

**RAPPORT AU MINISTRE
PRÉSENTÉ PAR LE COMITÉ CONSULTATIF DE RÉVISION
DE LA DÉFICIENCE INVALIDANTE**

Le présent document contient le rapport et les recommandations du Comité consultatif de révision de la déficience invalidante qui a été chargé de réévaluer la définition de « déficience invalidante ». Les recommandations qui suivent correspondent au mandat du Comité, à savoir réviser la définition de « déficience invalidante » donnée dans la *Loi de 1996 sur la stabilité des taux d'assurance-automobile* et proposer des mises au point pertinentes.

Les membres du Comité ont aussi été priés de faire particulièrement référence à des modifications qui pourraient améliorer la façon dont cette définition se répercute sur les enfants.

Le rapport est présenté de la façon suivante : chaque recommandation ou recommandation secondaire est exposée sous un en-tête distinct et suivie d'une brève discussion sur les délibérations du Comité et de la conclusion finale exprimée dans la recommandation.

Lorsque le ministre aura eu la possibilité d'examiner les propositions, le Comité dans son ensemble ou un de ses membres sera heureux de rencontrer M. Young ou un autre représentant du gouvernement pour répondre à toute question ou développer les recommandations. Nous serons également heureux de donner suite aux questions ou aux observations d'intervenants. Les membres du Comité désirent aussi signaler au ministre que bien que l'équité à l'égard de tous les titulaires de police ait été un critère dont ils ont tenu compte dans leurs recommandations en vue d'éliminer les lacunes et les iniquités de la définition actuelle, l'équité à l'égard de tous les titulaires de police en ce qui concerne les coûts est tout aussi importante. Au moment de la rédaction du présent rapport, les coûts actuariels n'avaient pas encore été déterminés. Le Comité reconnaît que le gouvernement préconise la « stabilité des taux » aussi bien que l'équité, mais en raison du court délai qui lui a été accordé pour terminer son rapport, il lui a été impossible d'examiner la question des coûts. Nous comprenons que l'actuaire continuera de se charger de cet aspect, permettant ainsi au gouvernement d'examiner la question de la stabilité des taux, mais nous devons signaler que nous n'avons jamais eu la possibilité d'aborder ce sujet.

Le Comité a accepté son mandat qui était de tenter d'établir un équilibre entre, d'une part, le remaniement de la définition de « déficience invalidante » en vue d'éliminer les iniquités ou les injustices qu'elle comporte et, d'autre part, le maintien de la stabilité des taux. Pour autant que la stabilité des taux soit une question prioritaire pour le gouvernement, le Comité se préoccupe du fait que ses recommandations n'ont pas encore mises à l'épreuve à cet égard.

Enfin, le Comité aurait préféré avoir eu le choix de non seulement peaufiner la définition de « déficience invalidante », mais de la remanier intégralement. Le Comité est d'avis qu'en général, cette définition peut être impraticable et, à de nombreux égards, injuste. De plus, même en ce qui concerne le mandat qui leur a été confié, les membres ont pour la plupart trouvé qu'ils n'ont pas eu assez de temps pour approfondir le sujet autant qu'ils l'auraient souhaité.

MEMBRES DU COMITÉ CONSULTATIF

On trouvera à l'annexe A du présent rapport la liste des membres du Comité ainsi que leur domaine de compétence respectif. Vous constaterez, nous en sommes convaincus, que ce Comité était composé de personnes qui possèdent une vaste expérience dans leur domaine particulier. Tous les membres ont consacré beaucoup d'heures de travail bénévole à l'analyse de publications médicales, à la recherche d'informations, à la participation à des réunions et à des groupes de discussion ainsi qu'à la révision d'avant-projets de loi afin de faciliter les travaux et les conclusions du Comité. À titre de président, je désire transmettre mes remerciements à tous les membres qui, sans exception, ont dépassé de loin ce que l'on attendait d'eux.

RECOMMANDATION N° 1

Le Comité recommande de conserver telles quelles les dispositions suivantes de la définition :

- a) la paraplégie ou la quadriplégie;
- d) la cécité complète.

On juge que ces dispositions sont claires et que les déficiences décrites correspondent à une blessure invalidante qui justifie l'accès éventuel aux plafonds des diverses indemnités d'accident. Cette recommandation a rallié l'unanimité des membres du Comité.

RECOMMANDATION N° 2

Le Comité recommande de remplacer les alinéas b) et c) qui sont présentement rédigés ainsi :

- b) l'amputation des deux bras ou une autre déficience entraînant la perte totale et permanente de leur utilisation;
- c) l'amputation à la fois d'un bras et d'une jambe ou une autre déficience entraînant la perte totale et permanente de leur utilisation;

par ce qui suit :

- b) l'amputation ou une déficience entraînant la perte totale et permanente de l'utilisation :**
 - (i) des deux bras;**
 - (ii) des deux jambes; ou**
 - (iii) à la fois d'un bras et d'une jambe.**

Cette modification vise principalement à inclure dans la définition la perte permanente de l'utilisation ou l'amputation des deux jambes. Selon les *Guides* de l'AMA, la perte des deux

jambes se traduit par une déficience de 55 pour cent de l'organisme dans son ensemble. Cependant, l'opinion générale du Comité a été que la perte des deux jambes par suite d'une amputation ou la perte permanente de leur utilisation est de nature si invalidante, peu importe l'adaptation que peuvent permettre des prothèses appropriées, qu'une modification devrait être apportée pour assurer l'accès aux niveaux supérieurs des indemnités. Ceci s'applique particulièrement à une personne qui a subi une perte permanente de l'utilisation de ses deux jambes et pour qui, certainement initialement et peut-être à long terme, le coût des soins auxiliaires pourrait excéder 3000 \$ par mois. Dans le même ordre d'idées, relativement aux indemnités pour soins médicaux et de réadaptation, si une personne perd l'utilisation de ses deux jambes et doit avoir recours à des prothèses, le coût de remplacement de ces prothèses au cours des dix premières années seulement pourrait excéder de beaucoup 100 000 \$. Quant à ce que le grand public qualifierait de « déficience invalidante », le Comité estime qu'une personne ayant perdu les deux jambes serait généralement considérée, aux yeux du profane, comme ayant subi une déficience invalidante.

Plutôt que de déterminer si une personne ayant une autre déficience en plus de la perte de l'utilisation de ses deux jambes est admissible selon les critères d'une déficience d'au moins 55 pour cent de l'organisme dans son ensemble, le Comité estime que l'accès anticipé à tous les soins auxiliaires, médicaux et de réadaptation, peu importe le plafond de 100 000 \$, est impératif pour cette personne.

