

## V – Les tribunaux et la nouvelle dimension de la responsabilité pour blessures corporelles

René Letarte

Volume 54, Number 1, 1986

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1104478ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1104478ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

HEC Montréal

ISSN

0004-6027 (print)

2817-3465 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Letarte, R. (1986). V – Les tribunaux et la nouvelle dimension de la responsabilité pour blessures corporelles. *Assurances*, 54(1), 54–72. <https://doi.org/10.7202/1104478ar>

automobile insurance in the common law provinces, which could easily be adapted to all other forms of liability. Gross negligence could be dealt with under the criminal law, in order to maintain the deterrent effect of the existing system.

Our industry will also be obliged to find a solution to provide cover against inflation, but this should not be impossible if we consider the problems which we have faced in the past and those which confront us at the moment.

54

We have gone from today's crisis to arrive at what may be tomorrow's. I am convinced that our industry possesses the talent and expertise necessary to find solutions and to convince the legislators to apply them.

The challenge for all of us, each in our respective sectors of activity, is to begin now to concentrate our efforts on ensuring future success.

September 25, 1985

**V – Les tribunaux et la nouvelle dimension de la responsabilité pour blessures corporelles, par l'honorable juge René Letarte, j.c.s.**

Depuis une dizaine d'années, au Canada et au Québec, plusieurs phénomènes ont perturbé le domaine de la responsabilité à un point tel qu'un véritable climat de panique s'est emparé de certains milieux : le monde de l'assurance est menacé, les primes s'accroissent à un rythme effarant, les contrats cessent d'être renouvelés et plusieurs secteurs de l'assurance de responsabilité sont petit à petit désertés par des assureurs qui essuient des pertes de plus en plus considérables.

À titre d'exemple, l'*Actualité Médicale* du 12 août dernier se demande si les médecins sont toujours assurables et fait état d'une véritable crise débutant vers 1976 et qui a d'ailleurs amené une société de l'importance de *Gestas* à abandonner virtuellement tout le domaine de la responsabilité professionnelle. Alors que chez certains spécialistes de l'assurance, on estime devoir imposer des primes d'au-delà de \$100,000 pour certains médecins, comme c'est le cas aux États-Unis. Le docteur Georges-Henri Gagnon, de la Fédéra-

tion des médecins omnipraticiens du Québec, croit tout de même en la possibilité de certains remèdes pour sortir de l'impasse.

Il suggère certains amendements à la loi, afin d'accorder aux tribunaux des pouvoirs accrus dans la détermination des modes de paiement des indemnités, espère une compensation monétaire gouvernementale destinée à réduire le fardeau de la hausse des primes et recommande finalement la création d'une mutuelle, sorte de compagnie d'assurance gouvernementale pour les médecins et les hôpitaux.

L'hebdomadaire *Les Affaires*, dans son édition du 7 septembre 1985, consacrait quatre pages à un reportage faisant état des *Sommets inégalés des indemnités accordées aux victimes* et rappelait aussi la crise de l'assurance de responsabilité professionnelle, l'explosion des primes et le retrait des assureurs de certains domaines, étendant la panique au monde municipal, scolaire et hospitalier, dont les primes d'assurance de responsabilité bondissaient de 400% et davantage.

55

Les corporations professionnelles n'échappent pas au problème : ainsi, la Chambre des notaires, qui a créé en 1981 un régime obligatoire pour ses membres, régime qui est devenu une autoassurance, a cru devoir hausser ses primes d'environ 60% entre 1984 et 1985. Le Barreau du Québec s'est vu contraint de retarder l'application d'un règlement d'assurance de responsabilité obligatoire pour ses membres en pratique privée, vu le coût élevé des primes exigées par les assureurs, dont seulement deux sur vingt-cinq ont offert un plan de protection.

Chez les comptables, depuis deux ans, la hausse de primes représenterait environ 56% et même les courtiers d'assurances se sont vus infliger des augmentations de l'ordre de 25% à 30% par année, depuis deux ou trois ans. Les architectes, arpenteurs et ingénieurs ont subi un semblable sort, alors que ce sont les professionnels de la santé qui ont été les plus touchés, la prime annuelle de certains spécialistes dépassant les \$10,000.

Parallèlement, l'Association canadienne de protection médicale a modifié sa structure de primes, en procédant à une sélection des risques et, alors que ses membres payaient une prime uniforme d'environ \$500 en 1983, elle se voit maintenant forcée d'exiger des cotisations variant de \$550 pour un médecin de famille oeuvrant en

clinique privée à près de \$3,000 pour un spécialiste exerçant un domaine professionnel comportant des risques accrus.

M. Jean-Paul Gagné, du journal *Les Affaires*, attribue à trois causes principales l'explosion des primes d'assurance de responsabilité :

56

- 1) La croissance effrénée du nombre de poursuites en dommages-intérêts et les sommes mirobolantes accordées par les tribunaux ;
- 2) Le resserrement du marché de l'assurance de responsabilité civile en général ;
- 3) L'environnement législatif qui ne cesse d'accroître à la fois les droits des victimes et la responsabilité des dispensateurs de services.

