Document generated on 12/22/2024 12:37 a.m.

Assurances

Assurances

Les grandes lignes de force de l'assurance responsabilité professionnelle au Canada

Claude Tellier

Volume 51, Number 4, 1984

URI: https://id.erudit.org/iderudit/1104340ar
DOI: https://doi.org/10.7202/1104340ar

See table of contents

Publisher(s)

HEC Montréal

ISSN

0004-6027 (print)
2817-3465 (digital)

Explore this journal

Cite this document

Tellier, C. (1984). Les grandes lignes de force de l'assurance responsabilité professionnelle au Canada. *Assurances*, *51*(4), 437–446. https://doi.org/10.7202/1104340ar

Article abstract

The following is the text of a speech by Claude Tellier, Q.C., given on October 12, 1983 before the Society of Fellows of the Insurance Institute of Canada. The author gives his frank opinion on the practice of professional liability insurance in the United States and in Canada, looking at the various aspects of the problem. We set forth the text so that our readers can judge for themselves the pertinence of Mr. Tellier's comments and suggestions.

Tous droits réservés © Université Laval, 1984

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

ASSURANCES

Revue trimestrielle consacrée à l'étude théorique et pratique
de l'assurance au Canada

Les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

Prix au Canada:
L'abonnement $20
Le numéro $6
A l'étranger
L'abonnement $25

Membres du comité:
Gérard Parizeau, Pierre Chouinard, Gérald Laberge, Lucien Bergeron, Angus Ross, J.-François Outreville Monique Dumont, Monique Boissonnault, et Rémi Moreau

Administration
410, rue Saint-Nicolas
Montréal, Québec
H2Y 2R1
(514) 282-1112

Secrétaire de la rédaction:
Me Rémi Moreau

Secrétaire de l'administration:
Mme Monique Boissonnault

51e année ***Montréal, Janvier 1984*** ***No 4***

Les grandes lignes de force de l'assurance responsabilité professionnelle au Canada[1]

par

le bâtonnier Claude TELLIER, c.r.

The following is the text of a speech by Claude Tellier, Q.C., given on October 12, 1983 before the Society of Fellows of the Insurance Institute of Canada. The author gives his frank opinion on the practice of professional liability insurance in the United States and in Canada, looking at the various aspects of the problem. We set forth the text so that our readers can judge for themselves the pertinence of Mr. Tellier's comments and suggestions.

~

Je tiens d'abord à remercier les organisateurs de ce colloque de la Société des Fellows de l'Institut d'Assurance du Canada pour m'avoir invité à vous rencontrer et me permettre d'analyser avec vous les grandes lignes de force de l'assurance responsabilité professionnelle au Canada.

Avant d'approfondir le sujet, il convient d'abord de dissiper une équivoque et d'énoncer les règles du jeu.

---

(1) Texte d'une causerie donnée le 12 octobre 1983 à la Société des Fellows de l'Institut d'Assurance du Canada.

Faire référence à la responsabilité professionnelle déclenche automatiquement, chez un grand nombre, un réflexe qui évoque la situation spectaculaire des médecins et des hôpitaux face à la loi aux États-Unis, et on prend pour acquis, sans discussion, que la situation est la même chez nous et que ce qui est vrai pour le domaine médico-hospitalier est également vrai pour toutes les autres professions.

Or, rien n'est moins certain, car il faut bien se rendre compte qu'aux États-Unis, les soins de santé ont été conçus et développés sur la base d'une véritable industrie.

Les Américains consacrent annuellement environ 10% du P.N.B. à cette industrie, ce qui représente une masse monétaire annuelle d'au-delà de $350 milliards.

Pour établir leurs honoraires, les médecins prennent en considération leur investissement personnel, leurs années d'études et de spécialisation, les dettes qu'ils ont contractées en cours de formation et leur coût d'opération.

Dans ce calcul, ils tiennent aussi compte de ce que représentent en dollars les bénéfices escomptés de leur intervention, soit par la suppression d'un handicap, soit encore par un allongement de l'expectative de vie du patient.

