

# LES CARNETS DE L'INSTITUT

Institut de consultation et de recherche en éthique et en droit (ICRED)

Carnet numéro 1 – Juin 2001



**A besoin égal, traitement égal?**

**Questions de justice distributive en matière de santé**

La justice dans la répartition des services suivant que la personne est couverte ou non par le régime d'assurance de la SAAQ

## TABLE DES MATIÈRES

<b>À besoin égal, traitement égal ?</b>	page 03
Présentation du sujet	page 03
<b>Comparaison des services cliniques et autres reçus par deux victimes de traumatisme crânio-cérébral</b>	page 05
Soins préhospitaliers	page 05
Soins aigus et soins de réadaptation précoce	page 06
Réadaptation intensive	page 09
Réadaptation/Intégration	page 10
Soutien à l'intégration	page 11
Conclusion	page 11
<b>La « Loi sur l'assurance automobile du Québec » Dimensions juridique, historique et sociale</b>	page 12
Rappels historiques	page 12
La sécurité routière	page 12
L'indemnisation des victimes	page 13
Les recommandations	page 13
<b>La « Loi sur l'assurance automobile »</b>	page 14
Principes généraux	page 14
Évaluation sommaire	page 16
<b>Questions de justice distributive en matière de santé</b>	page 18

Partir de l'expérience commune	page 18
De quelle justice s'agit-il ?	page 19
Qu'est-ce que la justice sociale ?	page 20
La justice distributive et les autres espèces de justice	page 21
Bien commun et soins de santé	page 22
L'État, agent et gardien de la distribution	page 23
Les critères de distribution	page 24
Réponse à la question de départ	page 25
Conclusion	page 27

## **A BESOIN EGAL, TRAITEMENT EGAL?**

### **Questions de justice distributive en matière de santé**

---

#### **Présentation du sujet**

Le 10 novembre 1998, les membres de l'ICRED présentaient les résultats de leurs travaux sur la répartition des soins et des services en matière de santé. Cette présentation s'est déroulée au Musée de la civilisation de Québec.

Avant d'entreprendre ses travaux sur la justice distributive, l'Institut a procédé à une consultation auprès des comités d'éthique clinique des établissements de la région de Québec. Deux thèmes ressortaient clairement à titre de préoccupations majeures : l'euthanasie et l'aide au suicide, et les questionnements soulevés par la justice distributive. Les membres de l'ICRED ont estimé que leur réflexion pourrait être plus utile au milieu de la santé si elle portait sur la justice distributive.

Nous avons initié notre étude par un examen de ce qu'est la justice en général, puis de ce qu'est la justice distributive. A partir de ces informations, il nous a paru indispensable de cibler un thème plus spécifique à l'intérieur de notre préoccupation pour la justice distributive. Nous avons alors retenu la suggestion d'aborder la justice distributive sur la base d'une comparaison entre l'assistance offerte à un accidenté couvert par la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et celle que reçoit la victime d'un accident couvert par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Les travaux de l'Institut ont progressé suivant notre méthode du creuset interdisciplinaire. Le premier aspect considéré a été celui de la dimension des soins et des services offerts, depuis le moment de l'accident, jusqu'à la réintégration sociale de la personne concernée. Les cas types de Gaston et de Jean-Pierre sont le fruit d'une synthèse d'ordre idéal-typique réalisée à partir de cas réels rencontrés en centres hospitaliers et de réhabilitation. Sur le plan clinique, les deux cas s'équivalent : même tranche d'âge, même sexe, situations familiales et professionnelles comparables, victimes tous deux d'un traumatisme cranio-cérébral de gravité similaire nécessitant l'hospitalisation. Toutefois, dans le cas de Gaston, le traumatisme est consécutif à un accident d'automobiles survenu sur la voie publique, tandis que le traumatisme de Jean-Pierre est consécutif à une chute du toit de sa maison. Aussi Gaston bénéficie-t-il à la fois du régime d'assurance de la RAMQ et de celui de la SAAQ, tandis que Jean-Pierre n'est couvert que par le premier.

Le second aspect à examiner concernait les dimensions juridique, historique et sociale. Notre étude de cet aspect n'a pu ignorer le constat clinique fondamental à l'effet que plus la réadaptation est entreprise rapidement et avec intensité, plus les accidentés en obtiennent de bénéfices.

Enfin, le troisième aspect est celui de l'éthique; cette partie de notre document contient nos conclusions. L'ensemble de nos considérations sur les aspects clinique, juridique, historique et social dispose les éléments devant faire l'objet de la délibération éthique. Notre conclusion principale est que les inégalités constatées entre l'assistance offerte à un accidenté couvert par la SAAQ et celle que reçoit un accidenté couvert par la RAMQ constituent des injustices qui doivent être corrigées. Notre seconde conclusion est que les programmes de la SAAQ ont des retombées positives sur l'ensemble des clients, même ceux qui ne sont pas couverts par son régime. Ces avantages, dont bénéficient tous les citoyens, doivent continuer d'exister.

Les personnes qui ont rédigé les différentes parties de ce document et qui ont présenté une communication au Musée de la civilisation sont les suivantes :

M. Gabriel Cabanne, chef de programme pour les traumatisés cranio-cérébraux à l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec;

Dr Claude Maheux, médecin omnipraticien, Centre hospitalier affilié universitaire de Québec;

Me François Blanchard, avocat et politicologue, professeur au Campus Notre-Dame-de-Foy;

M. Richard Gervais, docteur en philosophie, spécialiste de la philosophie politique, professeur au Campus Notre-Dame-de-Foy.

Nous avons choisi de présenter ce document lors du colloque intitulé **Les enjeux éthiques de l'extrême prématurité: une journée de réflexion interdisciplinaire** tenu le 1<sup>er</sup> juin 2001 à l'Université Laval.

Les travaux de l'ICRED portent actuellement sur l'extrême prématurité. Nous devrions rendre nos conclusions publiques au début de l'été 2002. Si tout se déroule comme nous le prévoyons, nous poursuivrons alors nos recherches sur la justice distributive en matière de santé. De ce point de vue, le présent document se situe au début d'une activité d'approfondissement.

Bonne lecture!

Michel T. Giroux  
Directeur

**COMPARAISON DES SERVICES CLINIQUES ET AUTRES REÇUS PAR DEUX VICTIMES  
DE TRAUMATISME CRANIO-CEREBRAL,  
L'UNE ETANT COUVERTE PAR LE REGIME D'ASSURANCE DE LA SAAQ,  
ALORS QUE L'AUTRE NE L'EST PAS.**

**M. GABRIEL CABANNE**

**DR CLAUDE MAHEUX**

Gaston est âgé de 27 ans. Il est marié et père d'un enfant. Il travaille comme technicien dans une entreprise informatique. Il a été victime d'un accident de véhicule automobile alors qu'il a perdu le contrôle de son véhicule et heurté un poteau en roulant à 140 km/h. Il s'est infligé plusieurs fractures aux membres de même qu'un traumatisme crano-cérébral sévère nécessitant une hospitalisation. Puisqu'il s'agit d'un accident de véhicule automobile survenu sur la voie publique, il est couvert par le régime d'assurance de la SAAQ<sup>1</sup> en plus d'avoir accès aux soins et services du régime de santé universel de la RAMQ<sup>2</sup>

Jean-Pierre est âgé de 30 ans. Il est plombier à l'emploi d'une importante entreprise de la région. Un samedi matin de février dernier, il a décidé de déneiger le toit de sa maison. Bien qu'il ait pris toutes les mesures de sécurité nécessaires, il a glissé et a fait une chute au sol d'une hauteur d'un étage. Il s'est infligé plusieurs fractures de même qu'un traumatisme crano-cérébral sévère nécessitant une hospitalisation. Puisqu'il ne s'agit pas d'un accident de véhicule automobile survenu sur la voie publique, il n'est pas couvert par le régime d'assurance de la SAAQ mais il a accès à tous les soins et services du régime de santé universel de la RAMQ.

Voilà donc deux situations cliniques en apparence tout à fait semblables. Elles impliquent deux jeunes adultes victimes de traumatisme crano-cérébral sévère qui auront besoin de soins et de services comparables et qui présentent des besoins semblables sur le plan personnel, conjugal, familial et professionnel. Nous allons maintenant suivre leur cheminement clinique à partir du moment de leur accident jusqu'à leur réinsertion au travail.

## SOINS PRÉHOSPITALIERS

***Victime de polytraumatisme avec  
traumatisme crano-cérébral couvert***

***Victime de polytraumatisme avec  
traumatisme crano-cérébral non***

<sup>1</sup> Société de l'assurance automobile du Québec

<sup>2</sup> Régie de l'assurance maladie du Québec

**par la SAAQ**Gaston

La victime a accès à tous les soins et services préhospitaliers disponibles et offerts par le régime universel de la RAMQ :

- ↪ stabilisation sur les lieux de l'accident ;
- ↪ transport ambulancier ;
- ↪ transfert vers un centre spécialisé de traumatologie par ambulance ou avion-ambulance selon l'urgence de la situation et le lieu géographique de l'accident, la sévérité des blessures et la distance.

