

N° 29272

COUR SUPRÊME DU CANADA

(EN APPEL DE LA COUR D'APPEL DE LA PROVINCE DE QUÉBEC)

ENTRE :

JACQUES CHAOULLI et
GEORGE ZELIOTIS

- et -

PROCUREUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC

- et -

PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA

- et -

PROCUREUR GÉNÉRAL DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE
PROCUREUR GÉNÉRAL DE L'ONTARIO
PROCUREUR GÉNÉRAL DU MANITOBA
PROCUREUR GÉNÉRAL DU NOUVEAU-BRUNSWICK
PROCUREUR GÉNÉRAL DE LA SASKATCHEWAN

APPELANTS
(Appelants)

INTIMÉ
(Intimé)

INTIMÉ
(Mis en cause)

INTERVENANTS

MÉMOIRE DE L'INTIMÉ LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC [volume I, pages 1 à 75]

M^e ROBERT MONETTE
M^e PATRICE CLAUDE
M^e DOMINIQUE A. JOBIN
BERNARD, ROY & ASSOCIÉS
1, rue Notre-Dame Est, 8^e étage
Montréal (Québec) H2Y 1B6

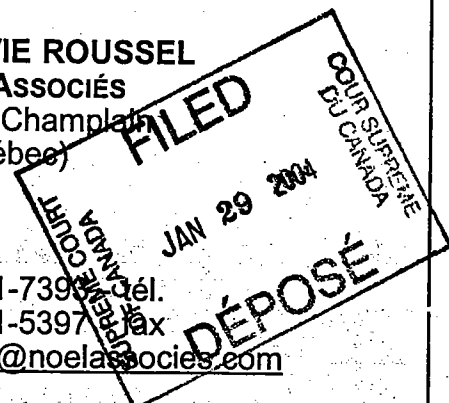
(514) 393-2336 - tél.
(514) 873-7074 - fax
rmonette@justice.gouv.qc.ca

Procureurs de l'intimé,
Le procureur général du Québec.

M^e SYLVIE ROUSSEL
NOËL & ASSOCIÉS
111, rue Champlain
Hull (Québec)
J8X 3R1

(819) 771-7397 - tél.
(819) 771-5397 - fax
s.rousseau@noelassocies.com

Correspondante de l'intimé,
Le procureur général du Québec



MÉMOIRE DE L'INTIMÉ
PROCUREUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC

PARTIE I - EXPOSÉ DES FAITS

LIMINAIRE

10 « Le présent débat concernant la santé et ses problèmes actuels d'accessibilité nous font oublier parfois le passé pas si lointain où les gens malades ne se faisaient pas soigner, car ils n'en avaient tout simplement pas les moyens. La société canadienne, dans un élan de générosité et d'égalité, a voulu que ceci n'arrive plus. »

- jugement de première instance, p. 5.

1. Face au constat des lacunes d'un système de santé financé essentiellement par l'assurance privée ou les épargnes des individus et des iniquités alors engendrées, la société québécoise et canadienne s'est dotée d'un régime d'assurance santé universel financé par les deniers publics; afin d'assurer la viabilité d'un tel régime, des mesures ont été mises en place pour empêcher le développement d'un régime privé parallèle.

20

2. Ce régime public d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie ainsi instauré repose sur des valeurs d'égalité et de solidarité sociales ainsi que sur le respect de la dignité humaine qui font l'objet d'un large consensus au sein de la population depuis plusieurs décennies.

1. La demande

3. Les appelants se pourvoient devant cette Cour de jugements de la Cour d'appel du Québec, lesquels ont rejeté avec dépens leurs appels logés à l'encontre d'un jugement de la Cour supérieure rendu par Mme la juge Ginette Piché.

30

4. En première instance, l'audition s'est tenue sur une période de 28 jours. Plus de 250 pièces ont été déposées au dossier, comprenant entre autres des rapports d'expertise et plusieurs rapports d'organismes nationaux et internationaux portant sur différents régimes de santé à travers le monde.
5. Les parties ont fait entendre 20 témoins, dont 5 témoins experts pour les intimés et 1 témoin expert pour les appelants. Plus de la moitié des témoins étaient des professionnels de la santé.
- 10 6. Les appelants demandent par une requête en jugement déclaratoire de déclarer inconstitutionnels l'article 15 de la Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., c. A-29; ci-après la « LAM ») et l'article 11 de la Loi sur l'assurance-hospitalisation (L.R.Q., c. A-28; ci-après la « LAH »).
7. Ces articles se lisent comme suit :

LAM :

20 15. *Nul ne doit faire ou renouveler un contrat d'assurance ou effectuer un paiement en vertu d'un contrat d'assurance par lequel un service assuré est fourni ou le coût d'un tel service est payé à une personne qui réside ou est réputée résider au Québec ou à une autre personne pour son compte, en totalité ou en partie.*

[...].