Le Comité désire aussi informer le ministre que ses membres ont discuté longuement en vue de déterminer si la perte d'une jambe par suite d'une amputation au-dessus du genou, au-dessous du genou ou totale doit être qualifiée de déficience invalidante. Le Comité reconnaît que la perte d'une jambe dans l'une ou l'autre de ces circonstances ne correspond pas aux critères d'une déficience d'au moins 55 pour cent de l'organisme dans son ensemble si l'on tient compte seulement de la perte de la jambe. Cependant, il se préoccupe du fait qu'on n'a pas prévu dans les mesures législatives qu'un jeune homme ou une jeune femme ayant subi la perte d'une jambe lors d'un accident n'aurait pas accès à des indemnités pour soins médicaux et de réadaptation suffisantes pour couvrir le coût de remplacement des prothèses pendant le reste de leur vie. Le plafond des 100 000 \$ serait tout simplement insuffisant, étant donné que la complexité et les coûts des prothèses augmentent sans cesse. Bien que le Comité reconnaisse que le Programme des appareils et accessoires fonctionnels (PAAF) couvre les coûts dans une certaine mesure et constitue une assurance au premier risque en plus de l'assurance personnelle, il a souligné qu'en dépit d'un accès total au PAAF, le plafond de 100 000 \$ ne suffirait pas à couvrir les frais de prothèses pendant toute une vie. Il a également signalé que le PAAF n'est qu'un régime, qu'il n'est pas régi par la loi et que, par conséquent, il peut être retiré en tout temps.

Les membres du Comité suivants - M. Stephen E. Firestone, D^r Harold Becker, D^r Peter Rummey, D^r Bob Gates et D^r Fait Kaplan - ont recommandé de modifier la définition de « déficience invalidante » afin d'inclure la perte d'une jambe ou la perte d'un bras. Les membres qui n'ont pas appuyé cette recommandation sont M. Steven Whitelaw, M^{me} Carol Jardine et M^{me} Philippa Samworth.

En revanche, les membres du Comité ont convenu d'un commun accord que le gouvernement devrait envisager de créer une garantie complémentaire qui permettrait aux personnes amputées d'un bras ou d'une jambe d'avoir accès à des fonds pour couvrir le coût des prothèses pendant toute leur vie, en plus du plafond de 100 000 \$ pour les déficiences non invalidantes. Autrement dit, une personne qui a perdu une jambe seulement, bien qu'elle n'ait pas subi une déficience invalidante, aurait accès à une garantie complémentaire en sus des 100 000 \$ qui couvrirait particulièrement le coût des prothèses, sous réserve de ce que le PAAF peut lui accorder. Cependant, on a fait remarquer que cette garantie complémentaire proposée est peut-être déjà offerte aux personnes admissibles aux indemnités facultatives pour soins médicaux et de réadaptation en vertu du système actuel.

RECOMMANDATION N° 3

Cette partie traite de la recommandation du Comité concernant la déficience cérébrale visée à l'alinéa e) de la définition qui est rédigé comme suit :

- (v) une déficience cérébrale qui, à l'égard d'un accident se traduit :
 - (i) soit par un résultat de 9 ou moins selon la classification appelée « Glasgow Coma Scale », telle qu'elle figure dans l'ouvrage de B. Jennett et G. Teasdale intitulé *Management of Head Injuries*, Contemporary Neurology Series, volume 20, F.A. Davis Company, Philadelphia, 1981, d'après une épreuve administrée dans un délai raisonnable après l'accident par une personne formée à cette fin,
 - (ii) soit par un résultat de 2 (*vegetative*) ou 3 (*severe disability*) selon la classification appelée « Glasgow Outcome Scale », telle qu'elle figure dans l'ouvrage de B. Jennett et M. Bond intitulé *Assessment of Outcome After Severe Brain Damage*, Lancet i:480, 1975, d'après une épreuve administrée plus de six mois après l'accident par une personne formée à cette fin.

Le Comité a partagé ses recommandations relatives à cette portion de la définition en deux éléments. Le premier se rapporte à la partie qui traite du résultat de 9 ou moins selon la classification appelée « Glasgow Coma Scale » (échelle de Glasgow).

Le Comité recommande de conserver cette partie sous réserve de quelques modifications mineures. La raison qu'il invoque à cet égard est le mandat confié par le ministre qui ne permettait qu'une mise au point de la définition. En général, les membres du Comité sont d'avis que l'indice fixé à 9 ou moins selon l'échelle de Glasgow pourrait être injuste pour certaines personnes et permettre d'augmenter le plafond des indemnités pour soins médicaux et de réadaptation pour d'autres personnes pour qui ces soins ne sont peut-être pas nécessaires. Le

Comité fait remarquer que l'échelle de Glasgow n'a pas pour objet d'établir un pronostic à long terme et qu'il n'existe pas de recherches médicales reconnues qui appuient l'opinion selon laquelle un résultat de 9 ou moins se traduira ou non par une déficience invalidante. Cependant, compte tenu du délai limité qui lui a été accordé pour remanier la définition de « déficience invalidante » et du mandat précisant qu'il ne devait pas entreprendre de remplacer cette définition, le Comité recommande d'apporter les modifications suivantes :

- a) Les mots « dans un délai raisonnable après l'accident » devraient être éliminés. Cette disposition introduit un certain élément d'incertitude dans l'application de la définition. Selon le Comité, l'objet principal de cette définition est de faire ressortir la causalité; autrement dit, de démontrer, compte tenu du moment de l'épreuve, que le résultat obtenu d'après l'échelle de Glasgow se rapportait clairement à l'accident de voiture. Le Comité soutient respectueusement que la définition du terme « accident » associée à l'introduction sous l'en-tête « déficience cérébrale » exige un lien causal direct entre la déficience cérébrale et le résultat obtenu d'après l'échelle de Glasgow et qu'en conséquence, l'introduction est redondante.
- b) La deuxième recommandation propose l'ajout d'une nouvelle disposition sous l'en-tête « déficience cérébrale » afin d'inclure les cas où l'échelle de Glasgow n'est pas administrée, particulièrement dans les hôpitaux des régions rurales. Bon nombre des praticiens de la santé membres du Comité de même que des membres qui représentent des victimes savent par expérience que dans les régions rurales ou difficilement accessibles, bien souvent, le personnel hospitalier ou les ambulanciers n'administrent tout simplement pas cette échelle. Le Comité estime que cette situation est injuste pour les personnes qui enregistreraient un résultat de 9 ou moins si l'épreuve était administrée. En conséquence, pour tenir compte de cette situation plutôt limitée, le Comité recommande d'ajouter la définition suivante sous l'alinéa e) actuel, comme sous-alinéa additionnel :

un épisode de perte de connaissance qui correspond à un résultat de 9 ou moins selon la classification appelée « Glasgow Coma Scale », comme il est indiqué dans le sous-alinéa (i), et qui a été observé par une personne formée à cette fin et noté dans le dossier médical de la personne assurée;

Le Comité souligne que l'élément important de cette disposition est essentiellement qu'une personne sera admissible seulement si une période de perte de connaissance a été observée, par exemple par un médecin à l'hôpital, et si cette observation est consignée dans le dossier médical. Les membres du Comité qui sont des praticiens de la santé sont convaincus qu'il existe des tests et des observations dont les résultats notés dans le dossier peuvent permettre à un praticien de la santé d'établir clairement que la personne blessée aurait enregistré un résultat de 9 ou moins si l'épreuve avait été administrée. Le Comité croit que cette disposition n'introduira pas d'éléments d'incertitude ou de controverse dans la définition, mais assurera aux personnes qui auraient été admissibles, selon la première partie de l'épreuve, aux niveaux d'indemnités auxquels elles auraient eu droit si ce n'était de l'emplacement de l'hôpital où elles ont été conduites. Cette

recommandation a reçu l'appui de tous les membres du Comité.