Ainsi, par exemple, la revue *Newsweek* publiait récemment un article sur l'industrie des transplantations d'organes et justifiait les coûts qui variaient de $35,000 à $285,000 par les retombées économiques dont bénéficiaient les receveurs.

Il s'agit donc, encore une fois, d'une véritable industrie, et il n'est pas étonnant, alors que les tribunaux américains aient parfois tendance à considérer les médecins et les hôpitaux comme d'authentiques entrepreneurs et leur aient appliqué, en somme, des règles de responsabilité plus lourdes qui s'apparentent parfois à du *product liability*.

Il faut tenir compte aussi du fait qu'en droit américain, en plus d'indemniser les dommages réels subis par la victime, on accorde aussi des sommes parfois considérables à titre de dommages punitifs, ce qui n'est pas le cas au Canada et qui est un autre facteur qui explique l'écart considérable entre les régimes d'indemnisation canadien et américain.

Or, au Canada, la situation est bien différente parce que, depuis 1957, nous avons un régime d'État d'assurance-hospitalisation et que, depuis le début des années '70, nous avons un régime d'état d'assurance-santé, si bien que la profession médicale et toutes les professions paramédicales ont évolué dans un contexte fort différent, et on peut, avec raison d'ailleurs, les traiter comme de véritables professionnels en leur appliquant encore les règles générales de la responsabilité civile.

À cet égard, il est important de rappeler que la responsabilité civile ou professionnelle repose entièrement sur une règle fort simple : pour

qu'il y ait responsabilité, il faut trois éléments : une faute, un dommage et une relation de cause à effet entre les deux.

De toute évidence, la grande difficulté en matière de responsabilité est la définition d'un concept juste de la notion de faute. On s'entend généralement pour énoncer qu'une faute est un manquement à un devoir ou à une norme de conduite. Dans le domaine de la responsabilité professionnelle, la norme de conduite est évidemment le standard professionnel, ou encore le comportement généralement suivi par un professionnel raisonnablement compétent.

Il y a quelques années à peine, l'exercice d'une profession était considéré en très grande partie comme un art, c'est-à-dire que l'intuition ou la réaction subjective du professionnel, face à une situation de fait objective, était un facteur primordial dans l'exercice de la profession. Depuis quelques années, sous l'influence du développement extrêmement rapide de la technologie dans tous les domaines, l'aspect artistique qui était consacré a cédé le pas à l'application de plus en plus rigoureuse d'une science qui comporte des éléments objectifs. Les sciences deviennent de plus en plus exactes. Cela explique pourquoi, il y a quelques années, on voyait peu ou pas de recours contre les professionnels. On poursuit difficilement un artiste, car il n'y a pas de normes pour évaluer la subjectivité. Au contraire, plus les professionnels se réfèrent à des sciences positives, plus il est facile de standardiser des comportements et des points de référence : ce qui facilite grandement l'identification de fautes.

Il est intéressant de souligner ici que les différentes sciences auxquelles se rapportent plusieurs professions se sont spécialisées et se sont développées. Ceci a rendu possibles des interventions nouvelles et remarquablement audacieuses. Que l'on pense, par exemple, aux transplantations d'organes, aux interventions faites sous anesthésie avec circulation extracorporelle, aux opérations délicates sur le cerveau où on change le comportement humain, et enfin on en est même rendu à tenter avec succès des interventions chirurgicales sur des foetus en cours de gestation.

Des réussites aussi extravagantes ne peuvent qu'exacerber la confiance de la population qui finit par croire à une puissance illimitée de la science, face à la maladie et aux différentes épreuves de la vie.

Malheureusement, la réalité est autre, et il demeure que ces exploits technologiques ne réussissent qu'à certaines occasions et, dans tous les cas, ne font que repousser à plus tard la fatale échéance. Il s'ensuit qu'on interprète facilement et indubitablement les échecs comme des fautes professionnelles et de l'incompétence scientifique, d'où l'augmentation sensible des poursuites judiciaires en ce domaine: car, avec des données de plus en plus objectives, il devient de plus en plus facile et possible de commettre des fautes.