LAH :

30 11. 1 *Nul ne doit faire ou renouveler un contrat ou effectuer un paiement en vertu d'un contrat par lequel*

a) *un service hospitalier compris dans les services assurés doit être fourni à un résident ou le coût doit lui en être remboursé;*

b) *l'hospitalisation d'un résident est la condition du paiement; ou*

c) *le paiement dépend de la durée du séjour d'un résident comme patient dans une installation maintenue par un établissement visé dans l'article 2.*

[...].

8. De manière générale, ces dispositions ont pour effet d'interdire que le coût des services assurés par l'une ou l'autre de ces lois soit remboursé par des assurances privées.
9. Les appelants, dans les conclusions de leur requête en jugement déclaratoire ré-amendée, revendiquent le droit de « recourir à des médecins non participants pour obtenir des services de santé privés requis du point de vue médical », « de contracter des contrats d'assurance privée pour des services médicaux privés requis du point de vue médical et délivrés par des médecins non participants » et « de contracter avec des médecins non participants des contrats pour obtenir des services hospitaliers privés requis du point de vue médical » (Requête en jugement déclaratoire ré-amendée, Dossier conjoint des appelants (ci-après D.C.A.), vol. 2, p. 213).
10. Afin de se faire reconnaître ces droits, les appelants réclament principalement un droit constitutionnel à la libre disposition de leurs ressources financières pour contracter une assurance remboursant le coût des services médicaux ou hospitaliers déjà couverts par les *LAM* et *LAH*.
- 20 - Mémoire de l'appelant George Zeliotis, par. 33;
- Mémoire de l'appelant Jacques Chaoulli, par. 141, 153 et 197.
11. En fait, ce que les appelants recherchent, c'est la possibilité que soit mis sur pied un régime d'assurance santé privé parallèle, en marge du régime public, qui permettrait, à ceux qui auront les moyens de se l'offrir, d'obtenir un accès privilégié à des services de santé.
- 30 12. D'ailleurs, lors de l'audition devant la juge de première instance, le procureur de l'appelant Zeliotis l'a affirmé clairement : « Je plaide le droit des gens plus fortunés à avoir accès à des services de santé parallèles » (jugement de première instance, p. 7, D.C.A., vol. 1, p. 23).

13. Or, un des principes du système de santé, qui fait l'objet d'un large consensus dans la population québécoise et canadienne, repose sur l'accès aux services de santé en fonction des besoins véritables des individus et non en fonction de leur capacité de payer. Ce principe, ainsi que les valeurs d'égalité et de solidarité sociales sur lesquelles il est fondé, sont ici remis en question par les appelants qui allèguent ne pas avoir accès aux services médicaux et hospitaliers selon des modalités qui leur conviennent. En fait, ce que les appelants demandent c'est l'instauration d'un système de santé privé parallèle qui mettrait en péril la viabilité du système de santé public, tel qu'il sera démontré plus loin.

10

2. La situation des appelants

14. Dans le cas de l'appelant Zeliotis, le système de santé lui a fourni les services d'urgence, les traitements médicaux et les soins opératoires requis par son état de santé.

15. À la lumière du témoignage et de l'examen du dossier médical de celui-ci, il n'est pas possible d'inférer que les problèmes allégués ont été causés par des difficultés d'accès aux services de santé. Ce sont, en fait, plusieurs facteurs personnels qui expliqueraient les présumés délais encourus⁽¹⁾.

20

16. Quant à l'appelant Chaoulli, il n'a jamais prétendu qu'il avait reçu des soins inadéquats ou que le système de santé au Québec n'avait pas répondu à ses besoins personnels de santé⁽²⁾.

17. Au moment d'instituer leur procédure, aucun des deux appelants n'était dans une situation où son état de santé nécessitait des soins.

18. Les appelants n'ont fait face à aucune difficulté réelle d'accès à des services médicaux ou hospitaliers requis par leur état de santé.

30

(1) Jugement de première instance, p. 14, D.C.A., vol. I, p. 28 à 30.

