

Le régime québécois d'indemnisation des victimes d'immunisation: problèmes d'application

Louise Lussier

Volume 31, Number 3, 1990

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/043039ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/043039ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Faculté de droit de l'Université Laval

ISSN

0007-974X (print)

1918-8218 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this note

Lussier, L. (1990). Le régime québécois d'indemnisation des victimes d'immunisation: problèmes d'application. *Les Cahiers de droit*, 31(3), 849–869. <https://doi.org/10.7202/043039ar>

Article abstract

A new compensation regime in Quebec introduced in 1987 has been established for the benefit of victims of immunization programs. Victims may fill out an application and submit it to the Health Minister or they can take action before the courts. Many problems in protecting victims are still current : some involve controls and information in relation to immunization while others are related more specifically to the regime.

Le régime québécois d'indemnisation des victimes d'immunisation : problèmes d'application

Louise LUSSIER *

Un nouveau régime d'indemnisation, applicable au Québec depuis 1987, s'adresse aux victimes d'immunisation qui peuvent présenter une demande d'indemnités au ministre de la Santé tout en conservant leur droit de recours en dommages-intérêts. Les problèmes d'application visant la protection des victimes demeurent toutefois nombreux. Certains concernent les contrôles et les informations relatives aux immunisations ; d'autres sont spécifiques aux conditions du régime.

A new compensation regime in Quebec introduced in 1987 has been established for the benefit of victims of immunization programs. Victims may fill out an application and submit it to the Health Minister or they can take action before the courts. Many problems in protecting victims are still current : some involve controls and information in relation to immunization while others are related more specifically to the regime.

	<i>Pages</i>
1. Problèmes subsistant en dépit de la mise en place du régime	851
1.1. Les limites du contrôle sur la qualité des produits	851
1.2. Les difficultés d'informations	854
2. Problèmes découlant du régime	857
2.1. Les problèmes d'interprétation et de validité	859
2.2. Les lourdeurs du processus décisionnel	861
Conclusion	867

* Avocate, professeure, Faculté de droit, Université de Sherbrooke.

Malgré que l'on soit tenté de banaliser l'acte vaccinal, il ne faut pas en minimiser les conséquences juridiques qui viendront s'en dégager dans le cadre de la responsabilité civile. Étant donné que les conditions de sa mise en œuvre sont apparues inadéquates, l'on prévoit depuis 1985 au Québec l'aménagement de règles particulières visant l'indemnisation des victimes d'immunisation¹.

Bien que les vaccinations fassent maintenant partie de la panoplie des moyens sanitaires préventifs auxquels l'adhésion populaire est généralement acquise, on ne saurait néanmoins nier leurs risques; d'ailleurs, le produit vaccinal utilisé peut être qualifié de dangereux. En dépit d'un certain contrôle de la qualité, les risques inhérents à la substance ou à la méthode de vaccination demeurent élevés et se matérialisent par des complications, bien que rarissimes malgré tout, qui surviennent chez les sujets vaccinés et parfois chez des tiers en contact avec eux. Ces complications peuvent être d'ordre physique ou mental, provisoires ou permanentes, prévisibles ou non, et se présentent sous diverses formes: manifestation de symptômes secondaires généralement bénins ou encore traitables (fièvres, nausée, rougeurs, inconfort général), réactions allergiques, infections connexes (septicémie), apparition de la maladie contre laquelle le sujet était immunisé, ou encore, séquelles graves consécutives à l'acte (paralysie, encéphalite), et même, le décès.

Le sort des sujets vaccinés ou des tiers, victimes de semblables complications, est devenu préoccupant dans l'optique du dédommagement qui pourrait leur être redevable. La longue bataille judiciaire entreprise dans l'affaire Lapierre², ayant posé avec plus d'acuité le problème, a permis également d'aborder divers aspects méconnus de l'immunisation. L'importance de la question n'est pas dénuée d'actualité, non seulement en raison des modifications législatives récentes, mais également en raison d'événements survenus en 1989 au Québec lorsque les autorités sanitaires ont fait état d'une épidémie de rougeole. Nous allons nous intéresser particulièrement aux problèmes subsistant en dépit de la mise en place du régime public (contrôle gouvernemental et informations) avant de discuter de quelques problèmes soulevés par son existence (interprétation et processus décisionnel).

-
1. *Loi modifiant diverses dispositions législatives concernant les affaires sociales*, L.Q. 1985, c. 23, art. 18 introduisant les art. 16.1 et s. de la *Loi sur la protection de la santé publique*, L.R.Q., c. P-35. Nous avons d'ailleurs consacré une étude à ces questions: voir L. LUSSIER, *Les aspects juridiques des vaccinations et des complications post-vaccinales: développements québécois récents*, 1989, disponible à la Bibliothèque de droit à l'Université de Sherbrooke.
 2. *Jacques Lapierre c. P.G. du Québec et Merck, Sharpe et Dohme*, [1979] C.S. 907, [1983] C.A. 631 et [1985] I R.C.S. 241. Cette affaire a été abondamment commentée dans la doctrine québécoise: voir P. LEGRAND, « Commentaires: Vaccination par l'État: droit de la santé et théorie des obligations juridiques », (1981) 26 *R. de D. McGill* 880, M. GOUDREAU, « L'affaire Jacques Lapierre », (1984) 15 *R.G.D.* 443 et P.C. HAANAPPEL, « Les obligations découlant de la loi seule: commentaires sur l'affaire Lapierre » (1986) 20 *R.J.T.* 321.

1. Problèmes subsistant en dépit de la mise en place du régime

Il importe de prendre en considération que l'introduction du régime public d'indemnisation des victimes d'immunisation n'a pas bouleversé encore à ce jour les règles de droit applicables aux responsabilités des autorités administratives chargées d'un rôle de contrôle à l'égard des produits d'immunisation. Or, il s'avère que de telles règles révèlent certaines lacunes dans la portée et l'intensité des contrôles. Il en va de même quant à la nature et la divulgation d'informations concernant les risques de ces produits.

1.1. Les limites du contrôle

La préparation du vaccin et sa distribution font l'objet d'un contrôle particulier par le ministère fédéral de la santé et du bien-être social en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues*³. Ces contrôles visent entre autres les compagnies pharmaceutiques ou encore les laboratoires scientifiques à caractère para-public producteurs de vaccins. L'intensité du contrôle paraît toutefois mitigée.

Le vaccin est un produit biologique que la loi désigne généralement comme une « drogue » et qui possède des propriétés spécifiques, ce qui le distingue d'autres types de produits (sang, substance sclérosante, liquide anesthésique...) également administrés par voie parentérale. D'une part, il vise à prévenir une maladie en immunisant le sujet contre celle-ci avec son propre virus⁴; d'autre part, le vaccin est intimement lié à la recherche d'un bienfait collectif par l'effet cumulatif des vaccinations individuelles⁵.

On trouve ainsi au titre 4 du *Règlement sur les aliments et drogues* des précisions importantes quant aux conditions de fabrication et de contrôle des vaccins qui correspondent à des normes de qualité, soit générales⁶, soit

3. *Loi sur les aliments et drogues* L.R.C., 1985, c. F-27. On note toutefois la brièveté du texte législatif dont les modalités d'application sont pour la plupart déterminées de façon détaillée dans le *Règlement sur les aliments et drogues*, C.R.C. 1978, vol. VIII, C. 870. Cette réglementation constitue une activité administrative importante dont la délégation est parfaitement valide: voir *P.G. du Canada c. Corp. pharmaceutique française Ltée*, [1977] C.S. 675, commentée par F.M. GAGNON, « The Case of Elusive Regulations », (1977) 1 *Leg. Med. Q.* 247.

4. Voir *Larousse de la médecine*, 3 t., Larousse, 1972, t. 3: Santé-hygiène, sous les entrées, immunisation, p. 730 et vaccin, p. 1529.