Si cet énoncé trop sommaire s'avère exact, on comprend pourquoi les gouvernements et les corporations professionnelles sont de plus en plus

sensibles au problème de la responsabilité professionnelle. On comprend aussi pourquoi on observe dans tous les domaines une nette tendance vers le développement de la notion d'assurance responsabilité professionnelle obligatoire qui tend à se généraliser rapidement.

L'espérience vécue par les différentes corporations professionnelles, au Canada comme aux États-Unis, tend à démontrer qu'un programme d'assurance responsabilité professionnelle obligatoire qui n'est pas unique et au moins indirectement contrôlé par la corporation professionnelle qui l'impose devient impossible d'exécution. En effet, il a été constaté que, règle générale, ceux qui avaient le plus besoin de protection d'assurance étaient ceux qui s'avéraient les plus ingénieux à contourner l'obligation de s'assurer.

C'est pourquoi dès aujourd'hui, on constate un courant très fort suivant lequel les corporations professionnelles demandent et obtiennent des pouvoirs publics l'autorité voulue pour négocier et voir à l'application de programmes collectifs d'assurance responsabilité obligatoire. Certaines de ces corporations ont poussé l'audace jusqu'à faire leur propre assurance, n'étant protégées que par une police de réassurance au-delà de certains seuils. Pour ce que j'en sache, les corporations qui se sont engagées sur cette voie ont connu jusqu'à présent des expériences douloureuses, au point que certaines ont même trouvé bon de s'en retirer.

De façon beaucoup plus acceptée, on constate que l'ensemble des corporations professionnelles se déclarent en général satisfaites de négocier avec l'industrie de l'assurance des régimes collectifs, dont voici les principales préoccupations :

1. Le point névralgique que je qualifierais de non négociable est *l'assurabilité*. Les corporations professionnelles, jalouses à bon droit de leur prérogative d'admettre ou d'expulser un membre de la corporation, ne peuvent concevoir qu'elles déléguerait à des assureurs le pouvoir d'exclure un de leurs membres de son droit d'exercice. Aussi, il faut prendre pour acquis que la première condition qu'exigera une corporation professionnelle sera que tous les membres inscrits au Tableau de l'Ordre sont automatiquement couverts.

2. Il est évident que les *limites* de la garantie sont, en général, un minimum pour protéger contre l'erreur professionnelle un client moyen dans une affaire courante. Dans les programmes obligatoires, on ne recherche généralement pas à protéger le client qui confie une affaire dont l'importance excède ce minimum moyen. Ceci veut dire qu'indirectement, il y aura nécessairement lieu de protéger les professionnels pour des limites additionnelles, soit par un avenant au programme collectif de base, soit par des polices distinctes.

3. À l'exception des architectes et des ingénieurs, il est généralement difficile de concevoir une protection d'assurance adéquate pour un *projet précis*. C'est notamment le cas des avocats, des notaires ou des comptables agréés qui voudraient, de temps à autre, se protéger contre les risques dé-

coulant d'une affaire exceptionnelle et particulièrement d'importance comme, par exemple, la préparation d'un financement pour un très fort montant. Cela s'explique par le fait que les architectes et les ingénieurs sont protégés par la loi qui limite leur garantie à cinq ans et la période de prescription à cinq ans.

Pour ce qui est des médecins, il n'y a pas de période de garantie, et la période de prescription est de trois ans. Pour toutes les autres professions, il n'y a pas de garantie, et la prescription est de trente ans ; ce qui rend, à toute fin pratique, impossible la souscription de contrats d'assurance pour un risque particulier. Il serait souhaitable que le délai de prescription soit établi à trois ans pour tous les recours en responsabilité professionnelle et que, dans tous les cas, après une période de huit ans à compter de l'acte fautif, le recours soit définitivement prescrit.

