Cauchon, Michel et Michel Labrecque. « Former des cliniciens érudits » (2013) 48:6 Médecin Qué 87.

Chen, Rui et Michael Snyder. « Promise of personalized omics to precision medicine » (2013) 5:1 Wiley Interdiscip Rev Syst Biol Med 73.

Collins, Francis S., Michael Morgan et Aristides Patrinos. « The Human Genome Project: Lessons from Large-Scale Biology » (2003) 300:5617 Science 286.

- Coukos, George, Olivier Michielin, Pierre-Yves Dietrich et Matti Aapro. « Ensemble vers l'oncologie de précision! » (2014) Volume 431:20 Rev Médicale Suisse 1099.
- Dagenais, Catherine. « La responsabilité contractuelle du fait d'autrui en droit médical et hospitalier » (1998) 32 RJT 1.
- Domchek, Susan M., Angela Bradbury, Judy E. Garber, Kenneth Offit et Mark E. Robson. « Multiplex genetic testing for cancer susceptibility: out on the high wire without a net? » (2013) 31:10 J Clin Oncol 1267.
- Domchek, Susan M., Tara M. Friebe, Christian F. Singer, D. Gareth Evans, Henry T. Lynch, Claudine Isaacs, Judy E. Garber, Susan L. Neuhausen, Ellen Matloff, Rosalind Eeles et others. « Association of risk-reducing surgery in BRCA1 or BRCA2 mutation carriers with cancer risk and mortality » (2010) 304:9 Jama 967.
- Ellis, Peter M. « The importance of multidisciplinary team management of patients with non-small-cell lung cancer » (2012) 19 Cur Oncol S7.
- El Saghir, Nagi S, Nancy L Keating, Robert W Carlson, Katia E Khoury et Lesley Fallowfield. « Tumor boards: optimizing the structure and improving efficiency of multidisciplinary management of patients with cancer worldwide » (2014) 34 Am Soc Clin Oncol Educ Book e461.
- Freckelton, Ian. « Multidisciplinary meetings: Patient expectations and legal liability » (2008) 52:3 J Med Imaging Radiat Oncol 199.
- Friend, G., R. Ansari et J. C. Garcia. « Teamwork improves breast cancer management in the community » (1995) 88:6 Indiana Med J Indiana Med State Assoc 458.
- Goncalves, Rodrigo et Ron Bose. « Using multigene tests to select treatment for early-stage breast cancer » (2013) 11:2 J Natl Compr Canc Netw 174.
- Hamburg, Margaret A. et Francis S. Collins. « The path to personalized medicine » (2010) 363:4 N Engl J Med 301.
- Hodgson, John. « Medical malpractice: an overview of the English position » (1994) 3 Ann Health Law 225.
- Hong, Nicole J. Look, Anna R. Gagliardi, Susan E. Bronskill, Lawrence F. Paszat et Frances C. Wright. « Multidisciplinary cancer conferences: exploring obstacles and facilitators to their implementation » (2010) 6:2 J Oncol Pract 61.

- Ioannidis, John P. A. « Is Molecular Profiling Ready for Use in Clinical Decision Making? » (2007) 12:3 *The Oncologist* 301.
- Kagan, Robert A. « The multidisciplinary clinic » (2005) 61:4 *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 967.
- Karen Crawley et Shauna Van Praagh, « “Academic Concerns”—Caring about Conversation in Canadian Common Law » (2011) 34:2 *Dalhous Law J* 405
- Kostaras, Xanthoula, Melissa A. Shea-Budgell, Emily Malcolm, Jacob C. Easaw, Wilson Roa et Neil A. Hagen. « Is There a Role for Clinical Practice Guidelines in Multidisciplinary Tumor Board Meetings? A Descriptive Study of Knowledge Transfer Between Research and Practice » (2012) 27:1 *J Cancer Educ* 42.
- Kumar, Dhavendra. « From evidence-based medicine to genomic medicine » (2007) 1:3 *Genomic Med* 95.
- Lahey, William et Robert Currie. « Regulatory and medico-legal barriers to interprofessional practice » (2005) 19:s1 *J Interprof Care* 197.
- Larouche, Christiane. « Pratique interdisciplinaire quelques stratégies pour réduire au minimum les risques de responsabilité » (2011) 46:2 *Médecin Qué* 70.
- Legant, Patricia. « Oncologists and medical malpractice » (2006) 2:4 *J Oncol Pract* 164.
- Leroux, Jean-François. « La responsabilité médicale dans le contexte de la médecine multidisciplinaires: d’une responsabilité individualisée vers une responsabilité collective » (2011) 343 *Développements Récents En Droit Médico-Légal et Responsabilité du Chirurgien* 37.
- Lindor, N. M., M. L. McMaster, C. J. Lindor et M. H. Greene. « Concise Handbook of Familial Cancer Susceptibility Syndromes - Second Edition » (2008) 2008:38 *JNCI Monogr* 3.
- Mathieu, Thierry, Laurent Bermont, Jean-Christophe Boyer, Céline Versuyft, Alexandre Evrard, Isabelle Cuvelier, Remy Couderc et Katell Peoc’h. « Champs lexicaux de la médecine prédictive et personnalisée » (2012) 70 *Ann Biol Clin (Paris)* 651.
- Ménard, Jean-Pierre. « L’erreur de diagnostic: fautive ou non fautive » (2005) 230 *Développements Récents en Responsabilité Médicale et Hospitalière* 251.
- Ménard, Jean-Pierre « Diagnostic du cancer et responsabilité médicale » (2012) 1 *Yvon Blais* 2.
- Molyneux, Jeanie. « Interprofessional teamworking: what makes teams work well? » (2001) 15:1 *J Interprof Care* 29.