5. Sur la notion de bien public, lire l'analyse de M. KRAUSS dans *Chronique de jurisprudence*, « L'affaire *Lapierre*: vers une théorie économique de l'obligation quasi-contractuelle », (1986) 31 *R. de D. McGill* 683, p. 693.

6. *Règlement sur les aliments et drogues*, *supra*, note 3, art. C.04.001 à C.04.019.

spécifiques à certains types de vaccin⁷. Dès lors que le fabricant s'y conforme et qu'il fournit les renseignements requis, notamment quant aux essais, le ministre émet une licence ou la renouvelle, le cas échéant. Cette licence atteste que les locaux, le procédé et les conditions de fabrication sont propres à garantir que la drogue (vaccin) n'est pas d'un usage dangereux⁸.

Dans cette mesure, on peut difficilement parler d'autorisation ou de contrôle du produit permettant d'assurer une quelconque garantie sur la qualité du produit de la part du ministre fédéral⁹. Si un tel contrôle échappe au gouvernement fédéral, il est douteux qu'il puisse être exercé par le gouvernement provincial, puisque ce pouvoir échappe à sa compétence constitutionnelle¹⁰.

Compte tenu toutefois de la nature même du produit, il faudrait également assurer un contrôle continu par un système d'enquête et de surveillance basé sur la déclaration des effets associés au vaccin et de ses complications éventuelles. Sur ce point, force est de constater le laconisme des textes juridiques. Si, dans la loi canadienne, il est reconnu à la charge du fabricant une obligation d'informer le ministre de toute «défectuosité» touchant la qualité, la sécurité ou l'efficacité du vaccin, rien n'est toutefois prévu quant aux suites à donner à cette information de la part du ministre, hormis l'annulation ou la suspension de la licence¹¹. En l'absence d'une base juridique des contrôles épidémiologiques et de monitoring des réactions adverses du vaccin, on ne peut que s'interroger sur l'efficacité du dispositif mis en place en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues* de même que sur l'étendue de l'autorité du ministre fédéral responsable de son application.

7. *Id.*, art. C.04.050 à C.04.091 (vaccins bactériens, antiyphoïdique, anticoquelucheux, B.C.G.), art. C.04.100 à C.04.136 (virus vaccinaux, vaccin antivariolique, antipoliomyélique, poliovirus).

8. *Id.*, art. C.04.001 sous la définition du mot licence.

9. *Loi sur les aliments et drogues*, *supra*, note 3 art. 12. W. WASSENAAR, «Drug Regulation in Canada», (1978) 2 *Leg. Med. Q.* 209, écrit p. 213: «The Food and Drugs Act only comes into play if a violation of the Act has been committed since it is not a licensing authority». Cette situation contraste avec les régimes mis en place aux États-Unis et, à un moindre degré, en Angleterre: voir H. TEFF, «Drug Approval in United States and England», (1985) *Am. J. Comp. L.* 567.

10. L'objet de la *Loi sur les aliments et drogues* vise la protection du public par des mesures apparentées au droit criminel, de compétence fédérale, et non aux matières de la santé, de compétence provinciale, *Loi constitutionnelle de 1867*, a. 91 par. 27, tel qu'interprété par la Cour suprême depuis l'arrêt *Standard Sausage Co. v. Lee, Proctor v. Standard Sausage Co.*, [1933] 4 D.L.R. 501.

11. *Supra*, note 6, a. C.04.010(b) et C.04.009. Certes, certaines mesures peuvent être envisagées *de facto*.

Dans ce domaine, relié davantage à la protection de la santé publique, il serait plausible de retrouver une loi adoptée par l'autorité provinciale compétente. Dans le cadre de la *Loi sur la protection de la santé publique*¹², le ministre québécois est soumis à l'obligation spécifique de rendre les vaccins disponibles, du moins pour les maladies dont l'immunisation est obligatoire¹³. D'ailleurs, même si aucun texte ne le précise, le ministre est le principal fournisseur de vaccins au moyen d'un service d'approvisionnement centralisé au ministère¹⁴. Il y a lieu de croire qu'aux fins de cet achat, le ministre dispose d'une information pertinente qu'il obtient du fabricant, notamment quant aux risques. On peut supposer que le ministre doit également pouvoir surveiller le déroulement de la campagne de vaccination en obtenant de la part des autorités sanitaires concernées les informations pertinentes, notamment sur les réactions adverses.

Cependant, la reconnaissance de ces obligations repose davantage sur une interprétation large des responsabilités du ministre que sur un texte législatif clair¹⁵. Le rôle du ministre québécois de la Santé demeure somme toute limité puisqu'il n'intervient pas dans le contrôle préalable des vaccins et que son intervention dans la surveillance de l'utilisation des vaccins est superficielle.

À ces limites, attribuables à ce qui nous paraît être l'insuffisance du contrôle gouvernemental tant sur les plans de la fabrication, de l'autorisation que de l'utilisation des vaccins, s'ajoutent les difficultés d'obtention des informations pertinentes à ces différentes activités. Cela ne va pas sans se répercuter au niveau de la victime d'une immunisation comme nous allons maintenant le constater.

12. *Loi sur la protection de la santé publique* L.R.Q., c. P-35, a. 2(a) et (f); cet article particulièrement général semble en fait accorder une discrétion très large au ministre dans l'exercice de ses fonctions, rendant à tout le moins illusoire leur sanction. Pour une analyse des règles reliées à la protection de la santé publique, on pourra se référer à notre article, « Contribution à l'étude du droit de la protection de la santé publique au Québec », (1987) 18 *R.D.U.S.* 113.

13. *Loi sur la protection de la santé publique*, *supra*, note 1, art. 8.

14. Ces faits ont été relatés dans les témoignages des représentants gouvernementaux dans l'affaire *Lapierre* en première instance : *supra*, note 2.

15. Aucun pouvoir supplémentaire n'est prévu dans la *Loi sur la protection de la santé publique*, *supra*, note 1, non plus d'ailleurs en ce qui concerne l'obligation de rapporter les épisodes post-vaccinaux qui pourraient être documentés dans les notes des dossiers des patients. La situation est différente en Ontario en vertu d'une loi récente : *An Act to Amend the Health Protection and Promotion Act 1987*, S.O. 1987, c. 18, art. 2. L'obligation d'information prévue concerne les renseignements à transmettre aux autorités sanitaires. On trouvera un commentaire de ces dispositions quant à leur impact sur la pratique médicale dans D.J.G. SWANSON, « The Effect of Immunization Legislation on Family Practice », (1988) 9 *Health L. Can.* 23.

1.2. Les difficultés d'informations

La victime de complications post-vaccinales peut opter pour l'exercice d'une poursuite civile même si sa réclamation peut être satisfaite dans le cadre du régime public d'indemnisation. De plus, elle conserve un tel recours dans tous les cas où le régime n'est pas applicable. Dès lors, les règles ordinaires de la mise en œuvre de la responsabilité occupent un champ résiduaire mais non moins important.

Dans ce régime, l'obligation d'établir la faute de l'auteur des dommages reliés à des complications post-vaccinales doit être remplie suivant l'approche stricte des règles de la responsabilité. Si cette exigence subsiste, encore faut-il admettre que l'existence d'un régime public d'indemnisation non basé sur la faute permet d'en contourner la rigueur. Mais, en dehors de ce régime, la recherche de la faute demeure primordiale, et ce, dans les circonstances les plus variées quant à l'identité de son auteur d'après une chaîne d'événements. La principale difficulté, nous semble-t-il, reste liée au problème d'information auquel est confrontée la victime.

À cet égard, on note la place importante qu'occupe l'obligation d'information du fabricant, d'origine statutaire¹⁶. S'y ajoute une obligation d'information dont l'origine découle du droit commun visant l'utilisateur final, le sujet à être vacciné, de même que l'intermédiaire nécessaire, le médecin ou le professionnel de la santé chargé de la vaccination.