**couvert par la SAAQ**Jean-Pierre

La victime a accès à tous les soins et services préhospitaliers disponibles et offerts par le régime universel de la RAMQ :

- ↪ stabilisation sur les lieux de l'accident ;
- ↪ transport ambulancier ;
- ↪ transfert vers un centre spécialisé de traumatologie par ambulance ou avion-ambulance selon l'urgence de la situation et le lieu géographique de l'accident, la sévérité des blessures et la distance.

**SOINS AIGUS ET SOINS DE READAPTATION PRECOCE*****Victime de polytraumatisme avec traumatisme cranio-cérébral couvert par la SAAQ***Gaston**Services médicaux**

La victime a accès à toutes les techniques diagnostiques et thérapeutiques disponibles en vue de traiter sa condition incluant le transfert vers un centre de traumatologie tertiaire.

**Services de réadaptation précoce**

- En centre de traumatologie tertiaire<sup>3</sup> : La victime a accès aux services d'une équipe multidisciplinaire de réadaptation précoce dès que sa situation médicale le permet. Cette équipe spécialisée en réadaptation précoce auprès des traumatisés cranio-cérébraux a été implantée dans le cadre d'un contrat de

***Victime de polytraumatisme avec traumatisme cranio-cérébral non couvert par la SAAQ***Jean-Pierre**Services médicaux**

La victime a accès à toutes les techniques diagnostiques et thérapeutiques disponibles en vue de traiter sa condition incluant le transfert vers un centre de traumatologie tertiaire.

**Services de réadaptation précoce**

- En centre de traumatologie tertiaire : Habituellement, la victime bénéficiera des services de la même équipe multidisciplinaire de réadaptation précoce. Cependant, puisque la victime n'est pas couverte par la SAAQ, les coûts

<sup>3</sup> chirurgie, neurochirurgie, diagnostics et soins spécialisés et réadaptation précoce interdisciplinaire

services entre la SAAQ et les centres de traumatologie tertiaires. Les coûts inhérents à ces services **sont remboursés à l'établissement** par la SAAQ.

- En centre de traumatologie secondaire<sup>4</sup> ou primaire<sup>5</sup> :  
Sauf pour quelques centres de traumatologie secondaires, il n'y a pas de contrat de services entre la SAAQ et la majorité des centres de traumatologie secondaires ou primaires. La victime hospitalisée dans un tel centre bénéficiera des services du régime universel de santé de la RAMQ. L'expertise (nature et quantité des services de réadaptation précoce) dépendra alors des priorités et des choix de l'établissement en regard de la clientèle qu'il dessert.

inhérents à ces services **seront assumés par le régime universel de la RAMQ**. La victime bénéficiera donc des retombées positives amenées par les ententes de services SAAQ/ établissements.

- En centre de traumatologie secondaire ou primaire :  
La victime recevra les services du régime universel de la RAMQ. D'un établissement à l'autre, l'intensité et la nature des services peuvent varier.

## SOINS AIGUS ET SOINS DE READAPTATION PRECOCE

### ***Victime de polytraumatisme avec traumatisme cranio-cérébral couvert par la SAAQ***

Gaston

**Prise en charge et suivi du dossier de la victime**

- Dépistage :  
En centre de traumatologie tertiaire, un mécanisme de dépistage précoce identifie les victimes de traumatisme cranio-cérébral. Il n'y a pas d'uniformité aussi structurée dans le régime universel de la RAMQ sauf pour les centres hospitaliers secondaires qui possèdent de la neurochirurgie. Selon les programmes, les volontés et les budgets des établissements, le dépistage est fait de manière inégale. Une personne-ressource

### ***Victime de polytraumatisme avec traumatisme cranio-cérébral non couvert par la SAAQ***

Jean-Pierre

**Prise en charge et suivi du dossier de la victime**

- Dépistage :  
En centre de traumatologie tertiaire, la victime sera dépistée et on s'assurera qu'elle reçoive les services nécessaires.  
  
Il n'y a pas d'équivalence aussi structurée dans le régime universel de la RAMQ. Selon les programmes, les volontés et les budgets des établissements, le dépistage est fait de manière inégale. Cependant,

<sup>4</sup> chirurgie, orthopédie, soins intensifs polyvalents et réadaptation

<sup>5</sup> chirurgie générale

(habituellement l'infirmière de liaison) établit avec l'accord de la victime ou de la famille un premier contact avec la SAAQ et rapidement une rencontre est planifiée avec un conseiller de la SAAQ qui prendra en charge le dossier.

Ce mécanisme n'existe que dans quelques centres de traumatologie secondaires (possédant de la neurochirurgie).

Pour les autres établissements, la victime ou un membre de sa famille devra alors faire les contacts avec la SAAQ afin de planifier une rencontre avec un conseiller. Les délais avant de rencontrer le conseiller sont habituellement plus longs.

- Attribution d'un conseiller :  
Ceci se fait rapidement pour les personnes traitées en centre de traumatologie tertiaire en raison du contrat de services avec la SAAQ. Sauf exception, les délais sont un peu plus longs en centre de traumatologie secondaire.

particulièrement pour les TCC légers, le programme de dépistage de la SAAQ a des retombées positives pour l'ensemble des clients.

- Attribution d'un conseiller :  
Il n'y a pas d'équivalence dans le régime universel de la RAMQ.

## SOINS AIGUS ET SOINS DE READAPTATION PRECOCE

### ***Victime de polytraumatisme avec traumatisme cranio-cérébral couvert par la SAAQ***

Gaston

Le conseiller s'occupe du cheminement du dossier pendant toutes les phases du processus, s'assurant ainsi que la victime recevra tous les services auxquels elle a droit.

- Support financier :

La SAAQ accorde un support financier aux proches lors de la phase des soins aigus (allocation de transport, allocation pour présence d'un membre de la famille, hébergement, frais de subsistance...).

### ***Victime de polytraumatisme avec traumatisme cranio-cérébral non couvert par la SAAQ***

Jean-Pierre

- Support financier :

Le régime universel de la RAMQ n'accorde que peu de support financier (quelques possibilités d'allocations par le fonds régional de la régie régionale).

La victime a droit à une indemnité de remplacement de revenu (IRR).

Aucune indemnité de remplacement de revenu (IRR) sauf si la personne a une assurance privée.

## READAPTATION INTENSIVE

### ***Victime de polytraumatisme avec traumatisme cranio-cérébral couvert par la SAAQ***

Gaston

#### **Réadaptation**

Programmes structurés de réadaptation dans les établissements à contrat avec la SAAQ (24 mois) :

- ↔ précocité des interventions ;
- ↔ équipe multidisciplinaire complète ;
- ↔ complémentarité des services entre le centre hospitalier et le centre de réadaptation ;
- ↔ développement d'expertises chez le personnel par la formation continue et la concentration d'un même type de clientèle ;
- ↔ support aux conjoints/familles ;
- ↔ moyens cliniques et financiers permettant de traiter plus rapidement les clients en externe et de les intégrer progressivement à domicile.

#### **Support financier**

Programmes gérés par la SAAQ :

- ↔ indemnité de remplacement de revenu (IRR) ;
- ↔ allocations de déplacements ;
- ↔ aide personnelle (allocations pour défrayer les services requis à domicile) ;
- ↔ aides techniques.

#### **Gestion du dossier par la SAAQ**

Gestion de type « Case Manager » :

- ↔ fournir de l'information ;
- ↔ pertinence et efficacité de services ;
- ↔ continuité des services ;

### ***Victime de polytraumatisme avec traumatisme cranio-cérébral non couvert par la SAAQ***

Jean-Pierre

#### **Réadaptation**

Les programmes interdisciplinaires et les ressources disponibles ne sont pas identiques d'une région ou d'un établissement à l'autre.

De manière générale, l'influence des programmes de la SAAQ est positive pour l'ensemble de la clientèle d'un programme au niveau des expertises, des ressources, et du rehaussement de la préoccupation d'efficacité.

#### **Support financier**

- ↔ Ressources faibles (assurances privées) ou inexistantes.
- ↔ Aides techniques.

#### **Gestion du dossier**

La personne et sa famille peuvent être dépendants des intervenants et de l'établissement pour l'efficacité et la continuité des services.

- ↵ vision de retour à l'activité antérieure.