- Nyquist, Julie G., J. D. Gates, S. E. Radecki et S. Abrahamson. « Investigation into the educational process of cancer case conferences » (1990) 65:9 Acad Med S35.
- Nyquist, Julie G., Stephen E. Radecki, Jerry D. Gates et Stephen Abrahamson. « An educational intervention to improve hospital tumor conferences » (1995) 10:2 J Cancer Educ 71.
- Paulden, Mike, Jacob Franek, Ba' Pham, Philippe L. Bedard, Maureen Trudeau et Murray Krahn. « Cost-Effectiveness of the 21-Gene Assay for Guiding Adjuvant Chemotherapy Decisions in Early Breast Cancer » (2013) 16:5 Value Health 729.
- Pérodeau, Frédéric. « La télémédecine: enjeux juridiques et déontologiques » (2008) 287 Tend En Droit Santé Yvon Blais.
- Philips-Nootens, Suzanne. « La responsabilité civile du médecin anesthésiste » (1989) 19:1 RDUS 317.
- Pickering, Joyce. « Evidence based medicine at McGill » (2004) 8 MJM 94.
- Popescu, Razvan A., R. Schafer, R. Califano, et al. « The current and future role of the medical oncologist in the professional care for cancer patients: a position paper by the European Society for Medical Oncology (ESMO) » (2014) 25:1 Ann Oncol 9.
- Prévost, Anne-Patricia et Claude Bougie. « Équipe multidisciplinaire ou interdisciplinaire » (2008) 43:11 Le Médecin du Québec 43.
- Ragaz, Joseph. « Canada's uneven response » [2011] Rep CARD Rep CARD 41.
- Sackett, David L. « Evidence-based medicine », 21 Seminars in Perinatology, 1997, 3.
- Sackett, David L. « Evidence-based Medicine » dans *Encyclopedia of Biostatistics*, John Wiley & Sons, Ltd, 2005, en ligne : Encyclopedia of Biostatistics
<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/0470011815.b2a08019/abstract>>.
- Sansregret, Laurent et Alain Nepveu. « La médecine personnalisée grâce aux signatures d'expression génique: l'exemple du cancer du sein » (2011) 2:1 Médecine Science Amérique 24.
- Savard, Julie et Judith Rochette. « La solidarité des défenseurs en matière de recours en responsabilité médicale et hospitalière: où en sommes-nous? » (2012) 14 Collection Blais 129.
- Scheen, André. « Comment concilier médecine factuelle et médecine personnalisée? » (2013) 9:395 Rev Med Suisse 1499.

- Sidhom, Mark A. et Michael G. Poulsen. « Multidisciplinary care in oncology: medicolegal implications of group decisions » (2006) 7:11 Lancet Oncol 951.
- Tian, Q., N. D. Price et L. Hood. « Systems cancer medicine: towards realization of predictive, preventive, personalized and participatory (P4) medicine: Key Symposium: systems cancer medicine » (2012) 271:2 J Intern Med 111.
- Todd, Nicholas V. « Medical negligence. An overview of legal theory and neurosurgical practice: duty of care » (2014) 28:2 Br J Neurosurg 209.
- Vincent, François. « Après le cancer, une histoire à suivre... » (2012) 47:10 Médecin Qué 67.
- Williams-Jones, Bryn et Vural Ozdemir. « Challenges for Corporate Ethics in Marketing Genetic Tests » (2007) 77:1 J Bus Ethics 33.
- Wright, F.C., C. De Vito, B. Langer et A. Hunter. « Multidisciplinary cancer conferences: A systematic review and development of practice standards » (2007) 43:6 Eur J Cancer 1002.