L'étendue de cette obligation a fait l'objet de nombreux commentaires en droit américain¹⁷. Mais, contrairement à la tendance des tribunaux aux États-Unis qui s'est avérée très sévère envers le fabricant¹⁸, nos tribunaux au Canada et au Québec n'ont pas encore sanctionné de manquement au devoir de renseignement du fabricant. Certes, les occasions ont été peu nombreuses ; néanmoins, dans une instance ontarienne où la discussion portait précisément sur ce point, le jugement a été défavorable au demandeur¹⁹. Celui-ci réclamait des dommages des médecins et du fabricant du vaccin contre la rage avec lequel il avait été inoculé après être entré en contact avec un animal de ferme atteint de cette maladie. Le problème était de savoir si, avant l'administration du vaccin, le demandeur avait été suffisamment informé des risques associés à

16. *Règlement sur les aliments et drogues, supra*, note 3, art. C.04.004, C.04.15. La fourniture des renseignements peut également survenir à la demande du ministre.

17. *Restatement (Second) of Torts, article 402A, comment K (1965)*. Voir M.E. MANN, « Mass Immunization Cases: Drugs Manufacturer's Liability for Failure to Warn », (1976) 29 *Vanderbilt L.R.* 235.

18. *Davis v. Wyeth Laboratories*, 399 F. 2d 121 (9th Cir. 1968); *Reyes v. Wyeth Laboratories*, 498 F. 2d 1264 (5th Cir. 1974); *Givens v. Lederle*, 556 F. 2d 1341 (5th Cir. 1977).

19. *Davidson c. Connaught Laboratories et al.*, [1980] 14 C.C.L.T. 251.

la vaccination. À la question de savoir « what is a fair and reasonable warning in all the circumstances of this case? », le juge a rappelé les complications connues reliées au vaccin et souligné que l'avertissement donné par le fabricant ne portait que sur l'un de ces effets. Il lui a donc été aisé de soutenir que « the written warning on the printed material placed in the boxes of vaccine given to the doctors were inadequate and unreasonable in the circumstances »²⁰. Mais la responsabilité du fabricant n'a pas été retenue au motif que l'absence d'information n'avait pas été la cause du dommage subi par le demandeur, compte tenu des informations obtenues auprès de ses médecins. Par ailleurs, dans l'affaire *Lapierre*, l'élément relatif à l'obligation d'information a été brièvement examiné avant d'être écarté rapidement²¹, même si, à notre avis, il aurait dû en être autrement.

Il est permis d'avancer que le devoir d'information du fabricant devrait concerner l'information la plus complète possible de tous les risques et les complications dont il a connaissance²². Il devrait comporter également de transmettre et de rendre accessibles ces renseignements par des moyens adéquats, comme la littérature scientifique et la publicité pharmaceutique ainsi que les emballages et les dépliants d'informations les accompagnant, destinés principalement aux professionnels de la santé et aux autorités gouvernementales.

Quant à celles-ci, l'on doit être prudent. En effet, comme nous l'avons vu, la base légale de leurs obligations d'information paraît incertaine. Ainsi, le ministre fédéral de la santé devrait être obligé d'informer adéquatement des risques de la vaccination dans la mesure de ses pouvoirs dévolus par la *Loi sur les aliments et drogues* que l'on peut qualifier de fonction discrétionnaire²³. En ce qui concerne le ministre québécois de la Santé, son obligation d'information, bien qu'implicite, serait susceptible de viser la diffusion d'informations

20. *Id.*, p. 273-277.

21. Voir les commentaires du juge Nadeau de la Cour supérieure, *supra*, note 2, à la page 915. Cependant, à l'égard d'un fabricant de produits dangereux, la Cour d'appel a sanctionné l'obligation d'information qui lui est imposée dans *J.E. Livernois c. Plamondon*, (C.A., Québec), 200-09-000818-821, 85-03-07, J.E. 85-619.

22. C. CORRIVEAU, « Devoirs et obligations du fabricant de produits pharmaceutiques », (1986) 2 *La femme et le droit* 470.

23. Par analogie avec une affaire mettant en cause la *Loi sur les produits dangereux*, L.R.C. 1985, c. H-3, il serait toutefois difficile d'admettre la responsabilité du Gouvernement fédéral pour ne pas avoir adopté des normes de sécurité particulières; voir *Mahoney v. R.*, [1987] 38 C.C.L.T. 21 (C. Féd.). La Cour a écarté dans cette décision la théorie du *spillover duty* comme cause d'action envers le Gouvernement fédéral. *Loi sur la responsabilité de l'État*, L.R.Q. 1985, c. C-50, art. 3.

particulièrement sur les risques du vaccin et les précautions requises²⁴, ou encore, la collecte d'informations en cas de contamination ou de réactions disproportionnées²⁵.

Dans certaines circonstances, il n'est pas superflu de penser que l'information devrait être transmise non seulement aux professionnels de la santé mais aussi aux sujets à être vaccinés directement de façon intelligible, sous forme d'affiches ou de documents de mise en garde lorsque, par exemple, il s'agit de campagnes massives de vaccination²⁶. En tant que consommateur, le vacciné demeure toutefois dans une position particulière puisqu'il n'a accès au produit, exclu de la vente libre, que par l'intermédiaire d'un médecin.

À cet égard, l'obligation d'information, à titre d'obligation professionnelle spécifique, paraît être la plus cruciale dans le contexte de la responsabilité professionnelle puisqu'elle permet de fonder un nombre toujours croissant de poursuites malgré les difficultés de preuve dans ce genre de recours et leur faible taux de succès, faut-il le reconnaître. En tant que dernier intervenant auprès du patient, le professionnel, qu'il s'agisse de l'infirmière ou du médecin, devrait s'assurer de façon particulière que le patient ou son représentant reçoit ou a reçu les informations pertinentes sur les conditions de la vaccination, ses effets secondaires normaux et ses risques, même si l'on peut présumer qu'il en a déjà été averti par la publicité gouvernementale ou encore qu'il va de toute façon se soumettre à la vaccination. Dans certains cas, des informations relatives aux risques courus par des tierces personnes en contact avec le sujet vacciné, comme la mère et son bébé, devraient également leur être transmises. Toutefois, on doit prendre en compte que les renseignements dont dispose le médecin proviennent du fabricant et peuvent être incomplets ou dépassés.

-
24. L'affaire *Lapierre* illustre cependant le caractère superficiel de l'obligation d'information du Ministre en matière d'information du point de vue des tribunaux. En effet, le juge Nadeau n'écrit-il pas que : « Le Gouvernement du Québec s'est suffisamment bien acquitté de ses obligations de surveillance et de contrôle dans l'administration du vaccin... » (p. 913) ainsi que : « Le tribunal estime que l'obligation du Gouvernement au point de vue information n'allait pas plus loin que ce qui est déjà renfermé dans la formule UC21 (distribuée aux parents) et qu'en particulier il n'y avait pas obligation de reproduire la mention ci-dessus contenue dans la monographie du produit » (p. 914), *supra*, note 2.
 25. Bien évidemment, encore faudrait-il que le Ministère puisse être informé en temps utile. Or, comme il n'existe aucun système « sentinelle » il est plausible de questionner la rigueur de la sanction de cette obligation. D'après l'affaire *Lapierre*, en dépit du témoignage accablant d'un expert médical sur l'inadéquation du service d'épidémiologie provincial (résumé à la p. 911 du jugement de première instance), la responsabilité n'a pas été retenue sur ce point (*supra*, note 2).
 26. La position américaine sur ce point est bien établie, voir M.E. MANN, *supra*, note 17, p. 251-255.

Dans l'état actuel du droit, force est d'admettre que le système d'informations relatives aux vaccinations, qu'il soit basé sur les obligations d'information en vertu du droit commun ou celles prévues dans les lois de santé, est insuffisant. Les difficultés rencontrées par la victime d'une immunisation à la suite d'un manque d'informations peuvent donc être réelles dans la perspective de son dédommagement. Toute démarche entreprise à cette fin, dans le cadre des règles de la responsabilité civile ou de celles du régime public, risque de faire renaître ces obstacles. Mais il faut au surplus tenir compte des problèmes spécifiques qui découlent de la mise en place du régime d'indemnisation parallèle.