(2) Jugement de première instance, p. 15 à 23, D.C.A., vol. I, p. 31 à 39.

PARTIE II - EXPOSÉ DES QUESTIONS EN LITIGE

19. Le 15 août 2003, M. le juge Major formulait pour la Cour les questions constitutionnelles suivantes :

1. L'article 11 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*, L.R.Q., ch. A-28, porte-t-il atteinte aux droits garantis par l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés*?

10

2. Dans l'affirmative, cette atteinte constitue-t-elle une limite raisonnable prescrite par une règle de droit dont la justification peut se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique en vertu de l'article premier de la *Charte canadienne des droits et libertés*?

3. L'article 15 de la *Loi sur l'assurance maladie*, L.R.Q., ch. A-29, porte-t-il atteinte aux droits garantis par l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés*?

20

4. Dans l'affirmative, cette atteinte constitue-t-elle une limite raisonnable prescrite par une règle de droit dont la justification peut se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique en vertu de l'article premier de la *Charte canadienne des droits et libertés*?

5. L'article 15 de la *Loi sur l'assurance maladie*, L.R.Q., ch. A-29, est-il *ultra vires* de l'Assemblée nationale du Québec, au regard de l'article 91(27) de la *Loi constitutionnelle de 1867*?

30

6. L'article 11 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*, L.R.Q., ch. A-28, est-il *ultra vires* de l'Assemblée nationale du Québec, au regard de l'article 91(27) de la *Loi constitutionnelle de 1867*?

7. L'article 15 de la *Loi sur l'assurance maladie*, L.R.Q., ch. A-29, porte-t-il atteinte au droit à l'égalité garanti par l'article 15(1) de la *Charte canadienne des droits et libertés*?

8. Dans l'affirmative, cette atteinte constitue-t-elle une limite raisonnable prescrite par une règle de droit dont la justification peut se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique en vertu de l'article premier de la *Charte canadienne des droits et libertés*?
9. L'article 11 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*, L.R.Q., ch. A-28, porte-t-il atteinte au droit à l'égalité garanti par l'article 15(1) de la *Charte canadienne des droits et libertés*?
- 10 10. Dans l'affirmative, cette atteinte constitue-t-elle une limite raisonnable prescrite par une règle de droit dont la justification peut se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique en vertu de l'article premier de la *Charte canadienne des droits et libertés*?
11. L'article 11 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*, L.R.Q., ch. A-28, porte-t-il atteinte à l'article 12 de la *Charte canadienne des droits et libertés*?
12. Dans l'affirmative, cette atteinte constitue-t-elle une limite raisonnable prescrite par une règle de droit dont la justification peut se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique en vertu de l'article premier de la *Charte canadienne des droits et libertés*?
- 20 20. L'appelant Zeliotis ajoute quatre questions portant sur la conformité des articles 15 LAM et 11 LAH avec l'article 1 de la *Charte des droits et libertés de la personne* (L.R.Q., c. C-12; ci-après la « *Charte québécoise* ») (mémoire de l'appelant Zeliotis, par. 26).
21. En réponse à ces questions, le procureur général du Québec soutient que les dispositions contestées ne portent pas atteinte aux droits et libertés invoqués par les appelants. Il soutient également que, si atteinte il y a, ce qui est nié, cette atteinte est justifiable conformément aux critères de l'article 1 de la *Charte canadienne des droits et libertés* (ci-après la « *Charte canadienne* ») ou en vertu du préambule et de l'article 9.1 de la *Charte québécoise*.
- 30

22. De plus, le procureur général soutient que les articles 15 *LAM* et 11 *LAH* relèvent de la compétence législative exclusive de l'Assemblée nationale et non de la compétence du Parlement fédéral sur le droit criminel.

23. Pour les fins du présent mémoire et pour plus de commodité, le procureur général traitera en même temps de la validité des articles 15 *LAM* et 11 *LAH* à l'égard de chacun des arguments invoqués, à l'exception de l'argument relatif à l'article 12 de la *Charte canadienne*, celui-ci ne visant que l'article 11 *LAH*.

10

PARTIE III - EXPOSÉ DES ARGUMENTS

1. LE CONTEXTE LÉGISLATIF ET HISTORIQUE

1.1 LE CADRE LÉGISLATIF

20 24. La *LAH* et la *LAM*, dans lesquelles s'insèrent les articles qui font l'objet de la présente contestation, de même que la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2; ci-après la « *LSSSS* ») forment, pour l'essentiel, le cadre législatif régissant le financement, l'organisation et la distribution des services de santé qui sont dispensés à la population québécoise.