## READAPTATION/INTEGRATION

### ***Victime de polytraumatisme avec traumatisme cranio-cérébral couvert par la SAAQ***

Gaston

#### **Réadaptation/Intégration sociale**

Programmes structurés dans les établissements à contrat avec la SAAQ (24 mois avec possibilité de prolongation) dans la région même de résidence du client :

- ↵ accompagnement du client et de sa famille ;
- ↵ complémentarité de services inter-établissements ;
- ↵ continuité des interventions ;
- ↵ développement d'expertises ;
- ↵ support aux conjoints et aux familles avec les ressources requises ;
- ↵ support d'évaluation et d'intégration scolaire et professionnelle avec les ressources requises ;
- ↵ moyens favorisant la reprise des activités antérieures ou le plus proche possible du degré de participation sociale pré-accidentelle.

#### **Support financier**

Programmes gérés par la SAAQ :

- ↵ indemnité de remplacement de revenu (IRR) ;
- ↵ allocations ;
- ↵ subventions de stages ;
- ↵ frais de scolarité pour formation ;
- ↵ support pédagogique ;
- ↵ indemnité de déficit anatomo-physiologique.

#### **Gestion du dossier par la SAAQ**

Gestion du dossier par le conseiller en

### ***Victime de polytraumatisme avec traumatisme cranio-cérébral non couvert par la SAAQ***

Jean-Pierre

#### **Réadaptation/Intégration sociale**

Expertises et ressources inégales selon les établissements et selon les régions. Certains programmes ne donnent les services qu'aux accidentés de la route.

Les interventions sont offertes selon les ressources disponibles. Certains types de services peuvent être difficiles d'accès ou inexistantes :

- ↵ orthophonie ;
- ↵ psychologie ;
- ↵ suivi scolaire ;
- ↵ suivi à l'emploi.

#### **Support financier**

- ↵ La Société d'habitation du Québec pour les aides techniques et les adaptations à domicile
- ↵ Possibilité d'évaluation et de stages dans certains centres de main-d'œuvre

#### **Gestion du dossier**

L'absence d'une vision de « Case

réadaptation de la SAAQ sur le principe de « Case Manager ».

Manager » peut mettre le client et sa famille en situation de magasinage pour l'obtention des services requis.

## SOUTIEN A L'INTEGRATION

### ***Victime de polytraumatisme avec traumatisme cranio-cérébral couvert par la SAAQ***

Gaston

Émergence d'associations dédiées à la clientèle TCC dans chaque région jusqu'à 5 ans après la date de l'accident :

- ↪ prévention ;
- ↪ situation de crise ;
- ↪ support et information aux familles ;
- ↪ activités adaptées aux besoins des clients ;
- ↪ peu ou pas de services de la part des CLSC.

### ***Victime de polytraumatisme avec traumatisme cranio-cérébral non couvert par la SAAQ***

Jean-Pierre

Expertise faible mais en développement :

- ↪ les efforts importants investis par les groupes associatifs via le support de la SAAQ ont des retombées positives pour les autres clients ;
- ↪ support des CLSC.

Le maintien des acquis, tant pour la SAAQ que la RAMQ, est le maillon faible du système intégré de traumatologie.

## CONCLUSION

Ainsi, selon le type d'accident (accident de la route ou non) et la manière dont les services sont déployés par les régies régionales, Gaston et Jean-Pierre, confrontés aux mêmes besoins, ne sont pas assurés de recevoir les mêmes services. Cependant, une démarche provinciale vise actuellement à implanter des services à cette clientèle là où ils ne sont pas dispensés et à rehausser les services dans les programmes desservant les clients non couverts par la SAAQ.

**LA « LOI SUR L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC » :  
DIMENSIONS JURIDIQUE, HISTORIQUE ET SOCIALE**

**Me François Blanchard**

---

## **1. Rappels historiques**

Depuis l'apparition de l'automobile au Québec, du début du XXe siècle jusqu'en 1961, la réparation des conséquences et le dédommagement des victimes d'accidents d'automobiles était laissé au régime de droit commun de responsabilité civile : celui dont le véhicule causait un dommage était présumé responsable; il s'agissait d'une présomption de faute simple que le propriétaire de l'automobile pouvait repousser en établissant qu'il y avait absence de faute, en démontrant que le véhicule était entre les mains d'un conducteur prudent et était en bon état de marche. L'assurance responsabilité n'était pas obligatoire et rien n'était prévu dans les cas d'insolvabilité du propriétaire responsable d'un accident ou d'un accident causé par un véhicule non identifié.

En 1961, avec la « *Loi pour assurer l'indemnisation des victimes d'accidents d'automobiles* »<sup>6</sup>, on crée un Fonds d'indemnisation pour compenser les victimes d'un accident causé par un véhicule non identifié ou conduit par un insolvable. Ce fonds ne paie que jusqu'à concurrence d'un montant maximum, très minime, il n'y a toujours pas d'assurance obligatoire et le principe de la responsabilité présumée est maintenu, à moins de prouver que le dommage causé par le véhicule n'était imputable à aucune faute du conducteur ou que l'accident s'est produit alors que l'automobile était volée ou entre les mains d'un garagiste.

En 1971, le gouvernement du Québec met sur pied le Comité d'étude sur l'assurance automobile dont le mandat est d'étudier la possibilité de réduire les causes d'accident, le coût des pertes en résultant et d'envisager des mesures qui permettraient d'accorder une compensation adéquate et équitable aux victimes d'accidents d'automobiles. Le président du Comité est Monsieur Jean-Louis Gauvin, un actuaire.

Le Rapport Gauvin est déposé en mars 1974. Dans un premier temps, on y fait une analyse serrée de la situation existant alors au Québec dans le domaine des accidents d'automobiles :

### **La sécurité routière**

On a affaire à une complexité bureaucratique et organisationnelle inextricable : les compétences sont divisées entre les trois paliers de

---

<sup>6</sup> *Loi pour assurer l'indemnisation des victimes d'accidents d'automobiles*, 1961, 9-10 Éliz. II, C. 65 S.R.Q., 1964.

gouvernement et on se retrouve avec des incohérences et du gaspillage. Chacun des intervenants (Ministère des transports, B.V.A., municipalités, gouvernements provincial et fédéral) n'est responsable que d'un petit aspect du problème et ne sait pas ce qui se passe en dehors de son champ de compétence. Dans ce contexte, l'automobiliste n'est, la plupart du temps, que le témoin passif d'un système dont la logique n'est pas évidente.

### **L'indemnisation des victimes**

Environ le quart des victimes doit, d'une façon ou d'une autre, faire appel au Fonds d'indemnisation et bon nombre de celles qui n'y ont pas recours sont compensées de façon apparemment aléatoire : alors que certaines ne reçoivent presque rien, d'autres, à cause de l'existence de plusieurs sources d'indemnisation peuvent être surcompensées. Le système ressemble à une vaste loterie :

- à cause du caractère aléatoire de la détermination de la faute et des règles de la preuve civile, on détermine arbitrairement les victimes qui ont droit à une indemnisation;
- le mécanisme d'évaluation des dommages est largement soumis à l'arbitraire des assureurs;
- les dommages matériels sont mieux compensés que les dommages corporels;
- ceux qui ont de faibles pertes sont indûment favorisés par rapport à ceux qui subissent des pertes considérables;
- le degré de compensation est affecté par des facteurs aussi étrangers à la nature de la perte et à la condition de la victime que la présence d'un avocat dans le dossier;
- parce que le principe de responsabilité avec faute implique qu'on doit attendre le temps de consolidation des blessures, les délais de compensation peuvent dépasser 18 mois dans le cas des dommages corporels, alors qu'ils dépassent rarement 90 jours dans le cas des dommages matériels;
- les assureurs, dans une telle situation, ont tendance, si l'assuré a des besoins financiers pressants, à faire traîner les choses pour amener un règlement hâtif à meilleur compte;
- le système de subrogation permettant à un assureur de tenter de se rembourser auprès de l'auteur de la faute contribue à faire grimper les coûts de l'assurance;
- le manque de dynamisme des compagnies d'assurance en situation oligopolistique rend le système inefficace et coûteux;
- l'État n'assume pas ses responsabilités;
- la tarification imposée par les compagnies d'assurance est souvent mal fondée suite à l'application inefficace de critères apparemment objectifs (région, sexe, âge);
- les hausses des primes sont surtout dues aux hausses des coûts des demandes d'indemnisation, lesquelles sont dues à un système où il y a souvent contestation de la responsabilité liée à la faute;
- par absence de contrôle adéquat de la part des assureurs, il y a souvent surévaluation des pertes matérielles.

### **Les recommandations**

Le Comité base ses recommandations sur un ensemble de critères :

- des critères généraux : il faut un régime efficace, simple et flexible;
- des critères concernant l'indemnisation des victimes : toutes les victimes doivent être indemnisées, en prenant en compte le concept de la perte économique réelle; il faut payer rapidement, sans possibilité de dédoublement des indemnités;
- des critères concernant les dommages matériels : option de couverture des dommages aux véhicules et un minimum de couverture.