2. Problèmes découlant du régime

En 1985, moins de trois mois après la décision de la Cour suprême dans l'affaire *Lapierre* défavorable à la victime de complications post-vaccinales, le législateur québécois s'est empressé d'intervenir et de créer un régime public d'indemnisation. Grâce à la mise sur pied d'un fonds constitué à partir du fonds consolidé du revenu, le ministre de la Santé indemnise toute victime, « sans égard à la responsabilité de quiconque »²⁷. Par ailleurs, la victime conserve son recours de droit commun. Le Québec a ainsi rejoint le rang d'autres pays²⁸ qui ont adopté une loi pourvoyant à l'indemnisation des victimes de complications post-vaccinales, avec toutefois des particularités.

Les grands principes de ce régime étatique basé sur un système de responsabilité sans faute, comparable en cela à d'autres régimes québécois déjà mis sur pied²⁹, proposent l'indemnisation d'un dommage subi à la suite

27. *Supra*, note 1 art. 16.2.

28. Voir en France, la *Loi du 1^{er} juillet 1964*, modifiée depuis, que l'on retrouve aux articles L-10 à L-10-2 du *Code de la santé publique*, Dalloz; en Angleterre, *Vaccine Damages Payment Act*, 1979. Notons qu'au Canada, aucune autre province ne s'est pourvue à date d'un tel régime bien que certains l'aient proposé: W.K. MCINTOSH, « Liability and Compensation Aspects of Immunization Injury: A Call for Reform », (1980) 18 *Osgoode Hall L.J.* 584. Aux États-Unis, le Gouvernement fédéral a adopté en 1976 un programme d'indemnisation limité à la campagne d'immunisation contre la grippe, *Swine Flu Act*, 42 U.S.C. s. 247b(j)(1), mais il n'a pas cherché à en étendre l'application bien qu'une proposition en ce sens ait été proposée au Congrès en 1985.

29. *Loi sur l'assurance automobile*, L.R.Q., c. A-25, *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels*, L.R.Q., c. I-6, *Loi visant à favoriser le civisme*, L.R.Q., c. C-20, *Loi sur les accidents de travail, et les maladies professionnelles*, L.R.Q., c. A-3.001. L. Perret, « L'épilogue législatif de l'affaire *Lapierre* », (1986) 17 *R.G.D.* 571-578, p. 577, parle de cacophonie.

d'une immunisation volontaire contre certaines maladies spécifiées au règlement³⁰ ou à la suite d'une immunisation obligatoire de certaines maladies également identifiées au règlement³¹.

Il existe, en effet, divers types de vaccination selon qu'elle est obligatoire, recommandée ou facultative au sens de volontaire³². À l'heure actuelle, au Québec, cette possibilité de prévoir des vaccinations obligatoires demeure théorique en dépit des dispositions le permettant en vertu de la *Loi sur la protection de la santé publique* et de son règlement³³. D'une part, il n'existe pas de liste des maladies pour lesquelles une vaccination est obligatoire. De même, aucun décret gouvernemental n'a été adopté aux fins de proclamer l'état d'urgence à la suite d'une épidémie, habilitant du même coup le ministre à prendre une décision concernant l'immunisation obligatoire.

Se distinguent de celles-là les régimes de vaccination facultative. Dans ce cas, la vaccination a pu faire l'objet d'une entente dans le cadre ordinaire d'une relation thérapeutique lorsque le médecin le conseille ou lorsque le patient le réclame. Entre ces deux régimes, obligatoire et facultatif, se situe le régime de la vaccination recommandée. Des programmes incitatifs et généraux reliés à la prévention et à la conservation d'un bon état de santé peuvent ainsi inviter la population à se faire vacciner. Mais, dans cette perspective, est-il possible d'assimiler totalement ce type de vaccination à celui de la vaccination obligatoire? À notre avis, il importe que l'existence de l'obligation soit basée sur un texte; une contrainte morale, toute aussi puissante qu'elle soit, n'a pas le caractère obligationnel équivalent à celui des dispositions incluses dans la *Loi sur la protection de la santé publique*³⁴. Il n'empêche que c'est dans cette catégorie que se retrouve le plus grand nombre d'actes vaccinaux exécutés au Québec. On parle alors d'immunisation volontaire pour laquelle le régime s'applique actuellement.

30. *Loi sur la protection de la santé publique supra*, note 1, art. 16.2 *Règlement modifiant le Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique*, décret 1557-87 du 7 octobre 1987, (1987) 119 G.O. II 6073, art. 233, où l'on compte vingt-sept « maladies » les plus variées depuis la rougeole jusqu'à l'empoisonnement par morsure de serpent venimeux.

31. *Loi sur la protection de la santé publique, supra*, note 1, art. 8. Notons qu'aucune disposition n'existe à cet effet dans le Règlement.

32. Nous empruntons cette classification à M. le doyen J.M. AUBY, dans *Étude comparative des aspects médico-légaux des complications post-vaccinales dans les États membres de la Communauté européenne*, EUR 7019, 1981.

33. *Supra*, note 1, art. 8 et 17 et s. D'un point de vue historique, il n'en a pas toujours été ainsi: en effet, c'était en vertu d'un règlement de l'ancienne *Loi d'hygiène publique*, S.R.Q. 1964, c. 161, art. 130, que la vaccination antivariolique conditionnait l'admission à l'école et était, à toutes fins pratiques, obligatoire jusqu'à l'abrogation du règlement en 1972.

34. Dans la décision *Lapierre*, les juges des tribunaux d'appel ont infirmé l'opinion du juge de première instance lorsqu'il déclarait qu'une vaccination recommandée était quasi obligatoire, *supra* note 2, p. 935.

Il s'agit là d'un régime plutôt progressif dont les principales règles font toutefois exception au droit commun. Non seulement, ce régime introduit-il la notion d'une compensation qui n'est pas basée sur la faute, mais également, il entraîne un nécessaire aménagement des règles d'indemnisation conformément à la technique de rédaction législative. Au surplus, ce régime comporte des ambiguïtés qui permettent de masquer des problèmes d'application susceptibles de se poser au fur et à mesure qu'il connaîtra une plus grande publicité. On retrouve à ce titre des problèmes de deux ordres : les premiers relatifs à l'interprétation et à la validité de certaines dispositions du régime ; les seconds découlant des lourdeurs du processus de la décision d'indemniser.

2.1. Les problèmes d'interprétation et de validité

On trouve des définitions particulières des mots « victime » et « dommage corporel » qui en étendent le sens au point d'en bouleverser l'acception généralement reçue. Quant aux règles relatives au calcul de l'indemnité devant servir à la compensation du dommage corporel, elles doivent être calquées sur celles prévues à la *Loi sur l'assurance automobile*³⁵.

Devant certaines difficultés d'interprétation, qui ne manqueront pas de surgir, on devra se référer aux règles d'interprétation du droit statutaire appelant une interprétation large et libérale³⁶. Toutefois, pourra-t-on recourir au droit commun comme droit supplétif ? Bien que l'on soit tenté de répondre par l'affirmative, il conviendra de donner un effet aux dispositions particulières du régime d'indemnisation bien qu'il paraisse à certains égards restrictif et dérogoire par rapport au droit commun³⁷.

Sanctionnée le 20 juin 1985 et entrée en vigueur le même jour, la loi a prévu une application rétroactive du régime pour certaines victimes³⁸. Toutefois, étant donné les délais d'adoption des dispositions réglementaires susceptibles

35. *Loi sur la protection de la santé publique*, supra, note 1, art. 16.3. Ce renvoi paraît comporter une référence à l'ensemble du titre II de la *Loi sur l'assurance automobile*, L.R.Q., c. A-25, intitulé « L'indemnisation du dommage corporel », art. 2 à 48, dans la mesure de sa pertinence au calcul de l'indemnité.