25. Ces lois visent à assurer un accès à des services médicaux et hospitaliers de qualité, par le biais d'un financement public de ces services et par la coordination de la distribution de ceux-ci. Il s'agit en fait d'un système de santé à « payeur unique », financé par l'État⁽³⁾. Le choix du législateur d'instaurer un tel système est, comme nous le verrons, fondé sur des considérations d'équité et d'efficacité; il s'appuie à la

30 ⁽³⁾ Précisons dès maintenant que la *LAH* et la *LAM* n'interdisent pas la présence de dispensateurs privés de services médicaux ou hospitaliers au sein du système de santé québécois. De fait, la plupart des médecins québécois sont des dispensateurs privés de soins de santé et ne sont pas des employés de l'État.

fois sur de nombreux rapports et études ainsi que sur un large consensus de la population.

26. La *LAH* et la *LAM* mettent en place un régime complet et universel d'assurance grâce auquel les résidents du Québec et les personnes qui y séjournent, au sens des règlements applicables, reçoivent gratuitement les services médicaux et hospitaliers que requiert leur état de santé.

- 10
- *LAH*, art. 2 et 8 b); *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation* (R.R.Q., c. A-28, r.1), art. 1 m) et 2.
 - *LAM*, art. 1 g.1), 3, 5 à 8 et 69; *Règlement sur l'admissibilité et l'inscription des personnes auprès de la Régie de l'assurance-maladie du Québec* (R.R.Q., c. A-29, r.0.01), art. 1 à 7.2.

27. Conformément aux dispositions des articles 1 c) et 8 de la *LAH*, les services hospitaliers assurés sont définis à l'article 3 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation*. Quant aux services médicaux assurés par la *LAM*, ils sont définis à l'article 3 de cette loi⁽⁴⁾. De façon générale, ces dispositions établissent que les services médicaux et hospitaliers sont assurés dans la mesure où ils sont requis du point de vue médical.

20

28. Toute personne qui réside au Québec ou qui y séjourne doit s'inscrire à la Régie de l'assurance maladie du Québec (ci-après la « Régie »). Celle-ci délivre alors une carte d'assurance maladie qui atteste de l'admissibilité de cette personne aux services assurés par la *LAH* et la *LAM* (*LAH*, art. 2.1 et *LAM*, art. 9).

29. Le coût des services hospitaliers est, pour sa part, assumé par les établissements qui exploitent un centre hospitalier à même les sommes qu'ils reçoivent du ministre de

30 ⁽⁴⁾ L'article 69 de la *LAM* accorde au gouvernement le pouvoir d'apporter, par règlement, des précisions relativement à ces services assurés. C'est ce que le gouvernement a fait en adoptant le *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-maladie* (R.R.Q., c. A-29, r.1).

la Santé et des Services sociaux, via les régies régionales de la santé et des services sociaux instituées en vertu de la *LSSSS (LAH, art. 2)*⁽⁵⁾.

30. L'article 11 de la *LAH* interdit de faire ou de renouveler un contrat ou d'effectuer un paiement en vertu d'un contrat par lequel un service hospitalier compris dans les services assurés doit être fourni à un résidant ou le coût doit lui en être remboursé. Il est donc interdit de contracter une assurance privée pour couvrir le coût de ces services.
- 10 31. Ajoutons que les services hospitaliers peuvent aussi être assurés lorsqu'ils sont rendus ailleurs au Canada ou même, dans certaines circonstances, hors du Canada (*Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation, art. 14, 15, 15.1 et 16*).
- 20 32. D'autre part, le coût des services assurés par la *LAM* est assumé par la Régie conformément au régime institué par la *LAM*. Il est prévu que le ministre de la Santé et des Services sociaux, avec l'approbation du Conseil du trésor, peut conclure une entente avec les organismes représentatifs de toute catégorie de professionnels de la santé pour l'application de la *LAM*, notamment pour fixer leur rémunération pour la fourniture des services assurés (*LAM, art. 19 et 21*).
- 30 33. Un professionnel de la santé soumis à l'application d'une telle entente a droit d'être rémunéré par la Régie pour un service assuré qu'il a lui-même fourni à une personne assurée qui a présenté sa carte d'assurance maladie ou d'être rémunéré directement par une personne à qui il a fourni un service assuré si celle-ci n'a pas présenté sa carte, pourvu que ce professionnel de la santé se soit conformé aux dispositions de l'entente (*LAM, art. 13.1 et 22*).