4. Le problème engendré par ces longues prescriptions et l'absence de la notion de garantie explique pourquoi, il y a une dizaine d'années, les assureurs ont cessé de proposer aux professionnels des contrats sur une base d'événements, c'est-à-dire qui garantissaient contre la faute professionnelle commise pendant la période de garantie. On a assisté alors à l'apparition d'une police d'assurance conçue sur la base de la *réclamation présentée* pendant la période de garantie, et qui couvrait la responsabilité professionnelle et les actes antérieurs, peu importe la période où la prétendue faute aurait été commise, pourvu que la réclamation soit présentée pendant que la police est en force.

5. Les corporations professionnelles conçoivent cette assurance responsabilité professionnelle obligatoire comme étant nécessaire pour la protection du public, et elles ont raison. C'est pourquoi celles-ci deviennent de plus en plus sensibles, pour ne pas dire autre chose, lorsqu'elles apprennent que certains assureurs *nient couverture* sur une réclamation pour des raisons souvent plus techniques qu'autrement. C'est pourquoi, dans les plans collectifs et obligatoires qui seront maintenant négociés, les corporations professionnelles chercheront à être beaucoup plus critiques vis-à-vis ces refus de couverture et exigeront, par exemple, que l'assureur soit obligé de donner un avis écrit non seulement à l'assuré, mais aussi à la corporation professionnelle chaque fois que la couverture est niée. À cet égard, il n'est pas impensable non plus que l'on en vienne à développer une notion selon laquelle la corporation professionnelle, moyennant surprime, assure toute victime qui aurait un recours contre un de ses membres qui, pour peu importe la raison, se voit refuser la protection d'assurance en vertu de son programme.

6. À partir du moment où il est question de programme collectif unique et obligatoire, il devient indispensable pour une corporation professionnelle de connaître, au moins en des termes généraux, l'expérience du groupe, car celle-ci se reflète nécessairement au niveau de la tarification. Dans la vie quotidienne d'une corporation professionnelle, la prime annuelle obligatoire chargée aux membres est assimilée à la cotisation et de-

vient une question aiguë de politique chaque fois qu'il est question d'augmenter soit la cotisation, soit la prime d'assurance. C'est pourquoi on exigera de plus en plus que l'assureur fasse rapport sur les données statistiques de l'expérience en indiquant le nombre des réclamations, les montants en cause, le nombre de professionnels impliqués et la nature ou le fondement des poursuites, le nombre et le montant des règlements et des jugements rendus. Par exemple, en médecine, on sera intéressé de savoir s'il s'agit d'une affaire d'obstétrique, de psychiatrie, d'anesthésie, etc. Dans le domaine du droit, on insistera pour savoir s'il s'agit d'une prescription oubliée, d'un problème d'examen de titres, d'une législation oubliée ou d'un défaut de rendre compte, etc. De la même façon, certaines statistiques tendent à démontrer qu'un très grand nombre de poursuites sont attribuables non pas à de l'incompétence, mais à de la négligence reliée à une mauvaise organisation du cabinet de consultation.

Toutes ces informations deviennent de plus en plus précieuses pour permettre à une corporation professionnelle d'identifier les vrais problèmes de ses membres et adopter des mesures correctrices sur le plan de la formation professionnelle et permanente, au niveau de l'inspection professionnelle et, le cas échéant, devant le comité de discipline.

Ici, nous touchons à un débat qui n'a pas encore véritablement eu lieu, mais qui est inévitable. En principe, quand un professionnel est poursuivi, la tradition estime qu'il s'agit d'une affaire privée entre le professionnel, son assureur et le client insatisfait, le débat n'intéressant pas en principe la corporation professionnelle. Toutefois, à partir du moment où on parle de contrat collectif obligatoire, il arrive nécessairement qu'à cause d'un nombre très restreint d'assurés, cette attitude traditionnelle est remise en question. En effet, il arrive que quelques assurés seulement peuvent, par le nombre et le montant des poursuites intentées contre eux, menacer l'équilibre des groupes avec des effets évidents sur la tarification chargée aux membres.