36. Voir en ce sens, P.A. COTÉ, *Interprétation des lois*, Cowansville, Ed. Y. Blais, 1982, p. 332s., *Loi d'interprétation*, L.R.Q., c. I-16, art. 41.

37. Sous l'empire de la *Loi sur l'assurance automobile*, on a jugé que seules les indemnités qui y étaient prévues pouvaient être réclamées pour les dommages spécifiquement reconnus : *Vibert c. Bond*, (C.S. Mingan), 650-05-000085-861 et 650-05-000080-862, 1986-12-03, J.E. 87-160. Soulignons qu'en matière d'indemnisation reliée à une immunisation, des indemnités additionnelles pourraient être obtenues si la victime choisit d'intenter une poursuite en dommages-intérêts.

38. La *Loi modifiant diverses dispositions législatives concernant les affaires sociales*, L.Q. 1985, c. 23, prévoit à son article 26 le nom de ces victimes, dont Nathalie Lapierre.

de lui donner un aspect opérationnel, le législateur a dû à nouveau intervenir, cette fois, pour modifier la date d'entrée en vigueur et en étendre le bénéfice³⁹. En effet, ce n'est plus à compter du 20 juin 1985 qu'une victime d'une immunisation peut revendiquer un droit à la compensation, mais plutôt, à toute époque avant cette date, pourvu que la victime réclame une indemnité entre le 18 décembre 1987 et le 18 décembre 1990. Par ailleurs, soulignons que toute demande d'indemnisation antérieure ou postérieure à l'entrée en vigueur du régime est assujettie à une prescription de trois ans⁴⁰. Une semblable technique de repousser dans le temps l'application de la loi de façon successive et d'en ajouter les conditions suggère des modes d'interprétation susceptibles de refléter l'instabilité des règles et de confondre les bénéficiaires potentiels.

Mais il y a plus grave encore que ces problèmes d'application temporelle ; il faut aussi soulever les problèmes de fond sur le plan de la validité du régime. Le premier résultat de la portée du pouvoir réglementaire du Gouvernement « de déterminer les conditions auxquelles doit se soumettre la personne qui réclame une indemnité »⁴¹. Apparemment très large, nous soumettons que cette disposition se réfère à tout ce qui peut affecter la démarche de la victime auprès de l'autorité chargée d'indemniser, sur le plan formel de sa demande d'indemnité⁴². Mais les conditions qui ont été adoptées paraissent outrepasser le cadre de cette disposition.

En effet, certaines des conditions correspondent à la catégorie énoncée dans la Loi (déclaration, documents exigés, mode de transmission, computation des délais, transmission de la décision) ; les autres, toutefois, n'apparaissent pas de la même nature. Par exemple, dans les cas des dispositions visant l'entente et la création du comité d'évaluation, nous sommes d'avis que leur validité demeure contestable. Non seulement sont-elles exorbitantes des

39. *Loi modifiant la Loi sur la protection de la santé publique*, L.Q. 1987, c. 89, art. 1, ajoutant les articles 16.10 et 16.11. Il faut cependant observer que dans le règlement adopté en octobre précédent (voir note 30), était aussi prévue une disposition avec effet rétroactif (à l'article 22), mais comme l'indique P.A. COTÉ, note 36, à moins d'une mention dans la loi à cet effet, une telle rétroactivité n'était pas valable (p. 114-116). L'adoption de la loi en décembre 1987 a donc régularisé la situation. Il existait pourtant une disposition transitoire à l'article 27 de la Loi du 20 juin 1985 au même effet mais sa partie était restreinte à un objet précis du règlement.

40. *Supra*, note 1, art. 16.4. À cette règle sont apportées deux exceptions : en cas de décès, la prescription court à compter de la date du décès ; en cas de manifestation graduelle du dommage, le délai ne se prescrit qu'à partir de la première manifestation.

41. *Supra*, art. 69, g.1. Voir Règlement, chapitre X, *Règles relatives à l'application de la section III.1 de la Loi*, art. 233 à 258.

42. Lire en comparaison les articles 53 et 195(a) de la *Loi sur l'assurance automobile* ; voir aussi P.A. COTÉ, *supra*, note 36.

conditions à être définies par règlement, mais, au surplus, elles concernent des questions qui doivent faire l'objet de dispositions dans la loi⁴³. Il en est ainsi de l'octroi au ministre d'un pouvoir de conclure un contrat de la nature d'une entente de services avec la Régie de l'Assurance-Automobile du Québec (R.A.A.Q.) aux fins du régime d'indemnisation. En tant que pouvoir spécifique, il n'aurait pas de véritable fondement juridique⁴⁴; de plus, s'il était utilisé au-delà de l'objet du contrat, il pourrait constituer une délégation déguisée des pouvoirs du ministre à la Régie⁴⁵. Quant au comité d'évaluation, sa création et ses attributions ne sont pas mentionnées dans la loi, mais elles sont plutôt déterminées par le règlement qui lui confère le rôle primordial d'une instance avisant le ministre lors de la prise de décision d'indemniser⁴⁶. Suivant cette lecture, ces dispositions nous paraissent déborder du cadre d'application du régime d'indemnisation établi par la loi et seraient donc *ultra vires*.

Notre opinion n'a pas encore été, à notre connaissance, soumise au test d'une décision judiciaire. Dans la foulée de la Cour suprême dans *Metropolitan Stores*⁴⁷, il faut donc présumer de la validité des conditions d'application du régime d'indemnisation. On ne pourra toutefois en sous-estimer l'impact dans l'étude du processus décisionnel encadrant la demande d'indemnité qui apparaît, à plus d'un égard, comporter des lourdeurs risquant d'engendrer délais et confusion.

2.2. Les lourdeurs du processus décisionnel

Schématiquement énoncée dans la Loi, la procédure que doit obligatoirement suivre une victime réclamant une indemnité, est davantage détaillée dans le Règlement. Il importe d'examiner les différentes étapes du cheminement

43. On pourra se référer à G. PÉPIN et Y. OUELLETTE, *Principes de contentieux administratif*, Ed. Y. Blais, 2^e édition, 1982, p. 124.

44. À notre avis, seul le pouvoir général de contracter fondé sur la prérogative pourrait en assurer la validité. Il serait exclu de s'appuyer sur le pouvoir attribué par la *Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux*, L.R.Q., c. M-19, art. 10, qui ne vise que les contrats conclus avec un autre gouvernement ou l'un de ses ministères ou organismes. La situation juridique actuelle est toute autre que celle décrite en 1980 par A. LAJOIE, P.A. MOLINARI et J.M. AUBY, *Traité de droit de la santé*, Montréal, P.U.M. 1980, p. 824, sur la base de la loi d'alors, *Loi sur le ministère des Affaires sociales*, L.R.Q., c. M-23 dont l'art. 10 fut du reste modifié (L.Q., 1980, c. 11, art. 65) par la substitution des mots « tout gouvernement » par « un autre gouvernement », excluant du même coup l'extension du pouvoir de contracter avec les organismes du gouvernement du Québec comme c'est le cas de la R.A.A.Q.

45. Le texte de l'entente dont nous avons pu prendre connaissance prête le flanc à ces critiques.

46. Pour une étude de différents conseils et comités dans le secteur de la santé, voir A. LAJOIE, P.A. MOLINARI, J.M. AUBY, *supra*, note 44, p. 916-932 et 962-967. D'après notre relevé, ces organismes sont tous créés sur la base d'une disposition législative expresse.

47. *Manitoba c. Metropolitan Stores*, (1987) I R.C.S. 110.

d'une demande d'indemnisation adressée au ministre de la Santé puisque c'est à lui que revient la décision de recevoir ou non une demande (art. 251) pour les motifs indiqués⁴⁸.