30 ⁽⁵⁾ Les régies régionales de la santé et des services sociaux seront remplacées par des agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à la suite de la sanction, le 18 décembre 2003, de la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (L.Q. 2003, c. 21).

34. Toute forme de surfacturation est interdite. Un professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente ne peut exiger ni recevoir, pour un service assuré, que la rémunération prévue à l'entente et à laquelle il a droit; toute convention à l'effet contraire est nulle de nullité absolue (*LAM*, art. 22).
35. La *LAM* n'oblige pas toutefois les professionnels de la santé à exercer leur profession dans le cadre du régime institué par celle-ci. Un professionnel peut choisir de devenir un « professionnel désengagé » ou un « professionnel non participant » (*LAM*, art. 26).
- 10 36. Le professionnel désengagé est celui qui exerce sa profession en dehors des cadres du régime institué par la *LAM* mais qui accepte d'être rémunéré suivant le tarif prévu à une entente et dont le montant des honoraires est payé à ses patients par la Régie (*LAM*, art. 1d) et 31). Le professionnel non participant est celui qui exerce sa profession en dehors des cadres du régime institué par la *LAM* mais qui n'accepte pas d'être rémunéré suivant le tarif prévu à une entente et dont tous les patients assument seuls le paiement des honoraires (*LAM*, art. 1 e) et 36).
- 20 37. La *LAM*, tout en permettant le statut de professionnel non participant, établit toutefois à l'article 15 une interdiction de faire ou de renouveler un contrat d'assurance pour couvrir les services de santé déjà assurés par le régime public. Cette disposition vise à empêcher la création d'un marché de l'assurance privée couvrant les services assurés qui aurait pour effet d'inciter plusieurs médecins à devenir non participants⁽⁶⁾.
38. Une personne assurée en vertu de la *LAM* a aussi le droit d'exiger le remboursement du coût des services assurés qui lui ont été fournis en dehors du Québec par un

30 ⁽⁶⁾ En 1998, on dénombrait au Québec 36 médecins spécialistes et 11 médecins omnipraticiens non participants ou désengagés du régime d'assurance maladie. Ce nombre représentait en 1998, un taux de 0,27% par rapport au total des médecins participants : Rapport Arpin, La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec, État détaillé de la situation (ci-après le « Rapport Arpin, État détaillé de la situation »), I-38, p. 35-36, Dossier de l'intimé, le procureur général du Québec (ci-après D.I.), vol. 15, p. 2852-2853.

professionnel de la santé (*LAM*, art. 10). Le remboursement exigible ne sera que le moindre du montant qu'elle a effectivement payé pour ces services ou de celui établi par la Régie pour de tels services au Québec (*LAM*, art. 10 4^{ième} alinéa).

10 39. Le législateur a de plus prévu que, dans l'éventualité où des services assurés spécialisés ne seraient pas disponibles au Québec, les personnes assurées pourront tout de même obtenir des services médicaux ou hospitaliers ailleurs au Canada ou à l'extérieur du Canada s'ils n'y sont pas disponibles. La Régie assumera ou remboursera le coût de ces services, pourvu que les conditions mentionnées aux articles 23.1 et 23.2 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-maladie* ou celles prévues aux articles 14 à 16 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation* soient respectées⁽⁷⁾.

40. Pour s'assurer que les Québécois obtiennent les services médicaux et hospitaliers qui sont médicalement requis par leur état de santé, le législateur a aussi adopté la *LSSSS*. Par cette loi, il met sur pied un régime de services de santé et de services sociaux qui régit l'organisation et la distribution de ces services (*LSSSS*, art. 1).

20 41. Le mode d'organisation des ressources humaines, matérielles et financières consacrées à la santé institué par la *LSSSS* est conçu de façon à donner aux usagers des soins de santé de qualité, distribués avec un souci constant d'équité, d'accessibilité, d'efficience et d'efficacité. Les pouvoirs et les fonctions que le législateur attribue au ministre de la Santé et des Services sociaux, aux régies régionales de la santé et des services sociaux, aux établissements ainsi qu'aux professionnels de la santé témoignent de ces objectifs (*LSSSS*, art. 79, 81, 100 et s., 132, 170 et s., 213 et s., 340 et s., 405 et 431).