Évidemment, tôt ou tard, les pressions du groupe se feront telles qu'on exigera à plus ou moins long terme la divulgation à la corporation professionnelle de l'identité des assurés poursuivis. En somme, il ne serait pas étonnant de voir, d'ici quelques années, qu'un jugement accueillant une poursuite en dommages contre un professionnel constituera en même temps un acte dérogatoire susceptible de se terminer devant un comité de discipline. Le principe est déjà reconnu en matière criminelle, puisque chaque fois qu'il est condamné pour une infraction majeure, il est automatiquement traduit en discipline. Une situation semblable ne risque-t-elle pas de se développer en matière civile ?

C'est pourquoi je suis d'avis que, tôt ou tard, il serait souhaitable que les assureurs offrent aux professionnels d'inclure dans les conventions additionnelles d'assurance, au moins sur une base facultative, une protection additionnelle qui serait d'assurer la défense d'un professionnel poursuivi devant le comité de discipline de la corporation dont il est membre.

Ces frais de défense deviennent de plus en plus onéreux car, dans bien des cas, il s'agit non seulement d'assumer les honoraires des procureurs, mais aussi et de plus en plus d'obtenir des expertises complexes et coûteuses.

7. Comme dans toute autre police d'assurance, on retrouve dans une police d'assurance responsabilité professionnelle une convention générale et des conventions additionnelles. La convention générale comporte l'obligation de payer aux lieu et place de l'assuré tout montant que celui-ci peut être légalement tenu de payer pour compenser les dommages résultant d'une faute professionnelle. Les conventions additionnelles sont à l'effet que l'assureur s'engage à faire enquête sur toute réclamation, à assumer la défense de l'assuré dans toute poursuite judiciaire, ou encore à régler toute réclamation bien fondée. À mon humble avis, ces conventions additionnelles dans le domaine de la responsabilité professionnelle sont encore plus importantes que la convention générale en soi. C'est un aspect qui n'est pas toujours bien saisi par le milieu, qui ne perçoit pas toujours toutes les implications.

En effet, il faut savoir qu'un professionnel poursuivi pour un acte fautif est profondément bouleversé et atteint dans son intégrité. On met en cause sa compétence, son habilité et parfois même son honnêteté. Les poursuites en responsabilité professionnelle finissent malheureusement parfois par des tragédies, par des dépressions, des maladies psychosomatiques ou encore des crises cardiaques directement reliées au stress provoqué par une réclamation.

Par conséquent, un assureur qui veut s'engager et demeurer dans le secteur de la responsabilité professionnelle doit envisager de mettre sur pied un service adéquat de traitement de réclamations pour exécuter, de façon plus que convenable, les obligations qui découlent des conventions additionnelles de la police.

Cette question du droit à une défense pleine et entière de l'assuré est tellement importante que l'on voit dans ces polices une condition suivant laquelle l'assureur ne peut régler une réclamation sans obtenir au préalable le consentement de l'assuré. De la même façon, on verra dans les polices une condition qui prévoit que, si l'assuré refuse un règlement, il pourra continuer à ses frais la contestation, et l'assureur mettra à sa disposition le même montant qu'il aurait déboursé, si le règlement avait eu lieu.

8. Au cours des dernières années, l'industrie de l'assurance a perdu, dans certaines provinces canadiennes, le champ de l'assurance-automobile qui a été remplacée par un régime public d'indemnisation des victimes d'accidents de la route. La responsabilité-automobile est essentiellement basée sur la notion de la faute et a l'avantage que, quand la faute est prouvée, la victime a droit à la pleine compensation de tous ses dommages. Dans un régime d'indemnisation, la faute n'est pas mise en question, mais, par ailleurs, la victime a droit, dans tous les cas, à une indemnisa-

tion pour un montant moindre que ce que lui aurait accordé un tribunal de droit commun.

Indépendamment des questions politiques en jeu, il est clair que l'industrie de l'assurance aurait pu conserver cette activité lucrative, si elle avait été plus vigilante et plus attentive aux besoins des assurés et des victimes. Ainsi, par exemple, il y avait des années que l'on s'apercevait qu'un grand nombre de victimes voyaient des réclamations — au demeurant bien fondées — contestées énergiquement et inutilement devant les tribunaux, avec la conséquence que le paiement de ces réclamations était retardé de plusieurs années.