Quant au resserrement du marché de l'assurance de responsabilité civile en général et de la capacité réduite des assureurs qui paieraient actuellement des indemnités égales à 140% des primes perçues, il s'agit là d'un problème qui dépasse la compétence des tribunaux et le champ de mes remarques. C'est aux experts en évaluation de risques qu'il appartient d'établir l'équilibre entre les services offerts et les coûts réclamés.

Il est vrai que certaines modifications législatives ont pu avoir un effet quelconque sur certains aspects de la responsabilité. Sauf en matière de recours collectif, cependant, je ne vois guère de législation qui a eu pour effet d'accroître de façon sensible le fardeau des assureurs. L'addition des dommages exemplaires en application de l'article 49 de la Charte des droits et libertés de la personne du Québec ne saurait représenter un handicap sérieux, compte tenu de ce que de tels dommages ne peuvent être accordés que dans le cas de gestes illégitimes et intentionnels de la part d'un assuré, ce qui n'est certainement pas un risque généralement couvert.

Par ailleurs, les nouvelles dispositions du Code civil en matière d'assurance de responsabilité n'ont pas eu pour effet de modifier le *statu quo*, même en matière de frais.

Il faut reconnaître, cependant, en ce qui a trait aux tribunaux, que plusieurs facteurs peuvent avoir contribué, sans doute de façons

diverses, à un véritable éclatement de la situation. Pour ne citer que ceux-là, notons :

- un accès aux tribunaux rendu beaucoup plus facile par la Loi d'aide juridique ;
- la disponibilité d'experts en demande, ce qui n'existait à peu près pas auparavant en matière de responsabilité médicale ;
- des efforts constants de la magistrature et de l'administration pour simplifier et accélérer le processus judiciaire ;
- le développement d'une mentalité beaucoup plus revendicatrice de la part d'un public mieux éclairé.

57

Ainsi, dans le domaine de la responsabilité médicale et hospitalière, l'on peut constater un accroissement tout à fait remarquable du nombre de recours dirigés contre les institutions hospitalières ou les membres des professions médicales. À titre d'exemple, selon certaines statistiques évoquées récemment par le directeur des ressources financières et matérielles de l'Association des hôpitaux du Québec, tirées de *Canadian Medical Malpractice Crisis* (Pierre Grégoire – *Canadian Underwriters*, mai 1984), alors qu'on comptait une poursuite par 274 médecins en 1970, on constatait que ces chiffres étaient doublés en 1975 pour être de nouveau doublés en 1980 et atteindre une poursuite par 76 médecins.

On a estimé la fréquence de ces recours à 1 pour 38 médecins en 1987 et 1 par 20 médecins en 1992. Si ces prédictions s'avèrent exactes, l'on constatera que, dans une période d'une vingtaine d'années, le nombre de recours dirigés contre les médecins aura plus que décuplé.

Parallèlement, et c'est là aussi une préoccupation majeure, certaines indemnités forfaitaires ont d'abord timidement voisiné le million de dollars pour le dépasser assez rapidement et atteindre, en mars 1985, un record de \$6,3 millions, comme en a décidé M. le juge Fitzpatrick, de la Cour suprême d'Ontario, dans l'affaire d'un motocycliste adolescent devenu paraplégique.

Sans doute s'agit-il là de cas très rares dont plusieurs, d'ailleurs, attendent d'être appréciés par les tribunaux supérieurs, mais ces décisions ont tellement frappé le public qu'en certains milieux, on en fait le bouc émissaire de tous les maux qui affectent le monde des assureurs. Et pourtant, la seule fonction du tribunal consiste dans ces

cas, et dans le cadre de la législation telle qu'elle existe actuellement, à évaluer avec autant d'exactitude que possible le montant des pertes causées à un individu, indépendamment de toutes autres considérations de sympathie ou d'antipathie.

On s'étonne même, dans certains cercles, que les tribunaux ne tiennent compte ni de la solvabilité des débiteurs, ni du coût social de leurs jugements, comme s'il leur était loisible, dans l'estimation d'une perte, de déterminer le quantum avec plus ou moins de générosité ou de parcimonie, selon la richesse du débiteur.

58

L'accroissement considérable des indemnités, dans le cas de grands blessés, ne résulte pas d'une volte-face des tribunaux, ni de l'application de principes nouveaux, ni encore moins du fait que certains magistrats puissent se sentir soudainement investis d'une vocation de Robin des Bois. Il s'agit là plutôt de la résultante du prix qu'attache une société démocratique qui se respecte à la vie humaine et à l'intégrité de l'individu. Il s'agit là aussi de la conséquence nécessaire de l'utilisation dans l'évaluation du préjudice de méthodes plus exactes, comme l'enseigne la Cour suprême du Canada, dont les décisions lient les tribunaux inférieurs.

Les jugements rendus simultanément en janvier 1978 par la Cour suprême du Canada, et que l'on appelle la trilogie, étaient l'aboutissement de trois longs procès datant de 1974. La Cour suprême a alors saisi l'occasion, en expliquant qu'il était temps que cela soit fait, pour rappeler avec force les principes qui doivent guider les juges dans la fixation des indemnités.