Au stade de la recevabilité, le rôle du ministre apparaît plutôt restreint. Le réclamant doit fournir les informations utiles à sa demande de même que transmettre les documents dont le ministre peut requérir la production (art. 236 et 237). Notons toutefois que le ministre n'a pas le pouvoir d'exiger une telle production, non plus qu'il ne peut avoir accès directement aux renseignements sans le consentement du réclamant, bien que celui-ci semble tenu de le donner⁴⁹.

Comme l'indique le Règlement (art. 241 et 251)⁵⁰, avant de prendre sa décision, le ministre saisit un comité d'évaluation formé ponctuellement pour l'étude médicale du dossier. Composé de trois médecins dont l'un est nommé par le ministre, le second par le réclamant, le troisième, qui en est le président, par les deux autres membres, le comité se voit confié les fonctions d'évaluer le dommage subi, le lien de causalité et l'indemnité de même que celle de faire des recommandations sur ces éléments au ministre (art. 243). Tenant ainsi le rôle d'un expert technique, le comité peut être qualifié d'organe consultatif dont la procédure d'examen est menée dans un cadre informel⁵¹. Néanmoins, il est assujéti à un certain nombre d'obligations.

Plus spécifiquement, le comité doit établir un diagnostic et l'incapacité de la victime (art. 245) ; à ces fins, il doit effectuer un examen physique de la victime (art. 244). L'évaluation du comité doit porter sur les éléments pouvant le mener à conclure à l'existence d'un lien de causalité probable entre le dommage subi par la victime et l'immunisation à partir de considérations d'ordre médical, les unes émanant du certificat médical accompagnant la

48. L'article 256 du Règlement prévoit qu'une procédure ne peut être rejetée pour vice de forme.

49. Cette restriction énoncée à l'art. 236, 2^e al., du Règlement doit se lire à la lumière de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et la protection des renseignements personnels*, L.R.Q., c. A-2.1, a. 53 et s. Cependant, l'art. 67 de cette loi prévoit une exception à la règle du consentement, au bénéfice d'un organisme chargé d'appliquer une loi. Il est douteux que cette exception soit recevable dans les circonstances d'une demande d'indemnisation compte tenu de la portée spéciale de la restriction prévue au Règlement. Le ministre ne pourrait donc pas passer outre au refus de la victime et obtenir accès aux renseignements au motif de son devoir d'appliquer la loi ; la victime s'exposerait néanmoins à voir sa demande rejetée.

50. Nous avons déjà évoqué le problème présenté par la validité de ce texte ; il nous apparaît néanmoins utile d'étudier les fonctions du comité en application de la présomption de validité qu'il convient d'attribuer au Règlement.

51. Pour un examen général de ce type d'organismes, se référer à P. GARANT, *Droit administratif*, 2^e édition, Cowansville Édition Y. Blais, 1985, p. 405s., R. DUSSAULT et L. BORGEAT, *Traité de droit administratif*, 2^e édition, Québec, P.U.L., 1984, t. I, p. 149-150.

déclaration de la victime, les autres reliées à l'examen mené par le comité de même qu'à l'opinion du médecin expert, le cas échéant. Soulignons que le comité devra se contenter d'établir la probabilité du lien de causalité suivant les mots utilisés au Règlement (art. 243, al. 2); en d'autres termes, le comité verra à établir que l'immunisation peut être la cause directe, raisonnablement prévisible et vraisemblable du dommage subi par la victime, et ce, sans chercher à caractériser une faute dont l'existence n'a pas à être démontrée.

Une fois évalué le lien de causalité suivant ces paramètres, le comité utilise alors pour fixer le montant des dommages les tables correspondant au taux d'incapacité et au pourcentage d'atteinte à l'intégrité prévues dans le régime d'assurance automobile. Ces éléments sont incorporés aux recommandations que le comité adopte et motive avant de les transmettre au ministre pour qu'il prenne une décision. Le fait que soit confiée au comité une partie de la tâche d'évaluation n'exclut pas de conclure à l'exercice entier par le ministre du pouvoir décisionnel. Le pouvoir de décider du ministre, qu'il ne peut du reste déléguer⁵², nous semble de nature quasi-judiciaire⁵³, étant donné que le ministre demeure guidé par des normes particulières relatives à la recevabilité et à l'évaluation de l'indemnité, sous réserve d'une certaine marge de discrétion.

Le ministre rend sa décision après examen des recommandations du comité⁵⁴; la question se pose de savoir s'il est lié par celles-ci⁵⁵. Pour y répondre, rappelons que le rôle du ministre est, à ce stade, limité par la procédure d'examen d'ordre médical déjà menée par le comité portant sur l'évaluation du dommage, du lien de causalité et de l'indemnité. Sur les questions d'ordre médical, on peut donc difficilement admettre que le ministre écarte les conclusions du comité, à moins qu'elles ne soient manifestement erronées ou mal fondées. Dans le même ordre d'idées, le ministre ne pourrait pas modifier les recommandations du comité relatives aux indemnités déterminées en fonction des barèmes préétablis dans le régime d'assurance automobile.

52. Il s'agirait en l'espèce d'une illustration du processus de la décision institutionnelle. On peut lire, par analogie avec la situation des tribunaux administratifs, l'étude de P. BLACHE et S. COMTOIS, « La décision institutionnelle », (1986) 16 *R.D.U.S.* 645, spéc. p. 654 s.

53. Voir R. DUSSAULT et L. BORGEAT, *supra*, note 51, p. 303 s. spéc. p. 320-321. La décision permet en effet d'acquiescer un droit, non un privilège. Voir aussi P. GARANT, *supra*, note 51, p. 642.

54. Le Ministre ne pourrait donc pas valablement prendre une décision s'il ne soumettait pas le dossier au comité pour obtenir une évaluation des questions de son ressort. Voir *Hôpital Ste-Jeanne d'Arc c. Garneau*, [1961] R.C.S. 426.

55. P. GARANT, *supra*, note 51, p. 418, se réfère, entre autres, à la décision du *Centre Hospitalier Régina Ltée c. Johnson*, [1983] C.A. 455 où la Cour d'appel a déclaré, p. 463 : « À sa face même, une recommandation ne demeure qu'une recommandation ».

Le ministre pourrait toutefois invoquer des motifs d'ordre autre que médical qui n'auraient pas été apparents à la face même du dossier au moment de sa réception pour rendre une autre décision. Il ne pourrait pas, à notre avis, introduire d'autres éléments que la loi ne prévoit pas, comme, à titre d'exemple, l'intérêt public⁵⁶. Enfin, le ministre doit rendre sa décision par écrit et la motiver, ainsi que la faire parvenir au réclamant⁵⁷. Ce dernier peut, s'il n'en est pas satisfait, la porter en appel devant la Commission des affaires sociales (C.A.S.)⁵⁸.

Avant d'y venir, l'on conviendra que la durée du processus apparaît d'emblée suffisamment longue et chargée. Mais cela n'est pas tout. Dans l'optique du requérant, la procédure menée jusqu'ici ne lui garantit pas le droit d'être entendu. Certes, comme le prévoit le règlement⁵⁹, le comité d'évaluation peut décider de l'entendre mais rien ne l'y oblige. Par ailleurs, aucune contrepartie similaire n'existe à l'étape de la décision par le ministre⁶⁰. Bien que l'on puisse supposer l'existence d'un devoir d'agir équitablement auquel seraient soumis tant le ministre que le comité⁶¹, il serait plus avantageux d'assurer la présence du requérant. Mais, dans l'état actuel du régime, il faut pour cela attendre l'étape de l'appel, le cas échéant.

Le droit d'appel de toute décision en matière d'indemnisation des victimes d'immunisation paraît constituer un droit à un « procès *de novo* »⁶².

56. Dans la décision précitée, la Cour d'appel a toutefois considéré que la discrétion du ministre était suffisamment grande pour tenir compte du critère de l'intérêt public en regard des ressources financières que l'on retrouvait précisément énoncé dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-5. Mais le texte en question, à l'inverse de celui de la *Loi sur la protection de la santé publique*, pouvait recevoir une telle interprétation.