Certains assureurs contestaient systématiquement toutes les réclama-
444 tions en vue de décourager les recours. Le résultat de ces politiques a été de créer parmi la population des sentiments d'insatisfaction qui, dans certains cas, étaient bien fondés.

Il ne faudrait pas que ce qui s'est passé dans le milieu de l'assurance-automobile se répète dans le milieu de la responsabilité professionnelle. Le risque que cela survienne est d'autant plus important que la preuve de la faute dans l'application des données d'une science est plus difficile et très technique. Cette preuve fait encourir aux réclamants comme aux assureurs des défendeurs des frais d'expertises et d'enquêtes qui sont énormes.

De la même façon, on s'aperçoit de plus en plus que la technologie qui alimente des différentes sciences a pour conséquence de provoquer des dommages imprévisibles et qui se produisent, sans qu'il y ait nécessairement faute du professionnel impliqué. Ceci est particulièrement vrai dans le domaine des sciences de la santé où on observe, par exemple, que l'utilisation de tel ou tel médicament provoque des effets secondaires indésirables chez une quantité minimale de personnes même si, au demeurant, le même médicament provoque des guérisons spectaculaires pour la quasi totalité des patients. Le plus bel exemple que l'on puisse donner est celui de la pénicilline qui a sauvé des millions de vies, mais qui a aussi fait ses victimes par suite des réactions allergiques qu'elle provoquait.

Il y a donc, dans le domaine de l'exercice des professions, des victimes de la science et de la technique dont les dommages ne sont pas imputables à une faute de l'opérateur. Ce sont ce que j'appelle des *dommages statistiques*. En d'autres termes, l'utilisation de techniques nouvelles apporte des bienfaits à une très forte majorité de personnes, ce qui a pour conséquence de créer des dommages à une infime minorité qui, en somme, paie pour le bien-être des autres.

Cette notion d'indemnisation d'un dommage statistique a été implicitement reconnue récemment par un jugement de la Cour supérieure et qui est maintenant devant la Cour d'appel. Dans cette affaire, le Procureur général du Québec a été condamné à payer des dommages importants à un enfant sévèrement handicapé à la suite de la réception d'un

vaccin obligatoire, même s'il fut établi que ni le médecin, ni le fabricant du vaccin n'avaient commis quelque faute que ce soit. Il s'agissait justement d'une question de dommage statistique.

Il y a un certain nombre de situations qui se développent, qui sont pathétiques et qui créent des dommages qui ne peuvent être reliés à la faute spécifique de quiconque. Pourtant, une justice élémentaire voudrait que ces dommages soient compensés, au moins en partie. On peut donner plusieurs exemples de ces cas. Ainsi, tous les cas de patients blessés par des *acting out* imprévisibles de patients psychiatriques ; les cas de patients victimes d'infections et qui ont été contaminés par un milieu, malgré toute la diligence requise ; les patients victimes de réactions médicamenteuses imprévisibles, etc.

Par conséquent, il y a encore dans ce domaine mal défini un défi à relever pour l'industrie de l'assurance. Ce défi consiste d'abord à mieux cerner les paramètres de la problématique et de tenter de développer des nouvelles formes de protection contre les risques nouveaux engendrés par la technologie.

Enfin, je voudrais soulever avec vous un dernier aspect du problème sous étude, et qui est celui des délais et des coûts exagérés encourus pour qu'une victime de la faute d'un professionnel soit indemnisée. Dans la conjoncture actuelle, il faut parler en termes d'années, ce qui est inacceptable.

Cette situation implique non seulement les juges et les avocats, mais aussi les autres intéressés, y compris toute l'industrie de l'assurance, c'est-à-dire les courtiers, les assureurs et les experts en sinistres. Ces questions des délais et des coûts m'apparaissent à ce point sérieuses qu'elles mettent en jeu notre crédibilité auprès du public et, par le fait même, notre avenir.