Le deuxième partie de la recommandation traite de l'échelle appelée *Glasgow Outcome Scale*. Les membres recommandent de modifier de la façon suivante le sous-alinéa e) (ii) mentionné ci-dessus :

un résultat de 3, 4, ou 5 selon la classification appelée *Extended Glasgow Outcome Scale* telle qu'elle figure dans l'ouvrage de J.T. Lindsay Wilson, Laura E.L. Pettigrew et Graham M. Teasdale intitulé *Structure Interviews for the Glasgow Outcome Scale and the Extended Glasgow Outcome Scale: Guidelines for their Use*, *Journal of Neurotrauma*, 15, 573-585, 1998, d'après une épreuve administrée plus de six mois après l'accident par une personne formée à cette fin;

Depuis la publication initiale de la *Glasgow Outcome Scale* (GOS) en 1975, comme il est mentionné dans la définition courante, deux tendances apparaissent clairement dans les publications scientifiques sur les traumatismes crâniens. Premièrement, malgré l'élaboration de diverses autres méthodes et échelles d'évaluation du pronostic d'un traumatisme crânien, la GOS est demeurée l'outil prépondérant dans ce domaine. Deuxièmement, plusieurs études ont démontré de façon constante que cette échelle ne prévoit pas de distinction suffisamment marquée entre les deux niveaux médians « *severe disability* » (résultat de 3) et « *moderate disability* » (résultat de 4). En fait, dans de nombreux cas, il est difficile d'établir une différence significative entre les personnes dans ces deux catégories lorsqu'une déficience cognitive et une déficience sur le plan social et professionnel sont mises en contraste.

Le groupe clinique qui a élaboré à l'origine la GOS, étant conscient des deux tendances mentionnées ci-dessus, a publié récemment une description d'une échelle révisée - la *GOS Extended* (GOS-E) - et un protocole d'évaluation objective complémentaire pour déterminer le classement dans les différentes catégories de résultat. La GOS-E est donc une échelle étendue de 8 points. L'annexe B ci-jointe présente une comparaison entre les deux échelles qui vous aidera à analyser nos recommandations en vue de modifier la définition actuelle fondée sur la GOS afin de faire référence à la GOS-E

Après une analyse des observations d'autres intervenants, le Comité a constaté qu'aux termes de la définition courante, certaines personnes qui auraient enregistré un résultat de 4 (*moderate disability*) selon la GOS originale n'auraient pas été considérées comme personnes souffrant d'une déficience invalidante. Ce critère pourrait exercer arbitrairement une discrimination contre certaines personnes qui devraient être réputées souffrir d'une déficience invalidante.

En conséquence, le Comité juge qu'il serait utile d'évaluer l'utilisation de la GOS-E en vue de l'appliquer dans le cadre de sa nouvelle définition de « déficience invalidante ».

Il convient de signaler que certains membres du Comité craignent que le remplacement de l'échelle originale par l'échelle étendue contribue à augmenter le nombre de personnes qui

pourraient être considérées comme victimes d'une déficience cérébrale sans nécessairement être atteintes d'une déficience invalidante. Cependant, la GOS-E permet de déterminer avec plus de précision les personnes accidentées qui ont subi une déficience invalidante. Le groupe visé par le niveau 5 proposé pour déterminer les victimes de déficience invalidante serait composé de personnes : 1) qui sont incapables de travailler ou qui pourraient occuper seulement un emploi adapté ou non concurrentiel; 2) qui sont incapables de prendre part (ou rarement, le cas échéant) à des activités sociales ou de loisirs à l'extérieur de la maison; 3) qui, en raison de troubles psychologiques, manifestent de façon constante un comportement inacceptable qui perturbe leurs rapports avec les membres de leur famille et leurs amis.

Le Comité ne disposait pas des données statistiques qui lui auraient permis d'évaluer les répercussions de cette recommandation sur le système. Bien que la comparaison entre l'ancienne et la nouvelle échelle présentée dans l'annexe ci-jointe facilite cette évaluation dans une certaine mesure, nous n'avons pas eu accès à des statistiques grâce auxquelles nous pourrions vous indiquer avec certitude le pourcentage des personnes qui seraient considérées comme souffrant d'une déficience invalidante si cette recommandation était adoptée. Ce que le Comité peut toutefois avancer est que le changement contribuerait à accroître le nombre de personnes réputées être victimes d'une déficience invalidante, mais non dans une proportion statistiquement significative. On suppose que bon nombre des personnes jugées atteintes d'une déficience invalidante selon la GOS-E, après six mois, auraient déjà été classées dans cette catégorie selon l'échelle de Glasgow ou le seraient d'après la définition d'une déficience d'au moins 55 pour cent donnée dans l'ouvrage de l'AMA. En conséquence, le changement dans le nombre de ces victimes serait très minime.

Bien que le Comité dans son ensemble ait appuyé le remaniement de la définition pour inclure l'utilisation de la GOS-E qui, selon lui, remplacera bientôt la GOS dans le cadre clinique, les membres n'étaient pas tous d'accord pour adopter ce changement sans tenir compte des coûts et de l'augmentation possible des primes.

On trouvera à l'annexe C du présent rapport un bref commentaire de M^{me} Carol Jardine, de la Royal & SunAlliance Company of Canada, qui exprime ses préoccupations concernant le manque de données sur les coûts ainsi que sur d'autres aspects.

De plus, le Comité n'a pas pu déterminer si l'une ou l'autre de ses recommandations aura pour conséquence d'augmenter les frais d'examen prévus à l'article 24 ou d'entraîner des frais d'administration pour les assureurs, en raison des examens ou des évaluations dans des CED que devront subir les personnes qui demandent l'admissibilité en vertu des nouvelles définitions. En revanche, la clarté et la précision accrues de la GOS-E assurent une évaluation et une détermination plus fiables de la déficience invalidante. Cette précision pourrait contribuer à réduire les coûts liés aux évaluations, ainsi que les sources de litiges.

RECOMMANDATION N° 4

La partie des recommandations qui suit porte sur les dispositions f) et g) de la définition. Nous ne recommandons pas de remanier ces dispositions, mais plutôt d'en ajouter une nouvelle qui concernerait les personnes qui ont souffert d'un traumatisme important durant les deux premières années après l'accident, mais qui pourraient en définitive être considérées comme victimes d'une déficience invalidante aux termes des dispositions f) et g).

En deuxième lieu, nous recommandons de ne pas formuler les dispositions f) et g) de façon indépendante l'une de l'autre. Autrement dit, selon la formulation actuelle, une personne blessée peut être considérée comme souffrant d'une déficience invalidante qui se traduit par une déficience d'au moins 55 pour cent de l'organisme dans son ensemble, ou par un trouble mental ou un trouble du comportement. Nous recommandons de prévoir qu'une personne assurée puisse combiner les deux types de déficience qui, ensemble, correspondront à une déficience invalidante. À notre avis, si cette disposition ne figurait pas dans le projet de règlement, c'est qu'on croyait que les *Guides* de l'AMA ne prévoient pas de processus pour combiner une déficience physique et un trouble mental ou un trouble du comportement. Un examen des *Guides* de l'AMA a en fait révélé qu'il existe un tel processus. Le Comité estime que si l'on omet cette disposition, bon nombre des personnes qui manifestent clairement une déficience invalidante en raison d'une combinaison de problèmes physiques et de problèmes du comportement n'auraient pas accès à des soins auxiliaires, à des services de gestionnaire de cas, sans parler des indemnités pour soins médicaux et de réadaptation.