C'est à partir de ces critères que les auteurs du Rapport proposent une réforme en profondeur. On recommande :

- l'abolition du régime basé sur la faute et la substitution d'une assurance véhicule à l'assurance responsabilité : l'assureur couvrirait le risque pour le propriétaire, les passagers et les piétons sans pouvoir, par la suite, se retourner et poursuivre un responsable en justice;
- une assurance obligatoire pour les dommages matériels et les dommages corporels;
- quant aux pertes de revenus causées par les blessures corporelles, une indemnisation sous forme de rente basée sur la perte économique nette; à cette indemnisation s'ajouterait le remboursement de toutes les dépenses matérielles encourues par la victime : soins médicaux, soins à domicile, prothèses, rééducation;
- une rente au conjoint survivant et aux enfants qui serait calculée en fonction du revenu auquel aurait pu prétendre le défunt; dans le cas des enfants, une indemnisation forfaitaire serait versée aux parents;
- un contrôle plus sévère sur l'assurance automobile qui serait laissée à l'entreprise privée pendant une période d'essai de cinq ans.

## **2. La « *Loi sur l'assurance automobile* »**

### **Principes généraux**

Dès sa parution, le Rapport Gauvin est la cible de critiques acerbes. Particulièrement de la part des avocats, qui tirent de juteux bénéfices du régime basé sur la responsabilité et qui critiquent l'abolition de ce régime en invoquant le risque social de faire disparaître la notion d'exemplarité de la faute civile. De leur côté, les compagnies d'assurance, pressentant qu'à plus ou moins long terme, l'abolition de la notion de faute civile est inévitable, proposent une diminution sensible des primes, mais aussi de la couverture, tout en suggérant une abolition partielle des recours aux tribunaux réguliers.

Quoi qu'il en soit, le Rapport suscite des débats passionnés entre partisans et opposants de la notion de responsabilité civile et entre adversaires et tenants de l'intervention de l'État.

Le gouvernement de l'époque, face à ces discussions se montre très réticent à adopter les recommandations du Rapport. Et, pour résoudre le problème, on constitue un nouveau Comité, le Comité Desjardins, pour étudier le Rapport Gauvin ! La vie de ce nouveau Comité est cependant de courte durée.

Suite à l'élection du gouvernement péquiste en 1976, la volonté d'un nouveau régime d'assurance est évidente. En avril 1977, sous l'égide de madame Lise Payette, un Livre vert, constituant un énoncé de politique générale est déposé. Ce Livre vert reprend en grande partie les recommandations du Rapport Gauvin. Et en novembre 1977, le projet de loi 67 est présenté à l'Assemblée nationale.

La « *Loi sur l'assurance automobile du Québec* » (L.A.A.Q.), entrée en vigueur en mars 1978 vise à introduire dans notre droit des mesures particulières en ce qui concerne les accidents d'automobiles. La Loi vise essentiellement à protéger, dans la mesure du possible, **toutes** les victimes des conséquences des accidents d'automobiles.

Le régime repose sur ces principes de base :

1<sup>e</sup>) Séparation des régimes d'indemnisation du préjudice corporel et du préjudice matériel

L'État veut d'abord assurer la protection des victimes contre les effets corporels des accidents d'automobiles. Dans ce sens, et comme il n'est qu'une conséquence accessoire dont les coûts auraient été trop élevés, la compensation du préjudice matériel est laissée aux compagnies d'assurance privées et le propriétaire d'une automobile doit obligatoirement souscrire une assurance auprès de l'une d'entre elles.

2<sup>e</sup>) Disparition partielle de la faute comme base de la responsabilité

Lorsqu'il s'agit du préjudice corporel, dès que les conditions d'application du régime sont remplies, la victime, sans égard à sa responsabilité dans l'accident, est indemnisée et prise en charge pour sa réhabilitation et sa réadaptation par la Société de l'assurance automobile du Québec

Par contre, lorsqu'il s'agit du préjudice matériel, la notion de faute existe en principe. Mais, par la création d'un régime de présomptions et par l'application d'une Convention d'indemnisation directe pour le règlement des sinistres automobiles<sup>7</sup>, il n'y a pas, dans la pratique, de controverse judiciaire sur l'auteur de la faute et seul le déductible d'assurance lui est réclamé directement. Cependant, l'auteur de la faute voit son dossier d'assurance pour les dommages matériels être modifié et réévalué à la hausse par sa compagnie d'assurance privée.

3<sup>e</sup>) Disparition presque totale du recours aux tribunaux judiciaires

Dans le cas des préjudices corporels, tout se passe, sauf dans de très rares exceptions, devant les instances administratives mises en place par la Loi. Et il est absolument interdit de présenter une réclamation supplémentaire devant un tribunal de droit commun : les indemnités reçues, dont le plafond est fixé par règlement, tiennent lieu de tout droit et de tout recours. En principe, dans un tel contexte, on se retrouve avec un système d'indemnisation rapide et moins coûteux

---

<sup>7</sup> *Convention d'indemnisation directe pour le règlement des sinistres automobiles*, Décision 83-03-14, (1984) 116 G.O. II, 1794

Pour ce qui est du préjudice matériel, les recours devant les tribunaux sont, en principe, maintenus. Mais par l'application de la *Convention d'indemnisation directe pour le règlement des sinistres automobiles*, les demandes judiciaires sont, dans les faits, inexistantes.

### 3. Évaluation sommaire

En 1977, 98% des Québécois étaient en faveur de l'assurance obligatoire. Par contre, seulement 17% étaient favorables au régime proposé par madame Payette, alors que 78% étaient contre.

Sur le plan de la justice sociale, le plus important changement apporté par la Loi concerne la réparation, dans la mesure du possible, des conséquences, surtout physiques, des accidents d'automobile.

Dès qu'une victime remplit les exigences de la Loi, une certaine indemnisation financière est garantie suite aux préjudices corporels : pertes de revenus jusqu'au plafond maximum fixé par la Loi (article 54 et *Règlement sur la détermination des revenus et des emplois*), auxquelles s'ajoutent des compensations pour décès (articles 60 à 72), préjudice esthétique ou psychique (articles 73 à 78 et *Règlement sur les atteintes permanentes*), douleurs, souffrances, pertes de jouissance de la vie, frais de rééducation et de réadaptation, d'aide personnelle et de garde (articles 79 à 83.7).

Une fois la réclamation admise, l'accidenté est sérieusement pris en charge par la SAAQ qui, pour minimiser ses coûts, a tout intérêt à la réadaptation la plus complète et la plus rapide possible et à la plus grande autonomie du patient. Dans ce contexte, il y a un contrôle serré et cohérent des conséquences médicales et on peut croire qu'à l'exception de l'indemnité de remplacement du revenu pour les individus qui avaient des revenus supérieurs au maximum admissible assuré, l'accidenté en a pour son argent et le système est alors relativement efficace et efficient.

Si on compare la situation d'un patient SAAQ à celle d'un patient ordinaire, on ne peut s'empêcher de constater certaines différences. Dans le *régime de droit commun*, ouvert et accessible à tous, on n'a pas le même suivi et la même qualité de soins que dans le régime particulier des accidentés de la route. Le patient *de droit commun* est chargé de faire son propre suivi et il n'a pas derrière lui la SAAQ pour le guider et l'aiguillonner dans les méandres de notre système de santé. Et il peut être difficile d'expliquer pourquoi madame X est de retour au travail complètement réadaptée après un grave accident d'automobile survenu en mai dernier, alors que monsieur Y traîne encore la patte suite à une chute dans son escalier, il y a deux ans de cela. Monsieur et madame bénéficient de deux régimes de soins dont l'un est à la base de l'autre, mais dont l'autre fait toute la différence. D'où, peut-être, une certaine *injustice distributive* ?