Après avoir consacré le principe voulant qu'un individu sérieusement handicapé avait le droit d'être traité à domicile, à la condition que sa réclamation soit raisonnable et cela, sans égard au coût social, le plus haut tribunal de notre pays a retenu deux types de dommages-intérêts : pécuniaires et non pécuniaires.

Quant à la première catégorie, elle réaffirme le principe de la réparation intégrale, alors qu'en ce qui a trait aux dommages non pécuniaires pour douleurs, souffrances, inconvénients, perte de longévité et des agréments de la vie, elle fixe un plafond de \$100,000, qui ne saura être excédé qu'à raison de circonstances exceptionnelles virtuellement limitées plus tard, à l'érosion de la valeur du dollar.

Aux fins d'établir les pertes pécuniaires, deux suggestions de la Cour : l'étude des différents dommages sous des postes séparés, comme la perte de capacité de gains et le coût des soins futurs, puis l'utilisation d'experts, économistes, actuaires, etc.

Rappelons ici certaines des circonstances relatives à chacune des trois affaires formant la trilogie.

Andrews est devenu quadraplégique dans un accident de circulation dû, pour 75%, à la responsabilité des intimés, se voyant personnellement attribuer une contribution de 25%. Célibataire, âgé de 21 ans, il était employé des chemins de fer nationaux à Edmonton. Physiquement condamné à la dépendance de tiers pour le reste de ses jours, ses facultés intellectuelles demeuraient tout de même intactes.

59

En première instance, la Cour suprême d'Alberta octroyait un montant global de \$1,022,000 réduit à \$439,000 en appel et porté éventuellement à \$817,000 en Cour suprême du Canada, avant qu'il ne soit tenu compte de la responsabilité partagée.

Dans la seconde affaire, Thornton âgé de 18 ans, est devenu lui aussi complètement dépendant, sans emploi ultérieur possible, sans atteinte intellectuelle, à l'occasion d'un accident survenu pendant une séance d'éducation physique. Il est devenu quadraplégique.

En première instance, \$1,500,000 comportant près de \$1,200,000 pour couvrir les dépenses inhérentes au coût des soins à domicile. La Cour d'appel de la Colombie britannique réduisit ce dernier montant à \$210,000, le standard de soins choisis par le juge du procès étant estimé « *irréaliste et déraisonnable* ». La Cour suprême rétablit le principe retenu en première instance et ramena le total de l'indemnité à un peu moins de \$860,000.

La troisième cause était relative à un accident subi par Diane Teno, une fillette de 4 ans et demi qui, elle aussi, sera condamnée à une supervision constante. Les dommages généraux estimés en première instance à \$950,000 ont été réduits en appel à \$875,000, puis à \$540,000 par la Cour suprême du Canada qui retenait cependant là aussi le principe des soins à domicile.

Comme l'ont fait beaucoup de magistrats depuis une décade, la Cour suprême a profité de la trilogie pour s'interroger très sérieusement sur l'à-propos de maintenir un système qu'elle qualifie d'illogi-

que, astreignant les tribunaux à un régime prévoyant un paiement forfaitaire unique et définitif.

Ainsi, dans Andrews, M. le juge Dickson préfaçait littéralement son jugement comme suit :

60

*« L'indemnité forfaitaire soulève de grandes difficultés. Elle est sujette à l'inflation et à la fluctuation du rendement des investissements et les revenus qu'elle produit sont imposables. Après le jugement, les besoins du demandeur peuvent diminuer dans certains secteurs et augmenter dans d'autres. Malgré cela, nos règles d'indemnités ne permettent pas de versements périodiques. »*

*« La situation est encore plus grave lorsqu'il existe un besoin de soins intensifs et coûteux ainsi que perte à long terme de la capacité de gagner un revenu. Il doit être possible de mettre sur pied un système de révision périodique des paiements en fonction des besoins de la victime et des coûts afférents. »*

Dans Andrews, l'on retrouve ce qui suit :

*« Contrairement à ce que dit la division d'appel de l'Alberta, il n'existe aucune obligation pour la victime de procéder à la réduction des dommages-intérêts, c'est-à-dire d'accepter moins que la perte réelle. En fait, sa seule obligation est d'être raisonnable. Une indemnisation ne peut jamais être entière ou parfaite. L'indemnité doit être raisonnable et équitable pour les deux parties. »*

La décision ajoute :

*« De toute évidence, on ne peut fonder le montant d'une indemnité sur la sympathie ou les compassions que l'on ressent pour la victime. Il faut indemniser la victime ; il ne s'agit pas de la venger. Toutefois, comme en l'espèce les tribunaux d'instance inférieure ont opté pour les soins à domicile, le qualificatif raisonnable doit se rapporter à ces soins. Être raisonnable ne signifie pas qu'Andrews devrait se satisfaire d'une hospitalisation qui, selon toute la preuve, ne lui convient pas. »*

Plus tard, dans Thornton, M. le juge Dickson précisera la pensée de la Cour sur l'expression « frais déraisonnables » :

*« Avant de refuser à un tétraplégique des soins à domicile, à cause des frais qui seraient déraisonnables, il faut aller plus loin que l'assertion et le prouver de telle façon que toute personne de bon sens soit amenée à dire : c'est du gaspillage, il faut être fou pour faire une telle dépense. Ou alors, il faudrait prouver que des soins convenables »*

*peuvent être prodigués dans un environnement approprié à un coût moindre que le montant réclamé par le demandeur. »*

Or, dans la trilogie, le coût annuel des soins futurs, tel qu'accueilli en dernière instance, représente environ \$28,000 à \$42,000 par année. Rien ne démontre, pour le moment à tout le moins, que le coût en institution représenterait une économie par rapport à ces chiffres, quand on sait, à titre d'exemple, que le coût moyen de la détention d'un prisonnier en institution carcérale représenterait quelque \$40,000.