En ce qui concerne la première recommandation mentionnée ci-dessus, le Comité a consacré beaucoup de temps à discuter du fait qu'il existe des personnes qui sont gravement blessées immédiatement après l'accident et qui peuvent avoir besoin de soins auxiliaires de niveau élevé (de plus de 3000 \$ par mois) au cours des 104 premières semaines et nécessiter un peu plus que 100 000 \$ en indemnités pour soins médicaux et de réadaptation. En ce moment, ces personnes n'ont pas droit à ces niveaux d'indemnités parce qu'elles ne satisfont à aucune des dispositions de la définition de « déficience invalidante » sauf, peut-être, celle relative à la déficience d'au moins 55 % de l'organisme dans son ensemble et, pour cette évaluation, elles doivent attendre que leur état se stabilise, ou trois ans après l'accident. Le Comité recommande de permettre à ces personnes de bénéficier d'un niveau d'indemnités pour déficience invalidante au cours des deux premières années suivant l'accident **sous réserve** de l'exigence selon laquelle elles devront, après 104 semaines (période de 2 ans), demander de nouveau une détermination d'une déficience invalidante d'après une des définitions fondées sur les résultats, comme celle de la déficience d'au moins 55 pour cent de l'organisme dans son ensemble. Pour clarifier ce processus, nous avons élaboré un exemple.

Une personne assurée subit dans un accident de voiture des fractures aux deux bras, aux deux jambes et à une hanche. Ses jambes et ses bras ont été immobilisés sous des plâtres et elle a quitté l'hôpital dans les 10 jours suivant l'accident. Dans le système actuel, cette personne

n'aurait pas été considérée comme une victime d'une déficience invalidante (sauf si elle avait subi un traumatisme crânien) aux termes des dispositions en vigueur présentement. Pourtant, il est indiscutable que cette personne aura besoin d'un niveau élevé de soins auxiliaires et probablement d'importants soins de réadaptation durant la période initiale après l'accident. En ce moment, elle ne bénéficie pas des services d'un gestionnaire de cas, elle a accès à une indemnité de soins auxiliaires de seulement 3000 \$ et, compte tenu des sommes importantes dépensées en soins médicaux et de réadaptation, elle peut envisager des coûts qui excéderont 100 000 \$.

Au sens de la proposition du Comité, cette personne serait réputée être atteinte d'une déficience invalidante, mais seulement pour une période de 104 semaines. Durant cette période, sous réserve d'évaluations effectuées dans un centre d'évaluation désigné pour déterminer ses besoins en soins médicaux et de réadaptation, ou d'autres tests d'admissibilité, elle aurait droit à une indemnité pour soins auxiliaires de 6000 \$ et à la limite majorée pour soins médicaux et de réadaptation. On présume que cette personne ne souffrira pas d'une déficience invalidante si son rétablissement se déroule bien à la veille de la deuxième année après l'accident. Par conséquent, à la fin de la 104^e semaine, elle devra demander une nouvelle détermination d'une déficience invalidante fondée sur la définition donnée dans les *Guides* de l'AMA concernant soit une déficience d'au moins 55 pour cent de l'organisme dans son ensemble, soit un trouble mental ou un trouble du comportement.

Cela signifie que la deuxième détermination serait fondée sur des résultats à long terme. En invoquant principalement l'opinion d'experts en médecine, le Comité croit, selon son exemple, que cette personne, même avec un niveau raisonnable ou modéré de rétablissement, ne satisferait pas aux critères de la définition de « déficience invalidante » d'après l'épreuve fondée sur les résultats. En conséquence, le Comité recommande d'inclure une troisième définition en vertu de laquelle une personne pourrait présenter une demande de détermination dans le délai des 104 semaines après l'accident; cette définition est la suivante :

« toute déficience ou combinaison de déficiences qui, selon l'échelle appelée « Abbreviated Injury Scale », 1990, révisée et mise à jour en 1998 par The Association for the Advancement of Automotive Medicine, Illinois, U.S.A., se traduit par un indice de gravité d'au moins 15, résultat consigné dans le dossier médical de la personne assurée par une personne formée à cette fin. »

Quelques explications s'imposent concernant l'ISS (Injury Severity Score) et l'AIS (Abbreviated Injury Scale). On trouvera ces explications dans l'annexe D du présent rapport.

L'AIS est un outil de mesure mis au point par des chercheurs et des cliniciens de l'Association for the Advancement of Automotive Medicine. Il permet d'évaluer et d'exprimer de façon objective le degré de gravité des traumatismes liés aux accidents de voiture.

Semblable à l'indice obtenu avec l'échelle de Glasgow, l'AIS produit un indice qui se rapporte directement à la nature et à la gravité du traumatisme subit dans une collision. Quelque peu

différent de l'indice de l'échelle de Glasgow, qui traduit un traumatisme crânien, l'AIS évalue tous les genres de blessures physiques, peu importe le mécanisme de blessure en soi, et ne prend pas en compte les résultats sur le plan fonctionnel ou les besoins en traitements particuliers. Les indices obtenus et l'application des données sont uniformes d'un centre à l'autre, d'un hôpital à l'autre et d'une région à l'autre.

L'AIS a aussi été adoptée par le Registre ontarien des traumatismes. Les principaux centres de traumatologie de l'Ontario l'utilisent pour évaluer la gravité des blessures et verser les résultats dans une base de données commune où ils sont dépouillés et analysés.

L'indice de gravité de la blessure (Injury Severity Score - ISS) est calculé à partir de l'AIS. En résumé, les indices de l'AIS sont utilisés pour calculer l'ISS que l'on obtient par la somme des carrées des trois indices les plus graves de sept régions anatomiques. On relève seulement l'indice le plus élevé dans chacune des sept régions anatomiques. Le guide décrit clairement la façon de calculer l'ISS et les résultats de l'AIS.

Le guide comprend aussi une bibliographie imposante d'ouvrages sur la médecine d'urgence qui appuient les résultats de l'ISS et l'utilisation de cet outil dans les centres de traumatologie.

Le Comité encourage fortement l'utilisation de l'AIS et de l'ISS comme mesure objective applicable au moment du traumatisme. L'ISS est utilisé actuellement dans tous les principaux centres de traumatologie en Ontario et on peut l'appliquer rétrospectivement en utilisant les dossiers médicaux de l'hôpital ou du centre de traumatologie où la personne a été traitée.

Selon les seuils précis utilisés dans les principaux centres de traumatologie et le Registre ontarien des traumatismes, les personnes qui enregistrent un indice de gravité d'au moins 15 (adultes) et d'au moins 12 (pédiatrie, c.-à-d., enfants de moins de 16 ans) sont celles qui ont subi les traumatismes les plus graves et pour qui le risque de morbidité et de mortalité est le plus élevé. Ces personnes ont donc un besoin urgent de soins médicaux tertiaires appropriés.

En raison de leurs blessures, ces personnes auront vraisemblablement besoin des services de soins médicaux et de réadaptation et des soins auxiliaires les plus complets. L'affectation appropriée des ressources à ces personnes contribuera à accélérer leur rétablissement et le processus de réadaptation. Il a été démontré que les efforts hâtifs de réadaptation activent le processus et réduisent considérablement le coût total.