30 42. La *LSSSS* reconnaît également aux usagers du régime de santé une série de droits. Parmi ces droits, mentionnons ceux prévus aux articles 5, 6, 7 et 13 :

(7) Si la personne se croit lésée à la suite d'une décision de la Régie rendue en application de ces dispositions, la *LAM* prévoit des mécanismes de révision devant cette dernière et devant le Tribunal administratif du Québec (*LAM*, art. 18.1 à 18.4).

5. *Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée.*

6. *Toute personne a le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé ou des services sociaux.*

Rien dans la présente loi ne limite la liberté qu'a un professionnel d'accepter ou non de traiter une personne.

10

7. *Toute personne dont la vie ou l'intégrité est en danger a le droit de recevoir les soins que requiert son état. Il incombe à tout établissement, lorsque demande lui en est faite, de voir à ce que soient fournis ces soins.*

13. *Le droit aux services de santé et aux services sociaux et le droit de choisir le professionnel et l'établissement prévus aux articles 5 et 6, s'exercent en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose.*

20

43. De l'ensemble des dispositions analysées précédemment, on constate que le législateur québécois a mis sur pied un régime de soins de santé dont l'objectif est de répondre adéquatement aux besoins de la population.

1.2 LES PRÉOCCUPATIONS À L'ORIGINE DE LA LAM ET LAH

44. Pour comprendre les véritables enjeux qui conditionnent le présent débat judiciaire, il importe de rappeler généralement le contexte historique et législatif entourant la mise sur pied du système de soins de santé au Canada et au Québec.

30

45. Comme le souligne la juge de première instance :

« Il faut rappeler, et on a tendance à l'oublier, que la situation au Canada n'était pas rose avant l'arrivée de l'assurance maladie. Certains diront que ce n'est pas mieux aujourd'hui, mais cette affirmation s'avère nettement fausse lorsqu'on fait un véritable retour en arrière. »

- jugement de première instance, p. 38, voir aussi p. 5, D.C.A., vol. 1, p. 54 et 21.

40

46. À cet égard, le Dr Fernand Turcotte, spécialiste en médecine communautaire et expert, rappelle que :

«Dès le début des années 20, on reconnaissait que la maladie était devenue la principale cause d'appauvrissement des Canadiens par le chômage auquel contraint presque toujours la maladie grave et par l'engloutissement du patrimoine familial qu'entraînait inéluctablement le paiement des soins.»

- Rapport d'expertise du Dr Fernand Turcotte, I-32, p. 4, D.I., vol. 12, p. 2352;

Voir également :

- 10 - Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social : L'Assurance-maladie, 1967 (ci-après la « Commission Castonguay-Nepveu 1967 »), I-39.3, p. 42-43, D.I., vol. 17, p. 3300-3301.
47. Pour combattre cette situation, la province de la Saskatchewan se dote, en 1947, du premier régime provincial d'assurance hospitalisation public et universel. Le mouvement vers un régime d'assurance santé financé par l'État et fondé sur les valeurs d'égalité et de solidarité sociales venait de s'amorcer. Bientôt, le gouvernement fédéral et l'ensemble des provinces allaient y adhérer (Commission royale d'enquête sur les services de santé (ci-après la « Commission Hall »), I-39.1, p. 394 et s., D.I., vol. 16, p. 3052 et s.).
- 20
48. En 1957, le Parlement fédéral adopte la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* (S.C. 1956-57, c. 28). Cette loi autorise le gouvernement fédéral à assumer environ la moitié du coût des régimes provinciaux d'assurance hospitalisation. Pour pouvoir bénéficier de ces fonds, les provinces doivent toutefois offrir à tous leurs résidents des services hospitaliers assurés suivant des modalités et des conditions uniformes (art. 3, 4 et 5). Dès lors, le fédéral indique sa volonté de voir s'établir un régime d'assurance hospitalisation universel d'un bout à l'autre du Canada.
- 30
49. Adhérant aux principes mis de l'avant par cette loi, l'Assemblée législative du Québec adopte, en 1960, la *LAH*. Dès 1961, toutes les provinces ont mis sur pied un régime public d'assurance hospitalisation (Rapport d'expertise du Dr Fernand Turcotte, I-32, p. 5, D.I., vol. 12, p. 2353).