Par ailleurs, dans un système de responsabilité basée exclusivement sur la faute, ce qui n'est pas le seul système susceptible d'être utilisé, comment peut-on justifier un principe d'application général voulant que l'ensemble des citoyens acquittent la dette de l'auteur du délit ?

61

Comme l'écrivait M. le juge Spence dans Teno :

*« Rien ne justifie d'imposer au public la charge de prendre soin de la demanderesse ou de lui fournir les nécessités de l'existence. »*

Ces mêmes principes ont été affirmés de nouveau trois années plus tard dans l'arrêt Lindal :

*« Le montant de l'indemnité au titre... (de dommages pécuniaires... ) ne doit être influencé ni par les moyens du défendeur, ni par les sympathies pour les situations de l'une ou de l'autre des parties, pas plus que des arguments quant au coût social de l'indemnité ne doivent être déterminants à ce stade-ci. Suivant le premier principe applicable et déterminant, il faut indemniser la victime. »*

Comme l'exprime aussi la Cour suprême dans Thornton, le concept actuel... :

*« veut préserver la dignité de la personne gravement atteinte et l'accepter comme un membre utile de la race humaine qu'il faut aider par tous les moyens à se réintégrer dans la société... Auparavant, les grands infirmes étaient relégués dans des institutions où ils ne font qu'attendre une mort prématurée. Ils meurent... parce que rien ne les aide à vivre. »*

Il ressort donc qu'en matière de dommages pécuniaires, la préoccupation primordiale du tribunal, sinon la seule, est essentiellement, dans la mesure des possibilités, de rétablir l'équilibre rompu

par l'accident afin de permettre que, sa vie durant, le demandeur soit d'abord remboursé d'un capital représentant la perte de sa capacité de gains et qu'il lui soit octroyé un fonds suffisant pour lui permettre, jusqu'à la fin de ses jours, de bénéficier des soins requis par son état ; seule limite, le caractère raisonnable de la réclamation.

Quant aux dommages non pécuniaires, la fixation du montant-limite à \$100,000 se veut très probablement une garantie contre les écarts que l'on se plaît à reprocher à certaines décisions américaines dans lesquelles les dommages exemplaires atteignent des limites colossales.

62

Compte tenu de l'inflation et de l'érosion monétaire, il semble que ce plafond aujourd'hui représenterait environ \$180,000.

Ce montant, cependant, n'est pas une compensation pour les douleurs comme telles, mais doit remplir un concept bien fonctionnel, celui de permettre à la victime de se procurer un certain nombre d'avantages pour compenser la perte des agréments de la vie. Dans la logique de ce concept fonctionnel, il y aura peut-être lieu, dans certains cas, de conclure que rien ne peut être réclamé de ce chef, si rien ne peut être matériellement fait pour améliorer le cas d'un grand handicapé qui ne serait ni conscient, ni souffrant.

Le législateur n'ayant pas jugé à-propos, du moins pour le moment, de modifier le système de paiement forfaitaire unique, il appartiendra donc au tribunal, sous réserve des éventualités susceptibles de se produire, de déterminer la valeur actuelle des sommes nécessaires pour faire face à la perte de capacité de gains et au coût des soins futurs.

Pour en arriver là, il devra d'abord établir ce qu'eût été la carrière du réclamant, son salaire, sa durée, le coût estimé des soins futurs, de même, pour cette fin, que la durée de l'expectative de vie telle qu'abrégée par le traumatisme. Il devra, en fonction de la preuve, à l'aide des experts actuaires ou économistes, fixer le taux de rendement réel des placements susceptibles d'être faits pour la victime, compte tenu de l'inflation, de l'indice des salaires et des taux de rendement pour des placements raisonnablement sûrs.

Tous ces aspects du problème imposent au juge l'obligation de devenir un prophète presque absolu de l'évolution de la situation économique pour des périodes parfois voisines du demi-siècle, alors

que, même pour des périodes beaucoup plus courtes, très peu d'experts osent y aller de prédictions sérieuses. Tout le monde sait que la Banque du Canada fixe son taux préférentiel à chaque semaine.

En matière civile, les décisions judiciaires sont basées sur l'appréciation des probabilités par le tribunal. Cela s'applique, tant à la responsabilité qu'à la fixation du quantum des dommages. On ne saurait espérer que les tribunaux puissent atteindre un degré de certitude absolue. C'est donc sur chacun de ces paramètres que le tribunal devra se pencher afin de retenir, l'un après l'autre, les éléments d'un calcul qui, somme toute, lors de l'évaluation finale, deviendra presque mathématique.