57. Règlement, *supra*, note 30, art. 251, 252. Précisons qu'à la différence des recommandations du comité, aucune disposition ne spécifie clairement l'obligation pour le ministre de motiver sa décision. Néanmoins, il nous semble inconcevable que la décision soit communiquée au réclamant sans en inclure les motifs. Nous pensons donc que, pour implicite qu'elle soit, l'obligation de motiver incombe également au ministre.

58. *Supra*, note 1, art. 16.7 ; voir également *Loi sur la Commission des affaires sociales*, L.R.Q., c. C-34, art. 21(j.1) et 32. Le délai d'appel est de quatre-vingt-dix jours.

59. Règlement, *supra*, note 30, art. 249 :

Le comité peut, dans l'exercice de ses fonctions, entendre la victime, ou le réclamant, lorsque la demande est soumise pour autrui ».

Il s'agit là d'une décision à la discrétion du comité qui se trouve dépourvu, par ailleurs, du pouvoir de contraindre la venue de témoins ou la production de documents.

60. Notons que le ministre n'a pas expressément reçu le même pouvoir d'entendre le réclamant bien que dans le projet de Règlement, publié en mai 1987, (1987) 119 G.O. II 2362, un article lui en attribuait la faculté. Le Règlement actuel ne l'a pas retenu.

61. Cette argumentation pourrait être défendue en dépit des contradictions relatives à la qualification des processus décisionnels dans la jurisprudence.

62. *Loi sur la Commission des affaires sociales*, *supra*, note 58, art. 23 et 38. On peut lire dans le contexte de la compétence d'appel de la C.A.S. sur les services de la santé et des services sociaux, les commentaires de A. LAJOIE, P.A. MOLINARI, J.M. AUBY, *supra*, note 44,

C'est l'hypothèse la plus plausible puisque ce n'est qu'au moment de l'appel que le réclamant pourra contester les éléments de base de la décision et apporter une contre-preuve. L'appelant pourrait faire valoir ce qu'il n'a pu faire jusque-là aux étapes antérieures, comme contester l'examen et l'expertise conduits devant le comité ou présenter son argumentation sur l'admissibilité des dommages et le lien de causalité en réponse aux évaluations du comité qui lui seraient alors accessibles⁶³.

La juridiction de la Commission s'exerce à l'égard d'une décision prise par le Ministre (et non par le comité) quant aux objets suivants : la recevabilité et l'admissibilité préalable d'une réclamation, l'acceptation ou le rejet d'une réclamation, la fixation de l'indemnité, l'évaluation du dommage. Bien qu'en principe, la décision de la C.A.S. soit finale et sans appel⁶⁴, elle n'échapperait pas au contrôle judiciaire de la Cour supérieure. Toutefois la partie qui entend contester la décision d'un organisme (entendu ici au sens large) doit épuiser les recours qui lui sont offerts, comme l'appel. Sa requête en évocation serait donc rejetée comme étant prématurée au motif de l'existence du recours d'appel qui demeure le plus approprié⁶⁵.

La possibilité de recourir ultimement aux tribunaux judiciaires dans le cadre de recours extraordinaires pourrait dans certains cas marquer le début d'une autre étape du processus d'indemnisation. Qu'il suffise d'évoquer la possibilité de prendre un tel recours pour forcer à effectuer le paiement de l'indemnité une fois la décision rendue mais non exécutée, ou pour excès de juridiction, ou encore, en vue d'attaquer la validité du règlement. Trois requêtes présentées devant la Cour supérieure en 1988 et portées à notre connaissance témoignent de ces arguments⁶⁶. L'une d'elles constitue du reste

p. 1029-1030. Il nous semble qu'ils s'appliquent également quant à la portée de l'appel devant la C.A.S. en matière d'indemnisation des victimes d'immunisation, conformément aux *Règles de preuve, de procédure et pratique de la Commission des affaires sociales*, R.R.Q., 1981, c. C-34, r. 1, art. 12 et s.

63. *C.A.S. c. Mess*, [1985] C.A.S. 205 (C.A.). Dans cette affaire, la Commission avait refusé à l'appelant la communication du rapport ayant servi à la décision. Cette décision contestée par voie d'évocation a été annulée par la Cour supérieure et par la Cour d'appel.

64. *Loi sur la Commission des affaires sociales*, *supra*, note 58, art. 25. Le C.A.S. peut disposer de l'appel de la manière appropriée, à savoir, confirmer ou infirmer la décision du Ministre et, dans ce cas, rendre la décision qui aurait dû être rendue.

65. Art. 846, C.P.C. ; P. GARANT, *supra*, note 51, p. 844. Voir aussi *Johnson c. C.A.S.*, [1980] C.A. 22.

66. *Paulette Lapierre c. Le Ministre de la Santé et des Services sociaux*, C.S.M. dossier n° 500-05-004655-880, *Suzel Hébert c. Le Ministre de la Santé et des Services sociaux*, C.S.M. dossier n° 500-05-004654-883, *Pierre Lanthier c. Le Ministre de la Santé et des Services sociaux*, C.S.M. dossier n° 500-05-004656-888. Nous tenons à remercier M^e Jean Bernier, procureur des requérants, de nous avoir communiqué ces documents avec ses commentaires.

un épilogue à l'affaire *Lapierre* ayant eu pour cadre la poursuite en dommages-intérêts entreprise contre le Gouvernement et le fabricant du vaccin. Au moment de l'adoption de la loi instaurant le nouveau régime d'indemnisation, en juin 1985, Nathalie Lapierre s'en voyait reconnaître le bénéfice d'application à la condition, semblait-il, de respecter la procédure relative à la demande d'indemnité dans le cadre de ce régime⁶⁷. Or, il ne lui a été possible de le faire qu'à partir de novembre 1987 au moment de l'adoption du règlement précisant les conditions d'une telle demande. Ce n'est toutefois qu'au mois d'août 1988 que lui était communiquée la décision du ministre⁶⁸; l'introduction d'une requête en évocation, *mandamus* et demande de réparation en avril précédent ne fut peut-être pas étrangère à la « célérité » du processus. Cette procédure visait les conclusions principales suivantes : outre celle d'obliger le ministre à rendre une décision, déclarer nul le règlement, reconnaître le défaut et la perte de juridiction du ministre, et fixer l'indemnité. Divers motifs au soutien de l'évocation étaient invoqués : entre autres, l'on retrouvait la mention du caractère *ultra vires* de la procédure, la violation des principes de justice fondamentale ainsi que la délégation illégale à la R.A.A.Q.⁶⁹.

Bien que la Cour supérieure n'ait pas eu en l'espèce l'occasion de se prononcer sur un tel recours⁷⁰, nous croyons utile de noter l'abondance des arguments favorables au développement d'un contentieux spécifique au régime d'indemnisation des victimes d'immunisation à moins que le législateur ne décide de remédier lui-même aux lacunes et aux difficultés juridiques qu'on y retrouve.

Il nous apparaît plus souhaitable que le législateur prenne une part active à l'établissement des solutions en faveur des victimes d'immunisation. À ce titre, on peut proposer les avenues suivantes : corriger par des modifications législatives les « oublis » relatifs à l'existence du comité d'évaluation et à l'entente avec la RAAQ, revoir la procédure d'examen du dossier d'une demande d'indemnité en prévoyant de façon plus détaillée les droits du requérant, préciser le renvoi aux règles de calcul des indemnités en les

67. *Supra*, note 2.

68. Copie de cette décision en date du 5 août 1988 nous a été transmise par M^e Jean Bernier, procureur de madame Lapierre. Certes, l'obligation qui fut faite à cette dernière, en tant que représentante légale de Nathalie, de présenter à nouveau un dossier à l'appui de sa demande et de le soumettre pour examen auprès du comité d'évaluation médicale a pu paraître dans les circonstances particulièrement redondante.

69. Voir les paragraphes 28 et 29 de la requête dans le dossier Lapierre. Les conclusions initiales de la requête furent cependant modifiées pour tenir compte des faits nouveaux consécutifs à la décision rendue par le ministre.