50. En 1962, la Saskatchewan innove encore une fois et élargit la portée du régime d'assurance santé public en couvrant les services médicaux (Commission Hall, I-39.1, p. 398 et s., D.I., vol. 16, p. 3056 et s.).
51. En 1964, la Commission Hall, présidée par l'Honorable Emmett M. Hall et instituée par le gouvernement fédéral trois ans auparavant, dépose son rapport. Celle-ci avait pour mandat de faire enquête sur l'état des services de santé et sur les besoins futurs de la population canadienne en ce domaine, ainsi que sur les ressources nécessaires pour dispenser ces services. Elle était également chargée de recommander les mesures qui permettraient d'assurer à tous les Canadiens les meilleurs soins de santé possible (I-39.1, p. xix, D.I., vol. 16, p. 3021).
52. Ayant comme objectif de rendre les découvertes des sciences de la santé accessibles à tous les habitants du pays, la Commission Hall conclut à la nécessité de mettre sur pied un régime universel et complet de services de santé, couvrant notamment les services médicaux, dans chacune des provinces ou territoires. Après avoir examiné avec soin la situation de l'assurance privée au Canada et constaté l'incapacité de celle-ci à réaliser une couverture universelle et complète, la Commission Hall propose que ce régime soit financé à l'aide de caisses d'assurance maladie gérées par les provinces. En effet, la Commission avait noté que, en 1961, plus de 7.5 millions de Canadiens ne bénéficiaient d'aucune assurance médicale. Pour ceux qui possédaient une assurance privée, la Commission avait observé que la couverture d'assurance variait d'une assurance à l'autre tandis que plusieurs contrats d'assurance offraient une protection nettement insuffisante. Comme pour le régime d'assurance hospitalisation établi précédemment, la Commission rappelle qu'une fois ce régime mis en place, tous les services de santé personnels devront être universellement accessibles suivant des termes et des conditions uniformes pour tous les Canadiens (I-39.1, p. 11 à 13, 19, 20, 731 à 736, 746 à 748, D.I., vol. 16, p. 3033 à 3035, 3038, 3039, 3086 à 3091, 3101 à 3103).
53. Donnant suite aux recommandations de la Commission Hall, le Parlement fédéral adopte, en 1966, la *Loi sur les soins médicaux* (S.C. 1966-67, c. 64). Le gouvernement fédéral partage avec les provinces qui mettent en place un régime d'assurance

maladie un montant égal à environ 50% du coût des services médicaux qu'elles assurent. Pour avoir droit aux fonds fédéraux, les régimes provinciaux d'assurance maladie doivent respecter les quatre conditions en matière de gestion publique, de transférabilité, d'universalité et d'intégralité qui, à cette époque, étaient les seules expressément prévues dans la loi (art. 3 à 5). Cette loi complète la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* et confirme l'objectif du gouvernement fédéral d'assurer à tous les Canadiens un accès complet et universel tant aux soins hospitaliers que médicaux.

10 54. En 1966, le Québec met sur pied sa propre Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (ci-après la «Commission Castonguay-Nepveu»). Celle-ci est chargée de faire enquête sur tout le domaine de la santé et du bien-être social et, d'une façon plus particulière, d'étudier la faisabilité d'un régime d'assurance maladie pour le Québec (I-39.3, p. ix et x, D.I., vol. 17, p. 3258 et 3259).

55. Dans son rapport de 1967 portant sur l'assurance maladie, la Commission Castonguay-Nepveu fait notamment les constatations suivantes :

- 20
- La maladie est au Québec, comme ailleurs au Canada, une cause importante de pauvreté (I-39.3, p. 42-43, D.I., vol. 17, p. 3300-3301).
 - La pauvreté elle-même rend les gens particulièrement vulnérables à la maladie. La pauvreté en favorise l'éclosion (I-39.3, p. 42-43, 46, D.I., vol. 17, p. 3300-3301, 3304).
 - La maladie a non seulement sur les individus des conséquences graves, elle a aussi des conséquences sociales importantes. La société tout entière a intérêt à hausser le niveau de sécurité et de bien-être de chacun. Les gains qu'obtient la société en matière de santé constituent des multiplicateurs du progrès économique et social (I-39.3, p. 41 et 42, D.I., vol. 17, p. 3299 et 3300) (Voir aussi Commission Hall, I-39.1, p. 6, D.I., vol. 16, p. 3028).
- 30
- La situation des régimes privés d'assurance est encore moins bonne au Québec que dans les autres provinces canadiennes : les régimes protègent une proportion moins grande de la population susceptible d'être protégée et le degré de protection de ces régimes varie grandement. Seul un faible pourcentage de la population jouit d'une protection à peu près complète (I-39.3, p. 45-46, D.I., vol. 17, p. 3303-3304).