63

Le recours de plus en plus régulier à des experts qualifiés, comptables, actuaires, fiscalistes, économistes, psychologues, évaluateurs, etc., l'utilisation de statistiques devenant de plus en plus spécifiques, amènent des éléments importants de probabilité, mais qui sont loin, toutefois, d'exclure les possibilités d'erreur. On constatera plus facilement le danger, en réalisant que l'opération consiste à ramener sur la tête d'une seule personne des conclusions statistiques qui ne trouvent leur valeur que dans les grands nombres.

Comme l'exprime Keizer c. Hanna, l'évaluation des dommages-intérêts devient presque une situation de jugement purement économique, lorsqu'il s'agit de déterminer la valeur actuelle d'une somme forfaitaire qui, investie, permettra les versements du montant voulu pendant un nombre d'années déterminé comportant épuisement progressif et total du fonds.

Trois facteurs particuliers ont un effet capital sur la fixation du quantum : l'inflation, qui diminue très sensiblement le rendement du capital et qui, même durant certaines périodes, a amené des rendements négatifs ; les impôts, qui accaparent une partie importante des revenus de placements et les frais de gestion, qui peuvent parfois représenter près de 10% du capital octroyé.

Dans la trilogie, la Cour suprême du Canada a utilisé un taux d'actualisation de 7% comme représentant la différence entre le taux de placement moyen et l'inflation pendant la période correspondante. Plusieurs études faites depuis 1978 démontrent de façon certaine que, compte tenu de l'évolution de l'économie canadienne, les

fonds octroyés aux trois victimes de la trilogie seront prématurément épuisés.

64

La Cour suprême nous indique cependant que le taux d'actualisation est une question de faits sujette à l'appréciation du tribunal. Deux thèses sont généralement présentées devant la Cour : la thèse historique, fondée sur les données fournies par la Société canadienne des actuaires et qui démontre que, depuis un demi-siècle environ, en moyenne, la différence entre le rendement d'un placement raisonnablement sûr à moyen terme et l'inflation, pendant la période correspondante, s'est située dans le voisinage de 3%, alors que, durant la même période, l'indice des salaires s'est accru de près de deux points de plus que l'indice des prix à la consommation.

Concrètement, l'application de cette thèse signifie qu'il y a lieu d'utiliser un taux de rendement réel sur les placements de 3% ou de 1%, selon que les pertes envisagées pour l'avenir représentent des salaires perdus ou à payer ou des dépenses affectées par l'indice des prix à la consommation. Ce sont là les taux qu'en application de cette thèse, il y aurait lieu de retenir pour l'actualisation.

Une autre thèse, basée sur les pronostics compilés par la maison Peat Marwick à chaque année, se veut faite de projections, à partir du moment présent. Elle établit ses prévisions pour quatre périodes : l'année courante, une période allant jusqu'à 1990, l'autre jusqu'à l'année 2000 et la quatrième pour les années subséquentes. Ces projections sont faites à partir de consultations dans une vingtaine d'institutions financières d'importance, dont les experts fournissent des opinions dont on retient la médiane.

En application de cette thèse, il y aurait lieu d'utiliser les taux à court terme plus facilement prévisibles et les taux historiques pour la période subséquente à l'an 2000. Concrètement, le taux d'actualisation, compte tenu de l'indice des prix à la consommation, représenterait 5% environ pour une dizaine d'années et 3%, quant aux périodes subséquentes.

Deux économistes, dont la réputation n'est plus à faire, se font les tenants de chacune de ces thèses. Ainsi, M. Pierre Fortin favorise la moyenne historique, alors que l'économiste Claude Forget suggère de scinder la période d'indemnisation et d'utiliser un taux majoré pour l'avenir prévisible et la moyenne historique pour la période

ultérieure. À cela, les tenants de la méthode historique rétorquent que la moyenne est précisément constituée de l'ensemble des écarts.

Généralement, l'on peut dire que la majorité de la jurisprudence a adopté la moyenne historique, bien que certaines décisions aient choisi des taux différents.

Tout récemment, il y a quelques mois, la Cour d'appel, dans l'affaire *Provencher c. Adresso-Graph Multi-Graph*, se prononçait en faveur de la thèse historique, compte tenu de la durée de la période future qu'elle envisageait.

65

La solution, pour le moment, semblerait être de tenir compte de la thèse *Forget* dans l'évaluation d'une période future relativement courte et de retenir la thèse *Fortin* dans les projections plus longues, comme c'est le cas de celles qui voisinent le 50 ans.

L'on voit l'importance du choix du taux d'actualisation, si l'on applique les taux de 3% et de 1% à la trilogie, ce qui aurait pour effet de doubler, somme toute, les indemnités actualisées. Pour éviter ce type de problème, quatre provinces canadiennes ont maintenant fixé, par règlement, le taux d'actualisation : la Colombie britannique, la Saskatchewan, l'Ontario et la Nouvelle-Écosse. Dans l'ensemble, les taux sont d'à peu près 3%.