Autres Documents

- Action Cancer Ontario. « Thoracic multidisciplinary cancer conferences: Jewish General Hospital, Montreal, Qc » (juin 2010), en ligne : Action Cancer Ontario
<<https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=13042>>.
- Action Cancer Ontario. *Frequently asked questions (FAQ): Multidisciplinary*, (juin 2013), en ligne: Action Cancer Ontario
<<https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=13466> >.
- Action Cancer Ontario. « Multidisciplinary Cancer Conference Tools » (30 septembre 2013), en ligne : <https://www.cancercare.on.ca/toolbox/mcc_tools/>.
- Action Cancer Ontario. « Disease site attendance criteria and patient discussion guidance » (janvier 2014), en ligne :
<<https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=63113>>.
- Action Cancer Ontario. « Multidisciplinary cancer conferences (MCCs)-Transforming the delivery of cancer care », en ligne :
<<https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=13572>>.
- Action Cancer Ontario. « Terms of Reference », en ligne : Action Cancer Ontario
<<https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=13468>>.

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. *Les biomarqueurs, les produits de santé et l'AFSSAPS, cahier d'acteur*, en ligne: AFSSAPS
ansm.sante.fr/content/download/35447/462674/version/2/file/cahierd%27acteur_%2Bbiomarqueurs.pdf&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ei=cvUWVKD_OsemyASRpYKICg&ved=0CC4QFjAE&usg=AFQjCNE0h6vQoVTJ98Egf8UWKEehZ0mKDA%5D.

Alberta Health Services. « Adjuvant Systemic Therapy for Early Stage (Lymph Node Negative and Lymph Node Positive) Breast Cancer » (21 avril 2014), en ligne : Alberta Health Services <<http://www.albertahealthservices.ca/hp/if-hp-cancer-guide-adjuvant-systemic-therapy-breast.pdf>>.

Association Canadienne de Protection Médicale. « Les soins concertés : Perspective de la responsabilité médicale - Guides », en ligne : <<https://oplfrpd5.cmpa-acpm.ca/fr/-/collaborative-ca-1>>.

Association Médicale Canadienne. « Le cabinet privé » (2012), en ligne : Association Médicale Canadienne <<http://www.amc.ca/gestiondelapratique/le-cabinet-prive>>.

Blue Cross Blue Shield. « Gene Expression Profiling in Women with Lymph-Node-Positive Breast Cancer to Select Adjuvant Chemotherapy Treatment » (2014), en ligne : Blue Cross Blue Shield <<http://www.bcbs.com/blueresources/tec/press/gene-expression-profiling-in-1.html>>.

Bourdy, Christian, Ève-Reine Gagné, Jean-François Montreuil et Robert Primavesi. « Favoriser le Leadership Médicale », *Le Collège* 53:3 (Printemps 2013) 20.

Centre des Maladies Deschênes-Fabiadu Sein. « Généralités », en ligne : Centre des maladies du sein Deschênes-Fabia <<http://www.centredesmaladiesdusein.ca>>.

Centre Hospitalier de l'Université de Montréal. « Les 17 équipes interdisciplinaires du Programme de lutte contre le cancer », en ligne : CHU Montréal <<http://www.chumontreal.qc.ca/les-17-equipes-interdisciplinaires-du-programme-de-lutte-contre-le-cancer-du-chum>>.

Centre Hospitalier de St. Mary. « Conférence interdisciplinaire des thérapies du cancer » (2012), en ligne : Centre hospitalier de St. Mary <http://www.smhc.qc.ca/ignitionweb/data/media_centre_files/607/CAN.onco.59F.pdf>.