Ajoutons à cela que de nombreuses critiques se font entendre au sujet du régime actuel d'assurance automobile. Les principales, surtout formulées par des professionnels spécialisés dans la défense des victimes des accidents du travail et d'automobiles, sont les suivantes :

1<sup>e</sup>) Le principe absolu de non-responsabilité permet aux auteurs de conduites routières criminelles de jouir sur le plan civil d'une immunité qui leur est refusée dans toutes les autres sphères de l'activité humaine. Malgré leur comportement fautif, ils peuvent bénéficier d'indemnités souvent plus élevées que celles de leurs victimes. Tout en n'ayant rien à déboursier de plus que ces dernières;

2<sup>e</sup>) Bon nombre de victimes subissent des pertes financières qui vont bien au-delà de ce qui leur est accordé par la SAAQ. C'est le cas des victimes dont le revenu est supérieur au plafond fixé par la loi et qui subissent un préjudice corporel les obligeant à quitter temporairement ou définitivement leur emploi;

3<sup>e</sup>) La SAAQ constitue une source de revenus pour l'État. Même si cela ne paraît pas dans la Loi, le pouvoir de réglementation permet carrément à la SAAQ ou au gouvernement de modifier le sens et l'esprit de la loi (articles 195 et 196). Ce qui permet à la Société de se comporter un peu comme une compagnie d'assurances privée : elle tente de minimiser ses coûts et de *faire rendre* la machine au maximum en faisant payer les assurés et en cherchant à réduire ses obligations;

4<sup>e</sup>) Le gouvernement ne pouvant plus être tenu responsable de sa négligence, comme c'était le cas autrefois dans 10% des accidents, il a moins intérêt à entretenir le réseau routier. Et ce, malgré le fait qu'une partie de ce que paient les automobilistes devrait servir à cette fin. On se retrouve dans un cercle vicieux : moins le gouvernement entretient le réseau routier, plus il y a d'accidents causés totalement ou partiellement par le mauvais état des routes. Et comme les accidents de ce type occasionnent surtout des dégâts matériels, l'assuré verra tout simplement ses primes augmenter;

5<sup>e</sup>) La responsabilité sans faute aurait rendu certains conducteurs imprudents. Pour répondre à ce problème, la SAAQ a recours à un système de plus en plus répressif qui a comme corollaire de faire entrer plus d'argent dans les goussets du gouvernement : amendes de plus en plus élevées, système de tolérance zéro pour les jeunes conducteurs, campagnes de sensibilisation frisant l'hystérie;

6<sup>e</sup>) Délais de plus en plus longs devant les instances administratives. Ce qui décourage ceux qui contestent les décisions rendues.

Fondées ou non, ces critiques indiquent que rien n'est jamais définitivement fixé et qu'inévitablement, à plus ou moins long terme, des changements risquent d'intervenir qui pourraient changer l'économie générale du système.

## Questions de justice distributive en matière de santé

M. Richard Gervais

Les orateurs qui m'ont précédé ont mis en évidence l'inégalité objective de traitement médical et hospitalier entre deux cas types, celui de « Gaston » et celui de « Jean-Pierre ». L'un et l'autre répondent au même profil clinique, mais ils bénéficient de soins et de services inégaux à certaines étapes de leur cheminement hospitalier. La question que nous nous poserons maintenant est la suivante : cette situation d'inégalité est-elle injuste ? À cette question, nous essaierons de répondre en mettant en place quelques principes, notions et distinctions qui entrent en ligne de compte dans pareil cas et qui permettent d'y voir plus clair.

Après la comparaison établie sur le plan *clinique* ou thérapeutique et après l'examen de la question sous l'angle *juridique*, chose faite par les orateurs précédents, on en arrive au troisième aspect de la question, l'aspect *éthique*. C'est sur ce plan éthique que se situe notre interrogation : l'inégalité de traitement entre Gaston et Jean-Pierre est-elle injuste ? Sur ce plan-là, il ne s'agit plus de se demander ce que dit la loi *légale* sur le cas proposé, mais ce qu'en peut dire la loi *morale* ; il s'agit de se demander si cette inégalité, qui semble heurter notre sens spontané de la justice, ne heurte pas aussi effectivement des principes de justice objectifs ou fondamentaux.

### Partir de l'expérience commune

C'est en tout cas la question que se posent les praticiens, les gens du milieu hospitalier, souvent confrontés à des cas semblables. Pour bien saisir la nature de notre question, il faut comprendre que ce genre de cas n'interpelle pas tellement les praticiens en tant que professionnels chargés de concevoir et d'exécuter des plans de soins ou de réadaptation en suivant les règles de l'art et en conformité avec une certaine déontologie professionnelle. C'est plutôt en leur qualité de citoyens responsables que ce genre de cas les interpelle plus essentiellement. On est en présence d'une question non pas tant professionnelle ou même déontologique que proprement éthique.

Le même type d'interrogation éthique se présente du côté du patient ou du bénéficiaire de services qui, lui aussi, du moment qu'il prendra connaissance de l'inégalité, pourra s'en surprendre, essayer d'en saisir la justification, voire la combattre. Nous venons de dire que l'inégalité constatée ne sollicite pas le personnel traitant dans sa conscience strictement professionnelle, en tant qu'il est débiteur d'une obligation, celle de dispenser les soins. La même chose vaut du côté du patient. L'inégalité constatée ne sollicite pas la conscience du patient traité en sa stricte qualité de créancier d'un droit aux soins ou aux services. D'ailleurs, l'interrogation éthique qui nous occupe ici concerne en principe autant le patient Jean-Pierre, dont le droit est peut-être lésé, que le patient Gaston, dont

le droit serait satisfait. La raison en est que cette question en appelle à leur conscience de citoyen et qu'avant d'intéresser les droits et obligations légaux d'un chacun, elle intéresse le bien commun.

Précisons encore que nous n'examinons pas la question sous l'angle de la charité ou de la sollicitude, mais sous celui de la justice (et même sous celui, plus précisément, non de la justice juridique, mais de la justice morale ou, si l'on veut, de la justice comme équité). Charité comme justice appartiennent au domaine de l'éthique ; c'est pourquoi il importe de faire ces distinctions-là dès le départ. En effet, la comparaison de Gaston et de Jean-Pierre pourrait bien soulever la compassion et inciter par exemple à soulager, par un surplus de dévouement ou de sacrifice, l'un des deux éventuellement affligé par l'inégalité de traitement, mais là n'est pas le propos. Ce n'est pas en tant qu'être humain charitable que cette inégalité nous intéresse ici, c'est en tant que citoyen juste, en tant que citoyen soucieux du bien commun et de sa juste distribution<sup>8</sup>.

### De quelle justice s'agit-il ?

Cela étant posé, de quelle justice parlons-nous ?

La justice visée par notre cas est une qualité non pas *personnelle*, mais *institutionnelle* ou, si vous voulez, *sociale*. En ce sens-là, il ne s'agit pas d'une vertu morale au sens d'une disposition habituelle de l'individu à faire le bien ; il s'agit d'une qualité institutionnelle, justice d'une institution, en l'occurrence de notre système de santé. On peut l'appeler justice sociale à deux titres. D'abord, parce que la notion d'institution peut s'entendre de la société entière (la société elle-même peut être dite juste en sa totalité ou en ses parties) ; ensuite, parce que qu'est-ce que la société sinon un système de distribution (de rôles, de places, de charges, de statuts, de richesses, d'avantages, de désavantages, d'obligations, de droits) ? Voilà pourquoi justice sociale et justice distributive sont synonyme : non seulement pour des raisons d'évolution terminologique (justice sociale remplaçant l'appellation classique de justice distributive), mais pour des raisons de principe qui tiennent à l'essence même de la société.

---

<sup>8</sup> La vie éthique comprend plus d'une dimension, qu'une réflexion plus poussée doit savoir reconnaître et articuler. Le philosophe français Paul Ricoeur, par exemple, en distingue trois : une dimension « individuelle » reliée à la quête de la « vie bonne » ; une dimension « interpersonnelle » reliée au prochain et au domaine de l'intersubjectivité ; une dimension « sociétale » reliée à la société et à la vie des institutions collectives. Sa pensée à ce sujet, Ricoeur aime à la résumer dans la phrase suivante : « La visée éthique est visée de la 'vie bonne' avec et pour autrui dans des institutions justes ». À ces trois dimensions convient le prédicat « juste », lequel toutefois se dit autrement selon qu'on a affaire à l'une ou l'autre dimension. Dans la première dimension, le juste, c'est le « bon » (la « vie bonne » ou le « bien vivre » — Aristote) ; dans la deuxième, le juste est le « légal » ou l'« obligatoire » (le plan des « normes morales » s'imposant de l'extérieur) ; dans la troisième, le juste est l'« équitable ». C'est à cette dernière dimension, institutionnelle ou sociétale, que se rapporte notre questionnement (étant bien entendu que la première dimension occupe une place fondatrice dans cette topique ricoeurienne). Chez Ricoeur, cette requête d'équité découle d'une interprétation essentiellement distributive de l'institution sociale (nous revenons sur ce point plus loin). Voir : Paul RICOEUR, *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990, p. 202-236 ; aussi, du même, « Le cercle de la démonstration », in *Individu et justice sociale. Autour de John Rawls*, Paris, Seuil, 1988, p. 129-144. Ricoeur revient explicitement sur ces distinctions de principe dans l'avant-propos de son ouvrage *Le juste* (Paris, Esprit, 1995, p. 16-27).