Dans la mesure où l'on doit reconnaître l'influence de l'économie américaine au Canada, l'on peut rappeler ici l'arrêt *Pfeiffer*, rendu en 1983 par la Cour suprême des États-Unis qui, laissant au juge le soin de déterminer et de justifier le taux d'actualisation, ajoute qu'elle n'interviendrait pas, pour peu qu'il se situe quelque part entre 1% et 3%.

Le Comité général des juges de la Cour supérieure a demandé au ministre de la Justice du Québec d'envisager une réglementation semblable à celle qui vient d'être évoquée. En plus d'éviter des coûts importants aux parties, une telle réglementation aurait pour effet d'assurer les justiciables d'un traitement identique.

D'autre part, on ne peut négliger l'aspect fiscal, d'autant plus que, dans les premières années de gestion, l'importance des revenus générés par des gros capitaux fait du fisc un partenaire aux appétits sans bornes.

Afin d'illustrer l'importance de ce facteur, j'ai obtenu, il y a quelques mois, de Mme Louise Turcotte, étudiante en maîtrise au département de mathématiques de l'Université Laval, en collaboration avec le service d'informatique de la maison d'actuaire-conseils Hébert, Le Houillier & Associés, une simulation de l'évolution du fonds octroyé, dans le cas d'une réclamation hypothétique.

66 Il s'agissait de la réclamation d'un jeune homme de 20 ans, commençant à travailler à un salaire brut de \$20,000, anticipant la retraite à 65 ans. Impotent, les dépenses médicales envisagées représentaient en salaire \$25,000 et \$5,000 d'autres dépenses. Compte tenu de l'inflation depuis 1978, ces chiffres sont sensiblement inférieurs à ceux qui étaient considérés dans l'affaire Andrews.

Les hypothèses actuarielles renaient les tables de mortalité/hommes pour Québec, un rendement d'intérêt brut de 8,5%, un taux d'inflation de 5,5%, une augmentation de salaire annuelle de 7,5%, ces trois derniers pourcentages représentant la moyenne des résultats obtenus dans ces secteurs depuis 50 ans, suivant la Société canadienne des actuaires et se rapprochant quelque peu de la situation qui prévaut aujourd'hui.

Pour les fins de ces calculs, on a imaginé que toutes les dépenses médicales étaient déductibles, on n'a tenu compte d'aucun rabattement pour éventualités et il n'a été octroyé aucune somme pour frais de gestion, ni pour pertes non pécuniaires.

Les résultats colligés pour une période de 50 ans établissaient la nécessité d'un fonds d'environ \$1,800,000 pour faire face aux salaires et aux dépenses médicales, montant qui passait à \$3,200,000 environ, pour tenir compte des impôts.

Par ailleurs, si le montant de \$1,800,000 n'était pas majoré, pour acquitter les impôts, le fonds était complètement éteint 16 ans trop tôt.

D'autre part, quant aux frais de gestion, l'on sait qu'actualisés sur une période d'environ 50 ans, dans l'hypothèse soumise à Mme Turcotte, ils pourraient représenter un capital de l'ordre de 10%, ce qui majorerait le montant nécessaire pour le porter à environ \$3,500,000.

L'on peut donc facilement conclure que, dans le cas de l'exemple choisi et qui ne me semble comporter aucun élément extraordinaire pour permettre à la victime de faire face à ses besoins futurs, le tribunal devra, pour faire face aux impôts et aux frais de gestion, lui octroyer un capital qui représentera le double de celui dont il aurait besoin, alors que, fixant d'avance l'échéance statistique du décès, le juge est presque certain de faire erreur. Sa seule consolation est qu'il ignore dans quel sens il se trompe et si sa décision comporte surindemnisation ou sous-indemnisation.

Mais le système est encore plus discutable, quand on réalise que, selon toutes les probabilités, le fonds sera épuisé bien avant la période pour laquelle il avait été constitué. En effet, il y a quelque temps, la maison Mangelsdorf et Mangelsdorf de Dallas faisait état de certaines statistiques en provenance d'assureurs qui avaient procédé à l'étude de la viabilité des sommes forfaitaires octroyées à des blessés ou à leurs conjoints.

67

Selon les conclusions de cette étude, deux mois après le règlement, 25% des bénéficiaires n'ont plus rien, proportion qui s'accroît avec le temps et qui, après cinq ans, laisse neuf personnes sur dix dans l'indigence.

Il est vrai que les tribunaux n'ont pas à se préoccuper du coût social de l'indemnité, pas plus qu'ils ne doivent s'inquiéter de l'utilisation faite des fonds octroyés. Comme citoyen, cependant, appelé parfois à imposer à des défendeurs des dépenses de quelques millions, dont la moitié est engloutie par les impôts et les frais de gestion, je tremble à la pensée que tout cela peut s'avérer inutile dans 90% des cas après cinq ans, pour peu qu'au départ, et cela limite encore l'application du système, ils aient été victimes de la faute d'un tiers et qu'au surplus, ce tiers ait été solvable.

Que vaut un système de paiement unique qui, dans 90% des cas où il y a paiement, risque, quelques années plus tard, de ramener la victime sous la responsabilité directe de la société ?