- Centre Hospitalier de St. Mary. *Information for patients- tumour board conference*, en ligne:
Centre Hospitalier de St. Mary.
<http://www.smhc.qc.ca/ignitionweb/data/media_centre_files/606/CAN.onco.59E.pdf>.
- Centre Hospitalier Régional de Trois-Rivières. « Guide de pratique en cancérologie du comité des tumeurs du C.H.R.T.R. » (6 octobre 2003), en ligne : Programme Québécois de Dépistage du Cancer du Sein
<<http://www.pqdcs.qc.ca/fichiers/File/guidedecancerologie06-octobre-2003.pdf>>.
- Claeys, Alain et Jean-Sébastien Vialette. *Les progrès de la génétique : vers une médecine de précision? Les enjeux scientifiques, technologiques, sociaux et éthiques de la médecine personnalisée, rapport présenté à l'Assemblée nationale et au Sénat le 22 janvier*, France, Office Parlementaire d'Évaluation des Choix Scientifiques et Technologiques, 2014, en ligne : <<http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-off/i1724.pdf>>.
- Clar, Monique. « Pratique factuelle », en ligne : Université de Montréal
<<http://guides.bib.umontreal.ca/disciplines-impression/443-Pratique-factuelle>>.
- Collège des Médecins du Québec. « Comité de diagnostic et de traitement du cancer » (2009), en ligne :
<<http://www.cmq.org/fr/medecinsmembres/profil/commun/AProposOrdre/GroupesTravail/ComitesTumeurs.aspx>>.
- Collège des Médecins du Québec. « Rapport annuel 2012-2013 » (31 mars 2013), en ligne :
<<http://www.cmq.org/fr/MedecinsMembres/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/~media/Files/Rapports/Rapportannuel1213.pdf?101421>>.
- Collège des Médecins du Québec. « Répartition des médecins selon les certificats de spécialité », en ligne :
<<http://www.cmq.org/fr/Public/TravailObligations/Statistiques/RepartitionSpecialistes.aspx>>.
- Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada. *Objectifs de la formation surspécialisée en oncologie médicale*, (1 juillet 2014), en ligne: Royal College
<<http://www.royalcollege.ca/cs/groups/public/documents/document/y2vk/mdaw/~edisp/tztest3rcpsced000981.pdf>>.

- Comité Éthique & Cancer. « Avis no 21 du 15 janvier 2013: De l'équité d'accès aux tests génomiques: le cas du test prédictif Oncotype Dx dans les cancers du sein », en ligne : <<http://www.ethique-cancer.fr/phoenixws/detailavis/topic-1/article-89/avis-n-21-du-15-janvier-2013.html>>.
- Conference Board du Canada. « Le risque de responsabilité dans les soins interdisciplinaires: Découvrir de nouvelles perspectives » (avril 2007), en ligne : Conference Board du Canada <<http://www.conferenceboard.ca/e-library/abstract.aspx?did=1990>>.
- Direction de la lutte contre le cancer. « Les équipes interdisciplinaires en oncologie » (août 2005), en ligne : Ministère de la Santé et des Services Sociaux <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/download.php?f=de94252ae4e5c0ad813e0c2861402695>.
- Direction de Lutte contre le Cancer. « Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer » (2007), en ligne : Ministère de la Santé et des Services Sociaux <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-902-03.pdf>>.
- Direction de Lutte contre le Cancer. « L'Évaluation et la désignation des établissements et des équipes 2005-2009 -Bilan » (novembre 2010), en ligne : Ministère de la Santé et des Services Sociaux <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/download.php?f=f46905268de7d8fe3d7ed6fb0f6013a1>.
- Direction de Lutte contre le Cancer. « Guides du comité de l'évolution de la pratique en oncologie (CEPO) » (mars 2009), en ligne : Ministère de la Santé et des Services Sociaux <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/download.php?f=d3e7a25c2934c0d51f66241aeaec49cb>.
- Direction Québécoise de Cancérologie. « Utilisation du Test Oncotype DX pour le Cancer du Sein- Cadre de Référence » (novembre 2012), en ligne : Ministère de la Santé et des Services Sociaux <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-902-09W.pdf>>.
- Eastern Health. « Recommendations for Use of Immediate Breast Reconstruction in Early-stage Breast Cancer Summary » (30 juin 2011), en ligne : Eastern Health <<http://www.easternhealth.ca/WebInWeb.aspx?d=4&id=1591&p=1495>>.

Evaluation of Genomic Applications in Practice and Prevention. « About EGAPP » (2013), en ligne : EGAPP Views <<http://www.egappreviews.org/about.htm>>.

Fédération des Médecins Spécialistes du Québec. « Spécialités médicales », en ligne : Fédération des Médecins Spécialistes du Québec <<https://www.fmsq.org/fr/profession/medecine-specialisee/specialites-medicales>>.

Génome Québec. « Génomique 101-Qu'est ce que la génomique et le génome humain? » (2014), en ligne : Génome Québec <<http://www.genomequebec.com/genomique-101.html>>.

Génome Québec « La génomique une révolution en marche » (2014), en ligne : Génome Québec <http://www.genomequebec.com/DATA/PUBLICATION/4_fr~v~La_genomique_une_revolution_en_marche.pdf>.

Génome Québec. « Santé et médecine personnalisée », en ligne : <<http://www.genomequebec.com/sante-personnalisee.html>>.