En plus, dans le cas qui nous occupe, on n'a pas affaire à un tort commis, disons, par un médecin ou quelque autre membre du personnel soignant à l'endroit d'un patient particulier. On a affaire à une inégalité systémique, à un effet du système de santé tel qu'on l'a construit au fil des ans, ses couvertures « assurancielles » comprises. La comparaison clinique des cas types de Gaston et de Jean-Pierre, ainsi que son balisage juridique, le montrent assez. Pareille inégalité n'est pas exceptionnelle et l'exposé synoptique de tout à l'heure voulait ramasser de multiples cas en un modèle certes unique, mais représentatif. De même, on a vu que la différence de traitement suit la ligne de partage légalement instituée entre les services couverts par la Régie de l'assurance maladie d'un côté et par la Société de l'assurance automobile de l'autre. Par conséquent, il ne servirait à rien ici, il serait même mystifiant, de chercher à pointer du doigt un responsable individuel, un médecin traitant ou une équipe soignante, voire tout un établissement. La question est de savoir si le « système » doit être réformé parce qu'injuste ou maintenu parce que juste.

Dans un ouvrage célèbre intitulé *Une théorie de la justice*, le philosophe contemporain John Rawls définit la justice en ces termes : « La justice est la première vertu des institutions sociales<sup>9</sup>. » Le cas d'inégalité proposé à notre examen relève de cette espèce de justice, la justice d'une de nos « institutions », notre système de santé, dans un de ses segments. Le philosophe ajoute : « Des lois et des institutions, si efficaces et bien organisées qu'elles soient, doivent être réformées ou abolies du moment qu'elles sont injustes<sup>10</sup>. » Et bien entendu, quand à l'inverse elles sont justes, les lois et les institutions doivent être maintenues. L'idée est que des systèmes comme celui qu'on a mis en place en matière de santé et de services sociaux, tant dans leur fonctionnement que dans leur encadrement juridique, tant dans leur tout que dans leurs parties, sont sujets, en tant qu'institutions sociales, à une justice fondamentale ou « première », pour parler comme Rawls. Les travaux de l'ICRED en cette matière plaident d'ailleurs pour un souci de justice institutionnelle plus explicite et délibéré.

### **Qu'est-ce que la justice sociale ?**

La justice sociale porte un autre nom, celui de *justice distributive*. Et pour cause. Dès qu'on veut définir la justice sociale, et je veux dire par là dès qu'on veut définir ce qu'est une société juste, on rencontre la notion de distribution. Une illustration de cela est l'essai de Rawls tout juste cité. Aux yeux de ce dernier, la justice est au premier chef justice sociale : « L'objet premier de la justice est la structure de base de la société ou, plus exactement, la façon dont les grandes institutions sociales *distribuent* les droits et les devoirs fondamentaux et déterminent la *répartition* des avantages découlant de la coopération sociale<sup>11</sup>. »

<sup>9</sup> John RAWLS, *A Theory of Justice*, Cambridge, Harvard University Press, 1971, p. 3 : « Justice is the first virtue of social institutions. »

<sup>10</sup> *Idem* : « Laws and institutions no matter how efficient and well-arranged must be reformed or abolished if they are unjust. »

<sup>11</sup> *Ibid*, p. 7, souligné par moi, R.G : « For us the primary subject of justice is the basic structure of society, or more exactly, the way in which the major social institutions distribute fundamental rights and duties and determine the division of advantages from social cooperation.» Plus loin, discutant de l'ordre dans lequel on doit, dans la « position originelle », reconnaître les principes de justice, Rawls affirme : « [...] the principles for the basic structure of society [la

Mis à part les détails de cette définition, on constate que la notion de distribution y intervient tout de suite et comme naturellement. La raison de cela, nous venons de la suggérer en disant que la société est essentiellement distribution, une réalité d'essence distributive<sup>12</sup>.

Relevons une autre chose importante dans la définition rawlsienne. Parler de distribution amène à parler de cela même qu'on distribue, du bien qui fait l'objet de la distribution. En matière de justice distributive, le bien de la distribution dont on parle est le *bien commun*. Ce bien commun, c'est ce que Rawls appelle dans sa définition les « avantages découlant de la coopération sociale ». Essentiellement donc, la justice sociale ou distributive s'occupe de la distribution du bien commun.

Bien entendu, l'Occident n'a pas attendu le XX<sup>e</sup> siècle ou John Rawls pour parler de justice distributive. La notion remonte à Aristote, philosophe du IV<sup>e</sup> siècle avant Jésus-Christ, à qui l'on doit à ce sujet des distinctions capitales encore utiles aujourd'hui. Elle a passé par le Moyen Âge chrétien et notamment par Thomas d'Aquin (1225-1274) qui, au XIII<sup>e</sup> siècle définit aussi la justice distributive comme étant cette espèce de justice qui est « appelée à répartir proportionnellement le bien commun de la société<sup>13</sup> ».

### La justice distributive et les autres espèces de justice

Allons plus loin dans notre effort de définition. Il sera utile en effet de distinguer la justice distributive d'autres espèces de justice, d'autant plus que certaines des propositions de réaménagement des services de santé qui circulent reposent peut-être sur une confusion de ces espèces.

On définit traditionnellement la justice par cette formule ramassée extraite du droit romain : *suum cuique tribuere*. La justice, selon cette formule, consiste à rendre à chacun le sien, son dû ou son droit, ce qui lui revient<sup>14</sup>. La justice a

---

société juste] are to be agreed to first, principles for individuals next, followed by those for the law of nations [i.e. la justice du droit international public]. Last of all the priority rules are adopted [...] That principles for institutions are chosen first shows the social nature of the virtue of justice [...]» . *Ibid.*, p. 110.

<sup>12</sup> Citons à nouveau Ricoeur : « La société est un opérateur de distribution en un sens du terme coextensif à la notion [rawlsienne] de structure de base de la société [...] À la société on prend part, en tant précisément qu'elle répartit des parts [...] L'individu y est d'emblée défini comme *partenaire*. » Paul RICOEUR, « Le cercle de la démonstration », in *Individu et justice sociale. Autour de John Rawls*, p. 131. Ricoeur reprend cette idée dans *Le juste*. Il associe trois pronoms aux trois axes susmentionnés de son éthique : les pronoms *je*, *tu* et *chacun*. Ce dernier, il le rapporte expressément à l'adage latin *suum cuique tribuere*, qui concerne la justice et dont il sera question plus loin. Et à propos de ce « pronom distributif » (*chacun*), Ricoeur écrit qu'il est « présent dans toute conception de la société comme entreprise de distribution de rôles, de tâches, de bénéfices et de charges ». (*Le juste*, p. 13-15.)

<sup>13</sup> Thomas D'AQUIN, *Somme théologique*, IIa-IIae, q. 61, a. 1.

<sup>14</sup> Le jurisconsulte romain Ulpian, III<sup>e</sup> siècle, définit la justice une « volonté ferme et perpétuelle de rendre [*tribuendi*] à chacun son droit [*jus suum*]. » (Cité, entre mille, par le philosophe québécois Martin BLAIS, dans son livre *L'œil de Caïn : essai sur la justice* (Montréal, Fides, 1994, p. 111). Nous nous intéressons ici à l'aspect objectif de cette définition classique de la justice (le dû effectivement rendu ou distribué à chacun) et moins à l'aspect subjectif ou intentionnel (volonté ferme et perpétuelle) ; nous considérons le partage des biens extérieurs

ainsi pour objet la chose due ; et tous les rapports qui se nouent dans la société autour des choses dues intéressent la justice. Or en principe ces rapports peuvent être de trois sortes.

Une chose peut être due à la société et on a alors affaire à ce qu'on a appelé autrefois la justice générale, mais qu'on appelle plutôt aujourd'hui le *devoir social*. Il s'agit de l'apport de chaque citoyen à la vie de la collectivité, notamment les obligations d'un chacun à l'égard de l'État, comme par exemple payer ses impôts.

Une chose peut aussi être due non à la société, mais à un particulier, et là deux cas se présentent. Si c'est un particulier qui doit à un particulier, on a affaire à la *justice commutative*, laquelle couvre par exemple tout le domaine des échanges privés effectués sur le marché. Si par contre c'est la société qui doit à un particulier, on a affaire alors, vous l'aurez reconnu, à la *justice distributive*, laquelle concerne la redistribution de la richesse collective comme par exemple la redistribution des recettes fiscales.

Ces clarifications faites, il ressort avec plus d'évidence que l'inégalité de traitement entre Gaston et Jean-Pierre ne concerne pas la justice générale ou le devoir social, ni la justice commutative. On a affaire à une chose due, non d'un particulier à la société, ni d'un particulier à un particulier, mais bien de la société à un particulier, en l'occurrence à Gaston ou à Jean-Pierre. Et la société, c'est en l'occurrence l'État avec ses organes que sont la RAMQ et la SAAQ. On est donc bien en présence d'un cas de justice distributive et la question se formule comme suit : pourquoi l'État doit-il à nos deux citoyens un certain traitement médical et hospitalier et pourquoi ce traitement devrait-il être égal ? Autrement dit, qu'est-ce qui oblige l'État à assurer la dispensation de ces services et à les dispenser également ?