Pour pallier à ces inconvénients, certains états américains, la France et depuis peu, l'Ontario, ont légiféré pour permettre une plus grande souplesse aux tribunaux et leur accorder le pouvoir, dans certains cas et suivant certaines modalités, de remplacer le paiement forfaitaire unique par une rente viagère comportant certains élé-

ments particuliers, l'indexation, certains paiements spéciaux, un paiement d'appoint de départ, etc., ce qui représente, pour chacune des parties, des avantages appréciables.

Ainsi, pour la partie demanderesse, l'octroi d'une rente indexée lui assure les montants suffisants pour faire face à ses pertes, sans danger d'épuisement prématuré du fonds ; pour le débiteur de l'obligation, d'autre part, cela peut représenter un coût considérablement réduit qui, d'ailleurs, se traduit assez souvent par une générosité accrue.

68

À titre d'exemple, dans le cas étudié un peu plus tôt et qui se soldait par un capital de \$3,500,000, j'ai obtenu d'un assureur l'opinion qu'une prime unique, garantissant pendant la vie entière du jeune homme, les bénéfices qui ont servi de base aux calculs et comportant les indexations mentionnées plus tôt, représenterait un coût de \$1,387,234.84, soit un peu moins du tiers du coût du jugement, suivant notre système.

Le règlement échelonné pourrait être défini ainsi : l'indemnisation de la victime de blessures corporelles par le garant agréé d'un débiteur au moyen de paiements fixes ou variables établis suivant entente pour les périodes convenues entre les parties, le capital réservé à ces fins demeurant, jusqu'au paiement final, la propriété du débiteur ou de son garant.

Le dernier élément de cette description résulte de l'application des lois fiscales. En effet, l'indemnité forfaitaire résultant de blessures corporelles n'est pas sujette à impôt. Il n'en est pas ainsi, cependant, des revenus de placements de ce capital qui, eux, sont imposables, comme tous autres revenus à compter du moment où son propriétaire a atteint l'âge de 21 ans.

Si le capital est versé au demandeur, ses revenus de placements représenteront des impôts considérables. S'il achète une rente auprès d'une compagnie d'assurance-vie, la loi de l'impôt prévoit qu'une partie des versements de rentes est considérée comme revenus de placements et devient imposable comme telle.

Dans le cas d'un règlement échelonné, l'article 13 du Bulletin d'interprétation IT-365 R, publié par le gouvernement fédéral, dit ce qui suit :

*13 : « Lorsque des dommages-intérêts pour blessures ou décès adjugés par un tribunal compétent ou déterminés en vertu d'un règlement hors Cour sont payés par versements périodiques, les versements ne sont pas considérés comme des arrérages de rentes aux fins des alinéas 56 (1) (d) ou 60 (a).*

*« Par conséquent, aucune fraction de ces montants n'est considérée comme un revenu en intérêt. . . »*

69

La mécanique de préparation du règlement échelonné consiste donc, pour toute la période d'expectative de vie prévue, à établir un scénario comportant les besoins futurs de la victime. Ainsi, un règlement échelonné pourra prévoir un montant initial pour l'achat de fournitures médicales, voire d'une maison, d'un véhicule spécialement équipé, pour pourvoir aux frais judiciaires et ce montant initial sera mentionné comme tel dans la convention.

Des montants spéciaux pourraient aussi être prévus, selon un certain nombre d'échéances. Par exemple, un montant additionnel de \$10,000 à tous les cinq ans, pour un nouvel achat d'équipement, fauteuil électrique, etc.

En plus, une rente, indexée à un taux prédéterminé, sera incluse dans la transaction pour rembourser la perte nette de revenus anticipés, de même que le coût des soins futurs. Il est possible également de prévoir un minimum garanti et d'inclure toutes autres dispositions jugées valables par les parties. La caractéristique de cette entente est la souplesse qui doit présider à sa rédaction.

D'autre part, comme tous les contrats, il s'agit d'une entente définitive non sujette à révision.

En pratique, l'assureur-dommages achètera une rente dont les termes sont prédéterminés chez un assureur-vie, vu la durée assez longue parfois de ce contrat. Dans ce cas, l'assureur de dommages doit lui-même conserver la propriété du contrat de rente et la convention ne doit point faire mention auprès du bénéficiaire de la valeur actualisée de l'indemnisation ou de la prime unique payée, ce qui risquerait d'assimiler le règlement échelonné à un paiement for-

faitaire rendant alors les versements de rentes imposables, comme le spécifie plus loin l'article 13 mentionné précédemment, qui ajoute :

« *Cependant, lorsqu'un contribuable ou son représentant utilise les dommages-intérêts pour acheter une rente, les paiements sont considérés comme des arrérages de rentes aux fins des alinéas 56 (1) (d) et 60 (a) et de l'article 300 des règlements.* »

70 Pour le débiteur de l'obligation, surtout lorsqu'il s'agit d'un assureur, les avantages des paiements échelonnés sont évidents : les frais de gestion n'ont pas à être payés, les impôts sont évités et le rendement réel peut plus facilement être supérieur à celui qu'obtiendrait le gestionnaire d'un handicapé dont les placements se veulent nécessairement plus conservateurs. L'importance des capitaux gérés par les assureurs, leur expérience sont autant de facteurs permettant d'escompter des profits réels plus importants que 3%.