Genomic Health Inc. « Oncotype Dx » (2014), en ligne : Genomic Health Inc. <<http://www.oncotypedx.com/>>.

Gouvernement du Canada. « Résumé de la réunion de planification sur la médecine personnalisée des IRSC » (6 juin 2013), en ligne : Instituts de Recherche en Santé du Canada <<http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/46872.html>>.

Gouvernement du Québec. « Programme québécois de lutte contre le cancer- pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe » (octobre 1997), en ligne : Ministère de la Santé et des Services Sociaux <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1997/97-729-5.pdf>>.

Gouvernement du Québec. « Registre québécois du cancer » (avril 2013), en ligne : Ministère de la Santé et des Services Sociaux <<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/santpub/tumeurs.nsf/05cadcc0c584fcde852568e2007049ab/be4e41a3066f163852568d900660b4b?OpenDocument>>.

Gouvernement du Québec. « Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale-Guide explicatif » (décembre 2013), en ligne : L'Office des Professions du Québec <http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_decembre_2013.pdf>.

- Gouvernement du Québec. *Ensemble, en réseau, pour vaincre le cancer plan directeur en cancérologie*, (2013), en ligne: Ministère de la Santé et des Services Sociaux <<http://site.ebrary.com/lib/abhealth/Doc?id=10726373>>.
- Gouvernement du Québec. « Documentation-Lutte contre le cancer » (2014), en ligne : Ministère de la Santé et des Services Sociaux <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/index.php?documentation>.
- Gouvernement du Québec. « Les soins de santé “personnalisée”: Prudence et balises » (2014), en ligne : Commission de l'Éthique en Science et en Technologie <http://www.ethique.gouv.qc.ca/fr/assets/documents/SSP/CEST_SSP_Avis.pdf>.
- Groupe Conseil de Lutte contre le Cancer. « Annexe 3 - Matrice d'évaluation des équipes/établissements », en ligne : Ministère de la Santé et des Services Sociaux <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/download.php?f=492fa990714599239a47b61875b9a6b4>.
- Hébert, Réjean. *Définition du concept d'interdisciplinarité*, Sherbrooke, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Colloque De la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité, avril 1997.
- Hogarth, Stuart. « New genomics sequencing technologies – a review of the regulatory and policy issues » (août 2007), en ligne : King's College London <<http://www.kcl.ac.uk/sspp/departments/politicaconomy/research/biopolitics/publications/HealthCanadamicroarraysreport.pdf>>.
- Hôpital Général Juif. « Comités de thérapie du cancer » (2014), en ligne : Hôpital Général Juif <<http://jgh.ca/fr/comit%C3%A9sdeth%C3%A9rapieducancer>>.
- Hudson, Tom. *Médecine de l'avenir et recherche translationnelle*, en ligne: Forum Québécois des Sciences de la Vie <forums sciencesvie.com>.
- Institute for Systems Biology. « Systems Biology + P4 » (2014), en ligne : Systems Biology <<http://www.systemsbiology.org/p4-medicine>>.
- Programme Québécois de Dépistage du Cancer du Sein. « Le fonctionnement interdisciplinaire dans le cadre de l'investigation » (2001), en ligne : Ministère de la Santé et des Services Sociaux <<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/pqdc/index.php?documents-de-reference>>.

Regroupement de Soins de Santé Personnalisés au Québec. « Les soins de santé personnalisés », en ligne : <<http://rsspq.org/soins-sante-personnalises/>>.

Robert, Yves. « Effectuer un examen, c'est bien s'assurer du suivi, c'est mieux! », en ligne : Blogue du Collège des Médecins du Québec <<http://blog.cmq.org/2014/01/16/effectuer-un-examen-cest-bien-sassurer-du-suivi-cest-mieux/>>.

Société Canadienne du Cancer. *Statistique canadienne sur le cancer*, 2014.

Société Canadienne du Cancer. « Traitement » (2014), en ligne : <<http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/diagnosis-and-treatment/treatment/?region=qc>>.

Université McGill. « Transsystemic Legal Education » (18 octobre 2012), en ligne : Université McGill <<http://www.mcgill.ca/centre-crepeau/transsystemic>>.

Université McGill. « Education & Training-Department of Oncology », en ligne : Faculté de Médecine <http://www.medicine.mcgill.ca/oncology/education/edu_residencyfellowship.asp>.

Wright, Frances, C. De Vito, B. Langer et A. Hunter. « Multidisciplinary Cancer Conference Standards » (2006), en ligne : Action Cancer Ontario <<http://www.cancercare.on.ca/pdf/pebcmccf.pdf>>.