### **Bien commun et soins de santé**

La réponse courte à cette question est la suivante : c'est parce qu'il en va du bien commun, dont les soins de santé font partie et dont l'État a la responsabilité. Mais cela mérite quelques explications.

Par définition, le bien commun appartient à tous les membres de la société et tous, en leur qualité de sociétaires, ont droit à une part de ce bien commun : ils en sont, si l'on veut, les ayants droit. D'autant qu'en principe, le bien commun est constitué des parts que chacun y apporte : il est le fruit de la contribution de tous. S'il faut une définition, reprenons celle de Rawls selon laquelle le bien commun se compose des « avantages qui découlent de la coopération sociale ».

La sphère du bien commun et, par suite, le champ d'application de la justice distributive varient historiquement. Les limites de l'un et de l'autre sont sujettes à une révision constante qui, dans les sociétés démocratiques, mobilise le débat public.

Pourquoi les soins et services de santé font-ils partie du bien commun et relèvent-ils à ce titre de la justice distributive ? C'est parce que tout l'appareil mis

---

dans un groupe social — et les agents institutionnels de ce partage —, non la vertu intérieure des sujets qui le composent ou des agents du partage.

en place pour dispenser ces soins et services est le fruit de la contribution des citoyens, le résultat d'un effort historique et collectif constant et délibéré pour se prémunir contre la maladie et assurer ainsi à chacun les meilleurs moyens possibles d'une vie en santé, condition d'un meilleur ordre social.

Ajoutons que, dans la liste des biens jugés communs, ceux qui sont relatifs à la santé figurent très haut. Les soins du corps font l'objet de nos jours d'une valorisation sociale particulièrement importante. À ce chapitre d'ailleurs, ils ont probablement supplanté les soins de l'âme et, pour parler comme cet autre philosophe américain, Michael Walzer, on semble accorder de nos jours plus de prix à la longévité qu'à l'éternité ! Je parle ici de mentalité collective. Notre rapport à la vie a changé, ainsi que le sens qu'on lui confère. Et à l'accent qu'on veut mettre aujourd'hui sur les soins du corps répond la confiance accrue qu'on peut avoir dans l'efficacité de ces soins compte tenu des progrès rapides et énormes qu'ont connus les sciences biomédicales dans la dernière moitié du XX<sup>e</sup> siècle<sup>15</sup>.

Cette mutation philosophique et ces progrès scientifiques expliquent la hausse considérable des attentes qu'on entretient désormais à l'endroit des services de santé. Cela explique aussi pourquoi les soins de santé sont devenus un des principaux biens sociaux, pourquoi on en a fait une des composantes les plus importantes du bien commun, pourquoi aussi on est, comme citoyen, sensible à sa juste distribution.

### **L'État, agent et gardien de la distribution**

Nous avons glissé tout à l'heure sur le rôle de l'État en matière de justice distributive. En fait, l'État y joue un rôle non seulement étendu, mais éminent, puisque c'est lui qui a la responsabilité du bien commun. L'État a évidemment cette responsabilité quand il s'agit des biens ou services dont il assure lui-même la distribution, par fonction publique ou parapublique interposée. Mais il conserve cette responsabilité y compris pour les biens ou services dont il n'assure pas lui-même la distribution, car il a l'obligation de veiller à ce que cette distribution se fasse selon la justice.

L'État n'est pas le seul agent de la distribution sociale. Il peut y en avoir et il y en a effectivement beaucoup d'autres. La famille, les corps de métier, les organisations syndicales et ainsi de suite, y compris le marché ou le secteur

---

<sup>15</sup> Le philosophe américain Michael Walzer écrit ceci : « In Europe during the Middle Ages, the cure of souls was public, the cure of bodies private. Today, in most European countries [et au Canada], the situation is reversed. The reversal is best explained in terms of a major shift in the common understanding of souls and bodies : we have lost confidence in the cure of souls, and we have come increasingly to believe, even to be obsessed with, the cure of bodies [...] Then, as eternity receded in the popular consciousness, longevity moved to the fore. Among medieval Christians, eternity was a socially recognized need ; and every effort was made to see that it was widely and equally distributed, that every Christian had an equal chance at salvation and eternal life : hence, a church in every parish, regular services, catechism for the young, compulsory communion, and so on. Among modern citizens, longevity is a socially recognized need ; and increasingly every effort is made to see that it is widely and equally distributed, that every citizen has an equal chance at a long and healthy life : hence doctors and hospitals in every district, regular check-ups, health education for the young, compulsory vaccination, and so on.» Michael WALZER, *Spheres of Justice*, Basic Books, 1983, p. 87.

privé, sont des agents de distribution possibles du bien commun. Ce n'est pas parce que les soins de santé au Québec sont étatisés pour partie importante qu'ils relèvent du bien commun, c'est à l'inverse parce qu'ils sont considérés comme relevant de l'intérêt général ou du bien commun que la société québécoise, comme d'autres, a décidé à un moment donné d'en confier la garde à l'État. La notion de *bien commun* est plus englobante que celle de *secteur public*. Quand par exemple on privatise certains services hospitaliers, ces services ne cessent pas pour autant d'appartenir à la sphère du bien commun et ils continuent de relever de la justice distributive. Autrement, il serait facile de se débarrasser des questions de justice sociale en les pelletant dans la cour des échanges privés ! L'échappatoire ne nous est pas permise qui, renvoyant la distribution de tout le bien commun aux échanges privés, prétendrait ensuite que les injustices qu'on y observe dans la distribution ne sont pas de nos affaires ou ne concernent pas les citoyens ou la chose publique. Pour utiliser les distinctions de tout à l'heure, ce n'est pas parce qu'on privatise la distribution d'un bien social ou que l'on confie au mécanisme du marché cette distribution que celle-ci se met à relever tout à coup de la seule justice commutative, de cette sorte de justice qui règle les échanges entre particuliers.

### **Les critères de distribution**

Il nous reste à traiter des *critères* qui président à la distribution du bien commun.

Dès l'Antiquité, Aristote avait vu que la règle différait selon qu'on avait affaire à la justice commutative ou à la justice distributive. Dans le cas de la justice commutative, la règle qui prévaut en est une d'*égalité simple* entre les biens échangés, sans égard à la qualité des échangistes. Vendre une maison 100 000 \$ est une transaction juste si la maison a effectivement cette valeur, que l'acheteur soit journalier ou professionnel, simple citoyen ou premier ministre. En matière de justice distributive en revanche, la règle qui prévaut en est une d'*égalité proportionnelle*. Elle tient compte du « mérite » des parties à la distribution. Qu'en termes de salaire par exemple un professeur gagne plus cher qu'un éboueur est probablement juste ; comme il serait injuste que les deux gagnent la même chose. En vertu de cette justice-là, il sera jugé normal qu'on donne plus à l'un et moins à l'autre, puisque l'un « mérite » davantage que l'autre ; de même serait-il jugé injuste d'attribuer des parts égales à l'un et à l'autre. La justice exige en pareil cas que les parts distribuées correspondent au « mérite » des ayants droit. C'est pourquoi on parle d'égalité proportionnelle et c'est pourquoi aussi, en justice distributive, une inégalité peut s'avérer juste comme une égalité injuste. Dans le cas par exemple de Gaston et Jean-Pierre, il pourrait se faire que l'inégalité qui s'observe notamment aux étapes de la réadaptation ne contrevienne nullement aux réquisits de la justice distributive. Cela dépend du « mérite » de l'un et de l'autre.

Mais que veut dire ici « mériter » ? Car il y a plusieurs façons de « mériter » et, historiquement, on a d'ailleurs entendu ce mot dans bien des sens. Plusieurs façons de « mériter », cela veut dire plusieurs critères possibles applicables à la distribution du bien commun. Dans les sociétés d'ordres, comme l'étaient les sociétés d'Ancien Régime, la « naissance » et le rang de la personne étaient les principaux critères : être de souche noble donnait droit aux charges et avantages sociaux, dont la classe des roturiers était exclue, et occuper tel rang dans la hiérarchie de la noblesse déterminait la part du bien commun que le titulaire « méritait ». Et en ce qui regarde les soins de santé, les médecins étaient d'ailleurs la plupart du temps attachés aux maisons nobles ou à la cour royale.

Il n'y a pas longtemps encore, disons avant l'apparition des droits dits de troisième génération, ceux qu'on revendique de nos jours au titre de droit à l'éducation, droit à la culture, droit à la santé ou autres, il n'y a pas longtemps donc, les soins étaient dispensés selon la richesse des bénéficiaires. Grosso modo, ceux qui avaient les moyens pouvaient se faire soigner, ceux qui n'avaient pas les moyens devaient se passer de soins, sauf intervention d'un bon Samaritain, personnage qu'il n'était pas rare de voir les médecins jouer.