Par conséquent, nous recommandons l'utilisation de l'ISS comme outil objectif qui peut être appliqué de façon universelle pour permettre aux personnes qui souffrent des traumatismes les plus graves d'avoir accès sans délai à des services appropriés de réadaptation et de soins auxiliaires. L'AIS et l'ISS sont des outils de mesure applicables aux enfants aussi bien qu'aux adultes.

Le Comité ne disposait pas de renseignements de fond qui lui auraient permis de déterminer le

nombre de personnes qui seraient visées par cette dernière recommandation.

Il convient de signaler qu'un des membres du Comité n'a pas appuyé la recommandation visant à réunir les alinéas f) et g) de la définition sans preuve statistique évidente qu'une déficience d'au moins 55 pour cent de l'organisme dans son ensemble, accompagnée d'un trouble mental et d'un problème de comportement, se traduirait par une déficience invalidante.

RECOMMANDATION N° 5

Le Comité recommande également d'apporter quelques modifications au paragraphe (2) de la définition de « déficience invalidante ». Aux termes de ce paragraphe, lorsque les définitions de la déficience d'au moins 55 pour cent de l'organisme dans son ensemble, d'un trouble mental ou d'un problème de comportement sont prises en considération, la définition ne s'applique que si, selon le cas :

- a) le praticien de la personne assurée déclare par écrit que l'état de celle-ci s'est stabilisé et qu'un traitement ne réussira vraisemblablement pas à l'améliorer;
- b) une période de trois ans s'est écoulée depuis l'accident.

Les membres du Comité signalent que ces dispositions sont tout simplement impraticables. Traitons d'abord de la période de trois ans. Le premier niveau d'admissibilité aux indemnités pour soins auxiliaires et pour travaux ménagers est limité à 104 semaines après le début de l'invalidité. Dans un certain nombre de cas, les personnes souffrant de blessures passablement graves qui ne seraient admissibles qu'en vertu de la définition de la déficience d'au moins 55 pour cent ont épuisé l'indemnité maximale de 100 000 \$ pour soins médicaux et de réadaptation après la 104^e semaine et parfois avant la fin de la période de 104 semaines après l'accident. Cependant, parce que leur état ne s'est pas stabilisé et s'améliorerait vraisemblablement grâce à un traitement, elles doivent attendre une autre année avant de demander une détermination d'une déficience invalidante. Cette situation est profondément injuste pour la personne assurée, sans parler de l'incertitude qu'elle éprouvera quant à la poursuite de son traitement après la période de 104 semaines ou lorsqu'elle aura épuisé l'indemnité de 100 000 \$ et en attendant la détermination d'une déficience invalidante. Bien que les assureurs s'appliquent à conclure des ententes pour régler cette situation, ce n'est pas suffisant. Le Comité recommande donc de modifier l'alinéa (2) b) de la façon suivante :

« une période de deux ans s'est écoulée depuis l'accident; »

Ainsi, la date de la détermination d'une déficience invalidante coïnciderait avec la date d'échéance des indemnités pour déficience non invalidante.

En outre, selon les membres du Comité, un praticien de la santé hésite à déclarer par écrit qu'un traitement ne réussira pas à améliorer l'état d'une personne comme l'exige l'alinéa (2) a). Le praticien de la santé craint qu'une telle déclaration aura pour effet de priver son patient de toute autre indemnité pour soins médicaux et de réadaptation, indépendamment des plafonds prévus.

Le Comité est conscient de la question de stabilité et qu'il est inutile de demander la détermination d'une déficience invalidante lorsqu'une amélioration est prévue. Par conséquent, il recommande de modifier l'alinéa (2) a) de la façon suivante :

« le praticien de la santé de la personne assurée déclare par écrit que l'état de celle-ci ne s'améliorera vraisemblablement pas au-delà des niveaux de la déficience invalidante décrits aux présentes ».

Selon le Comité, une évaluation de la déficience invalidante après une période de deux ans n'entraînerait pas de résultats inexacts puisque la plupart des blessures évaluées à ce moment (55 pour cent de l'organisme dans son ensemble) se seraient stabilisées à un point tel que l'on pourrait raisonnablement prévoir l'issue.

Relativement à la question des coûts, bien que les chiffres actuariels ne soient pas encore disponibles, la Comité croit qu'en dépit des coûts initiaux plus élevés en raison de l'accès précoce aux indemnités complètes pour soins médicaux et de réadaptation, le rétablissement sera plus rapide et plus efficace, ce qui se traduira pas une réduction des coûts plus tard. De plus, la condition exigeant que la personne assurée soit réévaluée après la période de 104 semaines assurera que seules les personnes dont les résultats correspondent aux critères de la déficience invalidante continueraient d'être admissibles.

RECOMMANDATION N° 6

La dernière question que le Comité a abordée est celle qui concerne les enfants.

Tout d'abord, le Comité est d'accord avec deux dispositions de l'avant-projet de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*.

La première disposition prévoit que si la personne assurée était âgée de moins de seize ans au moment de l'accident, ou si elle souffre d'une déficience invalidante à la suite d'un accident, elle a droit à une indemnité couvrant tous les frais raisonnables et nécessaires liés aux services fournis par un gestionnaire de cas. Le Comité appuie sans hésitation le principe qu'un enfant a besoin des services d'un gestionnaire de cas, qu'il ait ou non subi une déficience invalidante. Il appuie également la condition selon laquelle les services de gestionnaire de cas seront approuvés seulement s'ils sont fournis conformément à un plan de traitement et par une personne ayant les qualités requises.

La deuxième disposition qui a reçu l'aval du Comité prévoit qu'un enfant qui a moins de seize ans au moment de l'accident est réputé avoir souscrit la garantie facultative des soins médicaux et de réadaptation et des soins auxiliaires.

Cependant, bien que les enfants seraient ainsi admissibles à certaines indemnités, indépendamment de la présence d'une déficience invalidante, il existe d'autres situations où des enfants devront être évalués pour déterminer s'ils souffrent d'une telle déficience.

Les membres du Comité ont de la difficulté à s'entendre sur la façon de procéder à cet égard. Ils ont envisagé de proposer qu'un enfant de moins de seize ans ait accès, pendant les 104 premières semaines, à l'indemnité maximale de 6000 \$ pour soins auxiliaires, mais qu'il soit tenu de subir une évaluation à la fin de cette période pour déterminer s'il souffre d'une déficience invalidante.

Cette proposition traduit la préoccupation des membres du Comité à l'égard d'enfants qui continueront d'être privés de soins auxiliaires excédant 3000 \$ - montant maximal auquel ils ont droit aux termes des modifications actuelles s'il souffrent d'une déficience invalidante.

Le Comité a également chercher des façons d'appliquer aux enfants la définition actuelle de « déficience invalidante ». Les *Guides* de l'AMA et l'échelle de Glasgow ne sont pas conçus pour les enfants. Cependant, il n'est pas impossible de formuler autrement la définition actuelle afin qu'elle puisse être appliquée aux enfants, compte tenu du fait que toutes les parties de l'organisme continuent de se développer et de changer, au moins jusqu'à l'âge de 16 ans.

En définitive, le Comité a élaboré la proposition suivante.