Le règlement échelonné n'est pas le remède à tous les maux et certains problèmes sont encore susceptibles de se poser. Ainsi, aucun assureur n'acceptera d'indexer une indemnité à un taux qui n'est pas prédéterminé. Il existe donc, pour la victime, une part de risque pour le cas où l'inflation serait supérieure à celle qui a été envisagée. Il y aurait par contre gain, si l'inverse se produisait.

D'autre part, ce vieux dicton, *Un tiens vaut mieux que deux tu l'auras*, amène bien des gens à préférer le règlement forfaitaire unique. En pratique, on se rend compte cependant que bien des facteurs font fondre les millions bien rapidement : faiblesse humaine, impression euphorique du néo-millionnaire, amis et parents dévoués, spéculateurs, tout cela fait que le millionnaire du handicap n'est guère plus avantage que le millionnaire de la loterie.

Personnellement, risque pour risque, je crois que le paiement échelonné est de beaucoup préférable, surtout dans les cas suivants :

- a) si des paiements temporaires doivent être envisagés ;
- b) dans les cas où la victime est atteinte mentalement ou physiquement vulnérable ;
- c) dans les cas où déjà les revenus de la victime la placent dans un palier d'imposition élevé ;
- d) dans les cas où les limites d'assurance disponible sont insuffisantes pour faire face à un paiement forfaitaire unique complet.

Certains efforts sont tentés çà et là au Québec pour concrétiser pareilles transactions. Malheureusement, dans plusieurs cas, le manque de confiance entre les parties et le manque d'information des procureurs font qu'il est très difficile d'obtenir de tels règlements. Dans ce sens, il serait impérieux que le Québec se dote d'un système juridique permettant aux tribunaux, dans certaines conditions, d'imposer les termes d'une convention de rente. Ce serait sans doute un premier pas dans une direction souhaitable pour tous les intéressés. Des campagnes d'information seraient aussi très utiles.

Indépendamment de ce qui précède, il n'en demeure pas moins que le problème des victimes d'accidents est un problème social, dont l'État, à toutes fins utiles, finit par acquitter le prix.

71

Depuis 1974, la Nouvelle-Zélande s'est dotée d'un système universel de compensation d'accidents et de réhabilitation personnelle qui veut que, quelle que soit la cause d'une blessure, dans tous genres d'accidents, la victime a droit à compensation et à réhabilitation. Cinq principes sont à la base de cette législation :

1) il est de l'intérêt et du devoir de l'État que soient protégées, par la communauté, les victimes de blessures corporelles ;

2) le système devrait s'appliquer à toute personne suivant une méthode uniforme d'évaluation, sans égard à la cause des blessures ;

3) ce système devrait promouvoir la réhabilitation physique et professionnelle ;

4) le système devrait prévoir une forme de compensation pour les salaires perdus pendant la période d'incapacité et reconnaître qu'une blessure corporelle permanente est une perte en soi, indépendamment de son impact sur la capacité de gains ;

5) les paiements devraient être acheminés promptement et le système administré suivant des procédures administratives économiques.

Déjà, l'État a pris charge du coût des soins médicaux et hospitaliers dans plusieurs secteurs. Il assure maintenant les victimes d'accidents d'automobiles, d'accidents de travail, de crimes ou d'actes de bravoure.

Le système de droit commun, dans les autres accidents, amène à la charge de l'État par l'assurance-chômage, le bien-être social, etc., les victimes qui n'ont pas de recours contre des tiers, de même que celles dont les recours sont éventuellement dirigés contre des insolubles.

Dans le cas de partage de responsabilité, ni une rente, ni un capital forfaitaire ne s'avèrent suffisants pour faire face aux besoins de l'accidenté. Au départ, une très forte proportion des accidentés doivent avoir recours à l'État.

72

Peut-être des études plus poussées pourraient-elles être à la base de l'établissement chez nous d'un système semblable à ce qui prévaut en Nouvelle-Zélande, quitte à conserver l'exercice du recours de droit commun, basé sur la faute, pour l'excédent des sommes assumées par le système. Ce serait là, il me semble, une avenue qu'il y aurait lieu d'étudier sérieusement.

La crise actuelle, se soldant par des hausses considérables de primes, lorsqu'il ne s'agit pas tout simplement d'abandon de contrats, représente pour la société un danger très important. Le médecin sera peut-être tenté de refuser de pratiquer une intervention comportant certains risques ; le professionnel exigera peut-être, pour agir, qu'on signe d'abord une convention le dégageant de toute responsabilité, quoi qu'il arrive ; la corporation municipale ou scolaire devra peut-être diminuer sensiblement ses services ou accroître considérablement ses taxes ; tout cela apparaît prévisible.

Il n'est pas exclu, cependant, que la gravité de la situation amène le législateur à se pencher sérieusement sur le problème et, qui sait, à offrir lui-même certains régimes d'assurance de responsabilité. C'est peut-être lui qui, somme toute, devra payer les pots cassés et assumer les pertes. . . Il sera peut-être tenté, à la même occasion cependant, d'essayer de se renflouer au moyen de l'assurance-vie. . . D'ici là, il y aurait avantage à ce que tous les intéressés tentent de trouver ensemble une solution au problème.