Mais les temps ont changé. S'agissant des soins de santé en particulier, notre société n'admettrait évidemment pas qu'on les dispense en fonction de l'hérédité. Elle n'admettrait pas non plus qu'on les distribue en fonction de critères comme l'appartenance de classe, le rang social, ni même la richesse.

Cela dit, quel critère de distribution faut-il retenir aujourd'hui en matière de soins ou de services de santé ? Je n'en vois pas d'autres que la *citoyenneté* et le *besoin*. Autrement dit, tout citoyen malade « mérite » des soins couverts par nos régimes publics d'assurance. Ce qui l'y habilite, c'est précisément sa citoyenneté, qui lui confère le droit à une part du bien commun, et son besoin, que détermine sa maladie.

Si on tient compte du seul critère de la citoyenneté, la participation aux biens publics ne peut donner droit qu'à des parts égales, puisque la qualité de citoyen est égale dans tous et chacun. Sinon, on reviendrait au régime des privilèges. C'est pourquoi, même si, comme on a vu, la justice distributive repose sur un principe d'égalité proportionnelle au « mérite », ici, à ne considérer que la seule qualité de citoyen, le « mérite » est tout simplement égal chez tous et ne pourrait justifier des parts inégales. En ce sens, les citoyens sont aussi égaux devant le système public de santé qu'ils le sont devant la loi. On peut même supposer que l'embarras ressenti devant l'inégalité de traitement entre Gaston et Jean-Pierre procède de ce principe moderne de citoyenneté, qu'on a intériorisé et qui fait partie de nos valeurs communes.

Maintenant, il va de soi que les gens sains n'ont pas besoin pour eux-mêmes du système hospitalier et que les couvertures publiques d'assurance ont été créées pour faire face à l'éventualité non de la santé, mais de la maladie. Si du point de vue de la citoyenneté, on a droit aux soins couverts par les régimes publics, du point de vue du besoin, ce droit n'est exerçable que si on est malade. Les membres d'une société ont beau être égaux quant à la citoyenneté, ils sont fort inégaux quant à la maladie (ou à la santé). Un net clivage intervient là entre les citoyens. Si, comme il est logique de le penser, les soins doivent être proportionnés au besoin, alors les malades seuls ont droit à leur part de ce bien commun, les gens en santé n'y ont pas droit, sinon bien sûr virtuellement, ou indirectement du fait qu'ils profitent de la santé de tous et, notamment, de celle de leurs proches. Compte tenu donc de la nature même du critère ici en cause, c'est-à-dire le besoin ou la maladie, il n'y a pas à se surprendre des énormes inégalités qui peuvent exister entre les citoyens. En vertu de l'éthique sociale, il semble que les citoyens par ailleurs égaux n'ont tout simplement pas droit à des parts égales de ce bien commun que sont les soins et services de santé.

### **Réponse à la question de départ**

Voyons maintenant ce que peut donner l'application des deux critères mentionnés, la citoyenneté et le besoin, à nos deux victimes de traumatisme

cranio-cérébral. De toute évidence, les deux ont droit à la même part de traitement médical et de service en général puisqu'ils sont tous deux citoyens et qu'il est établi au départ qu'en ce qui regarde les soins neurotraumatologiques, leurs besoins sont identiques.

Et pourtant dans les faits, on constate bien une différence. Dans les faits aussi, on entendra souvent dire par exemple que si Gaston reçoit davantage, c'est tout simplement qu'il contribue davantage et que par conséquent l'inégalité constatée est normale et juste. Gaston cotise à un régime d'assurance supplémentaire (administré par la SAAQ) qui protège les victimes d'accidents de la route. C'est ce qu'on entend dire, en effet, mais l'argument fait problème pour trois raisons.

La première est que cet argument revient à introduire subrepticement dans le décor un autre principe de distribution que le besoin. On voudrait que l'offre de service se fasse *selon la contribution*. Pourtant, personne n'a officiellement décidé qu'il devait en être ainsi, et pour cause. D'abord parce qu'une distribution selon la contribution du patient, cela n'est pas loin d'une distribution selon les moyens, alors même qu'on a décidé comme société de ne pas proportionner l'offre de service à la capacité individuelle de payer. Ensuite parce que le régime de l'assurance automobile du Québec n'a pas été instauré pour permettre aux automobilistes en moyen qui le désiraient de bénéficier d'une protection supplémentaire. Il a été créé, entre autres, pour protéger les citoyens contre les graves préjudices qu'ils pouvaient subir comme victimes d'automobilistes non assurés et, compte tenu de l'expansion rapide du transport routier et de la dangerosité relative des véhicules automobiles, pour mettre de l'ordre dans un système déséquilibré et inadéquat. Au demeurant, la Loi sur l'assurance automobile du Québec, la loi qui constitue la SAAQ, est une loi à caractère nettement social.

La deuxième raison est que le régime d'assurance automobile auquel contribue Gaston n'est pas privé, mais public. La Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) est une société publique constituée par la loi du même nom, qui en énumère et définit les compétences<sup>16</sup>. Elle est mandataire du gouvernement pour l'application de cette loi. Elle relève du ministre des Transports qui en répond devant l'Assemblée nationale. La SAAQ assure elle-même sa gestion financière, mais cette gestion est examinée par le Vérificateur général, ses biens sont du domaine public et propriété du gouvernement. L'Assemblée nationale peut d'ailleurs exiger que ses surplus soient versés au fonds consolidé du revenu pour être ensuite répartis à des postes budgétaires qui peuvent n'avoir aucun rapport avec la mission de la SAAQ. Cette dernière doit gérer ses fonds conformément aux dispositions de la Loi et elle ne peut engager de dépenses importantes sans l'autorisation du Conseil du trésor. Enfin, les cotisations à la SAAQ ne sont pas facultatives et ne résultent pas d'un choix individuel de la part des citoyens, mais sont, en vertu de la Loi, obligatoires pour tous les automobilistes. Ainsi, même si la SAAQ ressemble, dans son langage et dans certaines de ses pratiques, à une compagnie d'assurance privée, quand Gaston y cotise, il cotise à une société publique.

La troisième raison pour laquelle le critère de la contribution fait problème est que la SAAQ n'indemnise pas seulement les automobilistes, c'est-à-dire les

---

<sup>16</sup> Comme l'ont établi les travaux préalables de l'ICRED et comme est venu l'expliquer le soir même M<sup>e</sup> François Blanchard.

cotisants (ceux qui *contribuent*), mais toutes les victimes d'accidents de véhicules automobiles qui surviennent sur la voie publique. Ainsi, il peut arriver (et il arrive sûrement) que des victimes soient indemnisées qui n'ont jamais contribué au régime. Considérons d'ailleurs notre exemple de départ. Supposons que Jean-Pierre ne cotise pas au régime public d'assurance et que son traumatisme cranio-cérébral découle d'un accident de la route. Supposons en même temps que Gaston, l'automobiliste cotisant, se fracture le crâne en tombant du toit de sa maison. Résultat, le non-cotisant serait indemnisé par la SAAQ; le cotisant ne le serait pas. Ce qui montre bien que les services supplémentaires dont bénéficie Gaston dans notre exemple de départ ne se justifient pas par sa contribution au régime.

De façon générale et pour conclure, il semble que le critère de la contribution soit invoqué tout simplement parce qu'on est dans le domaine des assurances où il va de soi. Sauf que, généralisé, il réintroduirait la distribution selon les moyens ou la richesse, ce que la société ne veut pas.

## **Conclusion**

Au ministère de la Santé et des Services sociaux, il existe un plan, en cours de réalisation, qui concerne la neurotraumatologie et qui vise à assurer ce qu'on appelle un « continuum de services ». En neurotraumatologie en effet, des lacunes dans la continuité des services ont souvent des conséquences graves et durables sur la santé des patients et leur réhabilitation (mortalité, morbidité, incapacités permanentes). Les autorités médicales veulent donc harmoniser au mieux toutes les phases du traitement des traumatisés cranio-cérébraux, depuis les phases préhospitalière et hospitalière jusqu'à la phase du maintien dans le milieu, en passant par la réadaptation et l'intégration sociale. Nous savons aussi que, dans ce cadre, la Régie de l'assurance maladie et la Société de l'assurance automobile unissent leurs efforts pour définir le continuum de services le plus approprié aux traumatisés cranio-cérébraux, groupe de bénéficiaires commun aux deux organismes. Dans le cas que nous venons d'examiner, on a vu que l'inégalité de traitement devenait significative surtout aux dernières phases du continuum, soit à partir de la phase de réadaptation. Ne serait-il pas souhaitable qu'on profite de la mise en œuvre du plan ministériel en question pour corriger des inégalités du genre de celle que nous avons décrite ? D'autant plus que ces inégalités, comme on vient de le montrer, sont aussi des injustices. Le redressement de telles injustices appelle précisément une plus grande complémentarité entre l'ensemble du réseau et la Société de l'assurance automobile.