Tout d'abord, en ce qui concerne les cas de traumatisme précoce, le Comité recommande d'ajouter à la définition la phrase suivante :

« si la personne assurée était âgée de moins de seize ans au moment de l'accident, un indice de gravité (ISS) de 12 ou plus d'après l'*Abbreviated Injury Scale*. »

Comme on l'a mentionné précédemment, l'indice ISS de 12 a été adopté par le Registre ontarien des traumatismes et les principaux centres de traumatologie de l'Ontario comme le seuil approprié pour déterminer qu'une personne doit faire l'objet de soins tertiaires et de soins actifs.

Les personnes qui enregistrent un indice de gravité (ISS) de 12 sont celles qui sont les plus exposées aux maladies graves. Une évaluation et des soins médicaux et de réadaptation appropriés contribueront à stabiliser l'état de ces personnes, à accélérer leur rétablissement et, en définitive, à réduire les risques de mortalité et de maladie de longue durée. Les enfants, en raison des changements physiologiques qu'ils subissent au cours de leur croissance, sont plus susceptibles de souffrir de problèmes à long terme ou de décompensation aiguë à la suite d'un traumatisme. La force relative que subit un enfant dans une collision est considérable par rapport à un adulte, en raison des différences sur le plan de la taille et du poids.

Concernant les autres définitions, le Comité appuie les recommandations du comité des CED et de l'Advocates' Society présentées au ministre en 1998.

Le Comité propose d'ajouter l'alinéa suivant à la définition de « déficience invalidante » concernant les enfants seulement :

« pour l'application des alinéas e), f) et g), si la personne assurée était âgée de seize ans ou moins au moment de l'accident, une déficience invalidante dont souffre l'enfant est réputée la déficience qui se rapproche le plus de celles décrites dans les présentes, compte tenu des répercussions sur le développement qui peuvent se produire. »

Il importe de mentionner les répercussions de la déficience sur le développement parce que, à mesure qu'un enfant blessé grandit, comparé à ses camarades, il peut être moins fonctionnel et plus invalide que lorsqu'il a été évalué au moment de l'accident. Il est possible aussi que ses capacités fonctionnelles s'améliorent.

Par exemple, si une fillette de 4 ans subit une lésion importante du lobe frontal, son comportement une année ou deux après l'accident ne sera peut-être pas très différent de celui d'un enfant normal du même âge. Cependant, on peut raisonnablement prévoir que cette enfant présentera, au moment de l'adolescence, des troubles graves du comportement attribuables à la perte de structure et de fonction cérébrale survenue des années auparavant et qui ne s'étaient pas encore manifestés.

CONCLUSION

Pour conclure, il convient de répéter que les membres du Comité ont travaillé sans relâche pour parvenir à s'entendre sur des questions très difficiles. Dans le délai limité qui nous a été alloué, nous avons tenté de déterminer les éléments de la définition de « déficience invalidante » qui devraient être remaniés ou peaufinés pour corriger les aspects que nous considérons injustes. Il est regrettable que nous n'ayons pas eu la possibilité d'aborder une question critique pour le gouvernement, à savoir ces recommandations risquent-elles d'entraîner une augmentation des primes qui empêcherait le gouvernement de s'acquitter de son mandat visant la stabilité des taux?

Nous espérons que le présent rapport exprime fidèlement les questions et les préoccupations des différents intervenants au sein du Comité relativement à chacune des recommandations.

Nous tenons à préciser que les recommandations du Comité **concernent uniquement l'Annexe sur les indemnités d'accident légales et qu'elles ne s'appliquent pas au système de responsabilité civile délictuelle quel qu'il soit**. Si le ministre désire obtenir des recommandations visant à apporter des modifications ou des mises au point relativement à la responsabilité civile délictuelle, il faudrait prévoir une analyse différente et un nouveau délai.

Nous avons l'honneur de vous soumettre le présent rapport.

D^r Robert D. Gates
D^r Peter Rumney
Philippa G. Samworth

D^r Faith Kaplan
Stephen Firestone

D^r Harold Becker
Steven Whitelaw

Comité consultatif de révision de la déficience invalidante

**ANNEXE A
MEMBRES DU COMITÉ**

<p>Richard Tillmann Gestionnaire Unité de l'analyse des indemnités d'accident Commission des services financiers de l'Ontario 5160, rue Yonge, B.P. 85 North York ON M2N 6L9 Téléphone : 416 590-7590/Adjointe, Linda - 7155 Télécopieur : 416 590-7265 CÉ : rtillman@fSCO.gov.on.ca</p> <p>Représentant de la CSFO</p>	<p>Willie Handler Gestionnaire supérieur Produits d'assurance-automobile 17^e étage, 5160, rue Yonge North York ON M2N 6L9</p> <p>Téléphone : 416 590-7281 Télécopieur : 416 590-7265 CÉ : whandler@fSCO.gov.on.ca</p> <p>Représentant de la CSFO</p>
<p>CATHRYN MacFARLANE Analyste principale des politiques Direction des politiques en matière de services financiers Ministère des Finances 30^e étage, 250, rue Yonge Toronto ON M5B 2N7</p> <p>Téléphone : 416 326-9086 Télécopieur : 416 327-0941 CÉ : macfarlc@rev.gov.on.ca</p> <p>Représentante du ministère</p>	<p>STEVE WHITELAW Analyste médical et technique Dominion of Canada General Ins. Co 165, avenue University Toronto ON M5H 3B9</p> <p>Téléphone : 416 350-3759 Télécopieur : 416 362-9918 CÉ : swhilelaw@thedominion.ca</p> <p>Assureur</p>
<p>EDWARD MULVIHILL Direction des politiques en matière de services financiers Ministère des Finances 30^e étage, 250, rue Yonge Toronto ON M5B 2N7</p> <p>Téléphone : 416 326-9086 Télécopieur : 416 327-0941</p> <p>Représentant du ministère</p>	<p>STEPHEN E. FIRESTONE Lackman, Firestone Law Office 401-357, rue Bay Toronto ON M5H 2T7</p> <p>Téléphone : 416 364-0020, poste 301 Télécopieur : 416 364-0389 CÉ : lflaw@pathcom.com</p> <p>Avocat de demandeur</p>

<p>D^r HAROLD BECKER Médecin Toronto Medical Associates Bureau 102, 960, avenue Lawrence ouest Toronto ON M6A 3B5</p> <p>Téléphone : 416 485-1865, poste 444 Maison : 416 445-3625 Télécopieur : 416 445-3523/bureau 485-1887 CÉ : hbecker@interlog.com</p>	<p>D^r FAITH KAPLAN Psychologue KAPLAN AND KAPLAN 1612, rue Main ouest Hamilton ON L8S 1G1</p> <p>Téléphone : 905 529-5131 Télécopieur : 905 529-7255 CÉ : kaplan@netcom.ca</p>
<p>CAROL JARDINE Royal & SunAlliance Company of Canada 19, rue Wellington est Toronto ON M5E 1L5</p> <p>Téléphone : 416 366-7511 Télécopieur : 416 955-1227</p> <p>Assureur</p>	<p>D^r ROBERT D GATES Bureau 1893, 2, rue Carlton Toronto ON M5B 1J3</p> <p>Téléphone : 416 597-0265 Télécopieur : 416 597-0271 CÉ : rdgates@gateshillpsych.on.ca</p> <p>Psychologue</p>
<p>D^r PETER RUMNEY Bloorview MacMillan Centre Neuro Rehabilitation Program 25 Buchanan Court Toronto ON M2J 4S9</p> <p>Téléphone : 416 753-6068/753-6019 Télécopieur : 416 494-6621 CÉ : prumney@bloorviewmacmillan.on.ca</p> <p>Pédiatre</p>	<p>DAVID J. OAKDEN Tillinghast-Towers Perrin Bureau 1501, Tour sud 175, rue Bloor est Toronto ON M4W 3T6</p> <p>Téléphone : 416 960-7450 Télécopieur : 416 960-7450 CÉ : oakden@tillinghast.com</p> <p>Actuaire-conseil</p>