Comment se fait-il, par exemple, que, pour qu'une cause vienne à procès au Québec, il en prenne, selon les districts judiciaires, de deux à cinq ans après l'inscription? Comment se fait-il qu'une majorité de poursuites intentées contre des professionnels se terminent avant que la cause vienne à procès par un désistement, ce qui indique que la réclamation était mal fondée ? Comment se fait-il aussi qu'il y ait autant de poursuites intentées, alors que, dans presque tous les cas, il y a eu des mises en demeure ? Comment se fait-il enfin que, quand on analyse certains états financiers, on s'aperçoive que certains assureurs doivent dépenser autant, sinon plus d'argent en frais d'enquêtes, d'expertises et de procureurs qu'ils ne paient en réalité en indemnités aux victimes ?

Ceci n'est qu'un côté de la médaille puisqu'il est impossible d'évaluer combien il en coûte aux victimes elles-mêmes pour faire valoir leurs réclamations.

Or , il m'apparaît que ce malaise profond doit être attribué à l'attitude générale du milieu face au traitement des réclamations. Cette attitude archaïque est caractérisée par une réaction de méfiance et de peur face à

la partie adverse. Tout le long du processus d'une réclamation, c'est-à-dire à partir de l'événement causal jusqu'au jugement final, en passant par toutes les étapes intermédiaires, il faut surtout communiquer le moins possible d'informations à la partie adverse, avec la conséquence qu'un trop grand nombre de réclamations se changent en parties de pêche et de cache-cache.

Combien de fois les plaideurs arrivent devant le tribunal pour apprendre des faits importants qui sont connus depuis longtemps par la partie adverse qui mise sur l'effet de surprise ! Combien de fois, dans la préparation d'un procès, des faits nouveaux ou insoupçonnés sont portés à la connaissance des procureurs, ou encore la preuve des informations au dossier devient impossible parce que cette preuve a été détruite avec le temps ! Combien de fois les poursuites auraient pu être évitées si les résultats de l'enquête avaient été franchement communiqués en temps utile !

En somme, le problème d'un très grand nombre de poursuites judiciaires est qu'elles n'auraient tout simplement pas dû être intentées, si les faits et les données techniques avaient été ventilés convenablement en temps opportun.

Or, avec l'électronique, nous sommes maintenant entrés dans l'ère de l'information et de la communication, et nous nous comportons encore comme à la belle époque de la procédure, de la primauté de la forme sur le fond, de la stratégie et de la non-communication.

Si nous voulons en sortir, il faut d'abord changer notre attitude de base et opter pour ce que l'on appelle en anglais la politique du *full disclosure*, c'est-à-dire cesser d'avoir peur d'échanger nos informations de part et d'autre. Un changement d'attitude aura pour conséquence d'éliminer avant qu'elles ne prennent naissance toutes les causes qui se terminent par des désistements coûteux pour toutes les parties, et toutes celles qui pourraient se terminer par des règlements honorables.

Enfin, ceci aurait pour conséquence que les réclamations qui ne sont ni réglables, ni négociables donnent lieu à des procès beaucoup mieux préparés dont la durée sera écourtée et les frais diminués.

Pour opérer ce changement d'attitude fondamental, il faut en toute logique que cela commence par le début du processus, c'est-à-dire par le traitement des réclamations, dès que celles-ci prennent naissance.

Des expériences intéressantes et concluantes ont été réalisées au États-Unis et en Europe, et je ne vois pas pourquoi nous ne serions pas capables, chez nous, à partir de l'expérience des autres et de la nôtre, de développer des méthodes de traitement des réclamations qui soient originales, efficaces et mieux adaptées à nos besoins.

C'est le défi majeur qui se présente à tous ceux que la responsabilité professionnelle intéresse. A défaut par nous de le relever, nous risquons que d'autres soient intéressés à en prendre l'initiative et, pour conclure avec une expression que vous chérissez, ce serait vraiment dommage.