70. Au moment d'écrire ces lignes, nous avons appris que la cause dans l'affaire *Lapierre* avait été retirée et les autres remises *sine die*. Ces affaires sont maintenant pendantes devant la C.A.S.

adaptant au contexte de l'immunisation. D'autres améliorations pourraient également être apportées sur le plan du processus politique et administratif : accélérer l'étude des dossiers, favoriser l'accès aux informations et la conciliation, accroître le financement et la visibilité du régime. Ces propositions sont partielles ; nous ne doutons pas que la mise en place du régime d'indemnisation a permis et permettra de minimiser la situation des victimes d'immunisation. Mais il ne faudrait pas qu'en dépit de cette réponse, les lacunes et les avatars du régime en soient occultés ne laissant d'autre choix aux victimes que de se tourner vers la responsabilité civile ordinaire.

Conclusion

L'immunisation, dont les bienfaits et les bénéfices sont appréciables, constitue aujourd'hui comme hier un excellent moyen de protéger la santé publique. Après avoir admis que la vaccination, en tant que méthode d'immunisation, comprend des risques certains et inévitables, il faut donc pouvoir en tirer les conclusions qui s'imposent. D'une part, les contrôles actuellement insuffisants devraient être augmentés ; d'autre part, l'information disponible, ou celle qui devrait l'être, demeure incomplète et devrait être plus largement diffusée. Les arguments prétendant que de telles mesures correctives entraîneraient une pénurie de produits et qu'elles éloigneraient les usagers potentiels, peuvent être réfutés par l'affirmation au contraire que ces mesures visent la recherche de la qualité et du respect de la personne.

À ce titre, on peut déjà y associer les conséquences indirectes mais non moins réelles de la création d'un régime public d'indemnisation des victimes d'immunisation. En vue d'en assurer une saine gestion, il devient essentiel d'abaisser à un seuil minimal les risques du recours à la vaccination en resserrant les contrôles des vaccinations de façon à améliorer les propriétés qualitatives des vaccins et la protection de l'intégrité humaine. C'est précisément sur ces points que paraît avoir échoué la responsabilité civile⁷¹ dans la mesure où la compensation de la victime devant nécessairement conduire à la sanction de la conduite du responsable de son préjudice dans l'élaboration du produit ou l'administration du vaccin, n'a pas modifié les comportements fautifs⁷².

71. Pour une critique des principes de la responsabilité civile comme moyen de compensation des victimes d'immunisation, on pourra se référer à W. K. MCINTOSH, *supra*, note 28, p. 609, de même qu'à M. GOUDREAU, *supra*, note 2, p. 472 et à S. A. STURGES dans « Vaccine Related Injuries : Alternatives to the Tort Compensation System », (1986) 30 *St-Louis U.L.J.* 919, spéc. p. 934. De plus, à titre de cadre de référence globale, voir G. VINEY, *Le déclin de la responsabilité individuelle*, L.G.D.J., Paris, 1965.

72. Si l'on se fie à l'expérience américaine, on a plutôt assisté à la disparition progressive des fabricants de vaccins devant les montants astronomiques que ceux-ci se voyaient condamnés à payer, pour aboutir à un sérieux problème d'approvisionnement.

Mais les effets du régime public d'indemnisation pourraient néanmoins s'avérer limités. En dépit de sa marginalisation actuelle, le maintien de la responsabilité civile constitue une concession nécessaire à la reconnaissance du fardeau collectif de supporter l'impact des dommages individuels résultant d'une éventuelle faute individuelle. Ainsi, la coexistence d'un régime de responsabilité basé sur la faute et d'un régime de responsabilité sans faute illustre la difficulté, non seulement d'un point de vue juridique, mais également d'un point de vue politique, de bouleverser les rapports entre les personnes privées et publiques.

Quoi qu'il en soit, chacune de ces solutions, dès lors qu'est reconnu le besoin de compenser les victimes d'immunisation, présentent des avantages et des inconvénients dont la balance penche toutefois favorablement du côté du régime d'indemnisation⁷³. En effet, on peut attribuer à la responsabilité civile les désavantages suivants : procédure longue, coûteuse et contradictoire, preuve difficile menant le plus souvent à une bataille d'experts dont l'issue comporte une certaine part d'injustice si elle est défavorable à la victime et dont l'effet d'exemplarité demeure à peu près nul. Par contre, le régime de la responsabilité civile offre la possibilité d'une compensation pleine et entière mieux adaptée aux conditions propres de la victime. Le régime d'indemnisation public projetée, en comparaison, une image tout à fait contrastante. Les désavantages de la responsabilité civile deviennent ses points forts : procédure informelle et rapide, références à des normes générales, répartition plus équitable des fonds de compensation entre les victimes, accroissement possible de la vigilance gouvernementale. En revanche, le régime public comporte des failles sur le plan de l'adéquation des indemnités limitées consenties à la victime et de l'admissibilité restrictive des dommages.

Certains diront qu'il s'agit là d'un moindre mal et qu'en tout état de cause, l'existence d'un tel régime d'indemnisation contribue à une redistribution des bienfaits collectifs tirés de l'immunisation en rapport avec la protection de la santé publique, compte tenu des risques assumés individuellement par les sujets vaccinés⁷⁴. En rétablissant l'équilibre momentanément rompu entre le bien-être collectif et le bien-être individuel, du moins partiellement, sous une forme monétaire, l'État procure ainsi l'équivalent d'un droit à la sécurité à l'avantage des victimes d'immunisation⁷⁵.

Le recours aux vaccinations permet de poser l'hypothèse qu'il existe un droit spécifiquement reconnu à la prévention, bien qu'embryonnaire, pour se

73. J.G. FLEMING, « Drug Injury Compensation Plans », (1983) 22 *U.N.B.L.J.* 9.

74. Voir W.K. MCINTOSH, *supra*, note 28, p. 609.

75. On pourrait en effet assimiler le régime d'indemnisation à un programme de sécurité sociale dont la reconnaissance est basée sur un « droit à la sécurité » tel que développé par M. DAHAN, *Sécurité sociale et responsabilité*, L.G.D.J., Paris, 1963.

faire l'écho de la thèse des professeurs Lajoie, Molinari et Auby⁷⁶. On peut prétendre que corrélativement à ce droit à la prévention se reconnaît un droit à la compensation lié à l'instauration d'un régime public d'indemnisation des dommages résultant d'une immunisation. Même limité par les conditions qui le supportent, ce droit à la compensation peut également être exercé dans le cadre de la responsabilité civile traditionnelle. Il n'empêche que les vaccinations, à titre d'actes médicaux et de services de santé soumis aux règles générales du droit de la santé, constituent un premier exemple de l'implication de l'État dans la compensation des « accidents » reliés à la protection de la santé. Ce n'est toutefois pas par hasard qu'il en est ainsi.

Cette sélection procède de la logique inhérente au recours à la vaccination que nous avons évoquée. Par ailleurs, le petit nombre de victimes, le plafonnement des indemnités accordées et la méthode de financement retenue à partir de la masse globale des impôts versés au fonds consolidé du revenu sont autant d'indices révélateurs du choix d'une solution économiquement défendable et politiquement valorisante⁷⁷. Il est à espérer que l'application du régime d'indemnisation soit faite dans le même esprit et qu'une fois corrigées certaines technicalités juridiques, les victimes puissent réellement bénéficier d'un traitement équitable.

76. Voir A. LAJOIE, P.A. MOLINARI et J.M. AUBY, *supra*, note 44, p. 82 s. où l'on retrouve développée la thèse du droit aux services de santé.

77. Il faut toutefois admettre que l'absence de débats à l'Assemblée nationale lors de la présentation de la loi créant le régime en mai 1985 et de son adoption en fin de session (et presque en fin de mandat du Gouvernement du parti québécois) ne permet pas d'en comprendre la pleine expression politique.