PHILIPPA G. SAMWORTH

Associée

Regan, Samworth

Barrister & Solicitors

Bureau 1700,

181, avenue University

Toronto ON M5H 3M7

Téléphone : 416 601-1000

Télécopieur : 416 601-9255

CÉ : psamworth@regansamworth.on.ca

Avocate de la défense

ANNEXE B

GOS - GOS-E

Comparaison - *Glasgow Outcome Scale*Le tableau ci-après présente une comparaison côte à côte de la GOS et de la GOS-E d'après Wilson, Pettigrew et Teasdale, (1998)¹

Catégorie	Descripteur - GOS	Principales caractéristiques	Catégorie	Descripteur - GOS-E	Principales caractéristiques
1	Décès		1	Décès	
2	État végétatif	1. Est incapable d'obéir à un commandement ou de parler	2	État végétatif	1. Est incapable d'obéir à un commandement ou de parler
3	Invalidité grave	1. A besoin de l'aide d'une autre personne tous les jours pour certaines AVQ 2. Est incapable de faire des emplettes sans aide 3. Est incapable de se déplacer localement sans aide	3	Invalidité grave - Inférieurs	1. A besoin fréquemment d'une aide ou de la présence de quelqu'un la majeure partie du temps
			4	Invalidité grave - Supérieurs	1. N'a pas fréquemment besoin d'aide - peut rester seul à la maison pendant au plus 8 heures 2. Est incapable de faire des emplettes sans aide 3. Est incapable de se déplacer localement sans aide

¹ Wilson, J.T. Lindsay, Pettigrew, Laura E.L. et Teasdale, Graham M. (1998). « Structured interviews for the Glasgow Outcome Scale and the Extended Glasgow Outcome Scale: Guidelines for their use ». *Journal of Neurotrauma*, vol. 15, n° 8, p. 573-585.

Catégorie	Descripteur - GOS	Principales caractéristiques	Catégorie	Descripteur - GOS-E	Principales caractéristiques
4	Invalidité modérée	<ol style="list-style-type: none"> 1. Est incapable de travailler comme avant 2. Ne peut reprendre ses activités sociales et de loisirs à l'extérieur de la maison (ou la moitié moins souvent qu'avant) 3. Perturbations fréquentes ou constantes des rapports avec sa famille ou ses amis en raison de troubles psychologiques 	5	Invalidité modérée - Inférieurs	<ol style="list-style-type: none"> 1. Est incapable de travailler ou pourrait occuper seulement un emploi adapté ou non concurrentiel 2. Est incapable de prendre part (ou rarement, le cas échéant) à des activités sociales ou de loisirs à l'extérieur de la maison 3. Manifeste de façon constante (quotidiennement), en raison de troubles psychologiques, un comportement inacceptable qui perturbe ses rapports avec les membres de sa famille et ses amis
			6	Invalidité modérée - Supérieurs	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peut travailler ou étudier, mais à un niveau réduit 2. Participe beaucoup moins (moins que la moitié du temps) à des activités sociales et de loisirs à l'extérieur de la maison 3. Perturbations fréquentes mais tolérables (une fois/semaine) des rapports avec sa famille ou ses amis en raison de troubles psychologiques

Catégorie	Descripteur - GOS	Principales caractéristiques	Catégorie	Descripteur - GOS-E	Principales caractéristiques
5	Rétablissement satisfaisant	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peut travailler comme avant 2. Peut reprendre ses activités sociales et de loisirs à l'extérieur de la maison (au moins la moitié aussi souvent qu'avant) 3. Aucun trouble psychologique causant de façon courante une perturbation des rapports avec sa famille et ses amis (ou, seulement occasionnellement) 	7	Rétablissement satisfaisant - Inférieurs	<ol style="list-style-type: none"> 1. Participe au moins aussi souvent qu'avant à des activités sociales et de loisirs à l'extérieur de la maison 2. Perturbation occasionnelle des rapports avec sa famille ou ses amis en raison de troubles psychologiques 3. D'autres problèmes liés à la blessure nuisent aux activités quotidiennes (céphalée, étourdissements, lenteur, défaut de mémoire, déficit de l'attention)
			8	Rétablissement satisfaisant - Supérieurs	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peut travailler comme avant 2. Peut reprendre ses activités sociales et de loisirs à l'extérieur de la maison 3. Aucun trouble psychologique causant de façon courante une perturbation des rapports avec sa famille et ses amis

ANNEXE C

(Traduction d'un message de Carol Jardine, de Royal & SunAlliance, envoyé par télécopieur le 27 septembre 2000 à M^{me} Phillipa Samworth, de Regan Samworth, Barristers & Solicitors)

OBJET : Comité consultatif de révision de la déficience invalidante

Merci de votre télécopie du 21 septembre et de la version provisoire du rapport du Comité consultatif de révision de la déficience invalidante.

En lisant les recommandations contenues dans le rapport provisoire au ministre, je me suis rappelé du mandat confié au Comité. Comme vous l'indiquez, ce mandat consistait à réviser la définition de « déficience invalidante » afin d'y apporter des « mises au point ». Ces mots m'ont fait entendre que le mandat n'apportera que peu de changement au produit d'assurance-automobile pour assurer la stabilité des taux en Ontario. Je crois que les recommandations du Comité, même si seulement quelques-unes étaient adoptées, risquent grandement de déstabiliser le produit d'assurance-automobile à l'avenir.

Les compagnies d'assurance peuvent administrer n'importe quel produit d'assurance-automobile autorisé par le gouvernement, comme en témoigne depuis 10 ans la capacité des assureurs de s'adapter aux changements. Qu'il s'agisse du Régime de protection des automobilistes de l'Ontario, du projet de loi 164 ou du projet de loi 59, les consommateurs ontariens sont plus que satisfaits des services gérés par les assureurs, comme l'ont confirmé les résultats du sondage sur la satisfaction des demandeurs et la réduction du nombre de plaintes adressées à l'ombudsman. Ce n'est qu'une question de coût. Quel sera le prix et les consommateurs sont-ils prêts à le payer?

Nous ne voulons certainement pas créer une autre crise de l'assurance en Ontario.

Les travaux du Comité ont été freinés par le manque de données sur le nombre de victimes qui, selon les médecins, les responsables de services de réadaptation et les avocats de demandeur, ne recevraient pas les services dont elles ont besoin dans le cadre du produit actuel. De toutes les observations, seules celles de l'Ontario Brain Injury Association datées du 14 novembre 1997 faisaient mention d'une victime d'accident réelle, une enfant dont la mère a exprimé des préoccupations précises au sujet de la prestation des services. Cependant, Andrée Langlais, à la fin de son exposé, a indiqué que sa fille s'est bien rétablie et elle a remercié l'Association pour son soutien. Elle a aussi trouvé que le représentant de l'assureur a été raisonnablement utile. Nous reconnaissons les besoins particuliers des enfants.

Les autres observations faisaient toutes allusion à des victimes fictives et mentionnaient des plaintes subjectives de personnes ou d'entreprises dont le moyen de subsistance dépendait d'un accès à des revenus supplémentaires.

Il est difficile d'obtenir un nombre significatif de personnes qui ont besoin de traitements qui sont offerts seulement si ces personnes sont réputées souffrir d'une « déficience invalidante »

aujourd'hui ainsi que du nombre de personnes qui auraient accès au régime si une définition plus large était adoptée, comme vous le recommandez dans votre rapport. Tout au long des réunions du Comité, j'ai fréquemment prié les médecins et les avocats de demandeur de donner des exemples de ces personnes et d'autres qui ont épuisé leurs indemnités; il semble qu'on en ait trouvé très peu. Personne n'a pu fournir de chiffres, seulement des anecdotes. Sans les chiffres, je suis incapable de prendre une décision de fond concernant les recommandations du Comité. En fait, je crois que ces recommandations ont fait plus que mettre au point la définition et qu'elles ont fondamentalement adapté les conditions de garantie afin d'accroître sensiblement le nombre de personnes qui bénéficieraient de cette indemnité de déficience invalidante.

Nous savons que le système des CED fonctionne et qu'il existe des personnes qui, croyant souffrir d'une déficience invalidante, s'adressent à un CED après s'être fait refuser les indemnités appropriées par leur assureur. Au cours des trois dernières années, 173 adultes et 18 enfants ont demandé une évaluation dans un CED. De ce nombre, 125 adultes et 14 enfants ont été considérés comme souffrant d'une déficience invalidante. Cela veut dire que 48 adultes et 4 enfants n'ont pas été réputés être victimes d'une telle déficience. Si l'objectif du Comité était de peaufiner la définition pour permettre à 48 adultes et à 4 enfants d'avoir accès à des indemnités d'un million de dollars, nous aurions dû examiner ces données pour déterminer pourquoi ces personnes n'ont pas été considérées comme des victimes d'une déficience invalidante. Au lieu, nous sommes partis d'un système connu qui n'a pas fonctionné pour 48 adultes pour aller vers un système inconnu qui augmenterait considérablement l'accès pour un nombre beaucoup plus élevé de personnes.

En tant qu'assureur, je peux offrir les niveaux d'indemnités pour lesquels le gouvernement et les consommateurs de l'Ontario sont disposés à payer. Je crois que ces recommandations ne sont pas économiquement réalisables étant donné le coût croissant de l'utilisation d'une automobile en Ontario.

Recommandation n° 1

J'appuie cette recommandation.

Recommandation n° 2

Je serais d'accord pour déterminer le coût que représenterait la recommandation n° 2 visant à inclure la perte des deux bras ou des deux jambes ou la perte d'un bras et d'une jambe.

Je suis vigoureusement en désaccord avec M. Firestone qui propose d'étendre la portée de la recommandation n° 2 pour inclure soit un bras, soit une jambe. Son argument s'appuie sur les exigences relatives aux prothèses, mais je n'ai trouvé aucun renseignement de fond qui indique qu'un besoin existe. Les *Guides* de l'AMA, en ce qui concerne la déficience de l'ensemble de l'organisme, n'incluent pas l'amputation d'un seul membre. Par conséquent, j'appuierais la recommandation n° 2 telle qu'elle est rédigée, y compris votre dernier paragraphe.

Recommandation n° 3

Dans la recommandation n° 3, c'est la première partie qui a changé - « un épisode de perte de connaissance ... » - et qui correspond au mandat de mise au point. J'appuie le changement.

En revanche, la deuxième partie de la recommandation portant sur la *Glasgow Outcome Scale* (GOS) et l'adoption de la *Glasgow Outcome Extended Scale* (GOS-E), y compris un résultat de 3, 4 et 5, contribueront à accroître considérablement le nombre de personnes qui peuvent être admissibles à titre de victimes d'une déficience cérébrale sans être atteintes d'une déficience invalidante. Mes recherches sont fondées sur la documentation fournie par les médecins, particulièrement le *Journal of Neurotrauma*, volume 15, n° 8, 1998, où sont comparées la GOS et la GOS-E. Cet article n'appuie pas l'utilisation de la GOS-E, mais souligne que « les avantages de la GOS demeurent sa simplicité, son utilisation répandue et le fait que les différences et les invalidités sont significatives sur le plan clinique. Pourvu que l'on reconnaisse ses limites et ses avantages, la GOS peut continuer de jouer un rôle prépondérant dans l'évaluation des traumatismes crâniens. » Je ne peux pas appuyer le remplacement de la GOS par la GOS-E.

L'analyse de la distribution des indices de la GOS par rapport à ceux de la GOS-E dans le tableau 2 de l'article indique que la proportion des victimes de traumatisme crânien qui seraient admissibles aux indemnités pour déficience cérébrale augmenterait de 18 %. Compte tenu des données actuelles du registre des traumatismes selon lequel le nombre des victimes de traumatisme crânien s'élève à 8788, nous augmenterions le nombre des victimes de déficience cérébrale admissibles de 1600 par année. Comme chaque victime est admissible à un million de dollars, plus le double des soins auxiliaires, l'augmentation du nombre de cas exclurait toute tentative de stabilisation des taux.

Dans les documents fournis par les médecins, j'ai été incapable de trouver un ouvrage scientifique qui appuie l'utilisation de la GOS-E; en revanche, la GOS rallie le soutien général. À mon avis, nous ne devrions pas faire oeuvre de défricheur ni étendre le sens de la définition au-delà des pratiques acceptées. Je ne peux pas appuyer cette partie de la recommandation.

Recommandation n° 4

Nous avons recherché des données et des statistiques médicales pour déterminer le nombre théorique de personnes qui correspondraient aux exemples que vous avez donnés. Malheureusement, nous avons été incapables de retracer ni de quantifier ce nombre de personnes. Ce ne sont pas les personnes qui dépensent les 100 000 \$ en sus des indemnités présumées du ministère de la Santé, mais les fournisseurs de services collectifs ou individuels et les praticiens de la santé généralistes qui facturent à l'extérieur des normes du ministère de la santé. Je ne crois pas que ce soit l'objet du Comité d'appuyer un système de santé à trois paliers qui permettrait d'accorder des sommes excessives aux victimes d'accidents de voiture pendant que les personnes blessées à la maison ou au travail n'ont pas accès aux services requis.

Avant que les assureurs ne soient prêts à envisager la recommandation n° 4, il leur faudra des renseignements de fond sur le nombre de personnes qui seraient concernées ainsi que sur la capacité des automobilistes de soutenir le coût.

Recommandation n° 5

Le coût est le seul problème et s'il est tolérable, j'appuie la recommandation.

Recommandation n° 6

Je reconnais qu'un traitement approprié dans le cas des enfants est essentiel et, ici encore, j'ai besoin de données sur le coût.

J'éprouve une certaine inquiétude au sujet de l'AIS (Abbreviated Injury Scale) et le manque de connaissances et de recherches concernant la capacité de cet outil de déterminer l'admissibilité à des indemnités. Il s'agit d'un terrain peu connu et il faut concevoir plus qu'une mise au point de la définition.

Veillez incorporer mes commentaires dans le rapport.