- Pour protéger efficacement la population contre les conséquences individuelles et sociales de la maladie, il est nécessaire de mettre en commun toutes les ressources financières individuelles affectées à la protection contre la maladie (I-39.3, p. 35 à 49, 54, D.I., vol. 17, p. 3293 à 3307, 3309).

56. La Commission Castonguay-Nepveu recommande donc l'instauration d'un régime complet et universel d'assurance maladie lequel, à titre de composante essentielle d'un système élargi de sécurité sociale, exige la mise en commun de toutes les ressources financières individuelles affectées à la protection contre la maladie.

10

57. Conformément à cette recommandation, le Québec adopte la *LAM*, en 1970, créant ainsi un régime d'assurance maladie complet et universel. La Régie de l'assurance maladie du Québec, instituée par la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec* (L.R.Q., c. R-5; ci-après la « *LRAMQ* »), se voit dès lors confier la fonction d'administrer et d'appliquer les programmes du régime d'assurance maladie institué par la *LAM* (*LRAMQ*, art.1 et 2).

58. Tout comme la *LAH*, la *LAM* est une loi d'une importance majeure dans le développement du système de sécurité sociale au Québec (Journal des débats, I-39.5, p. 551-559, D.C.A., vol. 14, p. 2510-2518). En effet, tel que l'a précisé la juge de première instance :

20

« La LAM et la LAH sont des législations qui ont pour objet la création et l'entretien d'un régime public de santé ouvert à tous les résidents du Québec. Ce sont des textes législatifs qui visent à encourager la santé globale de tous les Québécois sans discrimination sur la base de la situation économique de ceux-ci. Bref, il s'agit d'une intervention gouvernementale visant à promouvoir le bien-être de sa population en entier. »

30

- jugement de première instance, p. 125, D.C.A., vol. 1, p. 141.

59. Comme en témoigne le Journal des débats, l'adoption de la *LAM* s'inscrit dans le cadre d'une politique générale de la santé dont la mise en œuvre a exigé de nombreuses réformes dans l'organisation du système de santé (Journal des débats, I-39.5; p. 551-559, D.C.A., vol. 14, p. 2510-2518).

60. C'est pourquoi, l'Assemblée nationale du Québec adopte, en 1971, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.Q. 1971, c. 48)⁽⁸⁾. Cette loi met en place un nouveau mode d'organisation des services de santé et des services sociaux destiné, entre autres, à améliorer l'état de santé de la population, à répartir les ressources humaines et financières de la façon la plus juste et rationnelle possible et à rendre accessible à toute personne, d'une façon non discriminatoire et continue, une gamme complète de services de santé et de services sociaux et ce, pendant toute sa vie (art. 3 et 5).
- 10 61. Le Québec se situe alors dans la foulée d'une réflexion canadienne qui a cours à cette époque. Après avoir donné l'occasion à de multiples experts, groupes sociaux, professionnels de la santé et autres intervenants de faire valoir leur point de vue, le législateur a conclu à la nécessité de mettre sur pied un régime qui permet à toute personne d'obtenir les soins dont elle a besoin, sans égard à sa condition financière, à son âge ou à son état physique et mental : tout ceci en réponse, notamment, à l'insuccès des assurances privées en matière de soins de santé (Commission Castonguay-Nepveu 1967, I-39.3, p. 53, D.I., vol. 17, p. 3308).
- 20 62. Dans le suivi de la mise en application des objectifs retenus en matière de santé, les gouvernements du Canada et des provinces ont commandé diverses études et institué différents comités et commissions.
- 30 63. C'est ainsi qu'en 1979, l'Honorable Emmett M. Hall est nommé de nouveau Commissaire. On lui demande alors d'examiner l'état des services de santé au Canada. Au terme de son examen, le Commissaire Hall ne remet aucunement en cause les principes à la base du système de santé et signale qu'à l'échelle mondiale, le régime de soins de santé du Canada se classe parmi les meilleurs. Il s'inquiète cependant que des frais additionnels soient demandés aux résidents de certaines provinces lorsqu'ils obtiennent certains services médicaux et hospitaliers assurés. Pour le Commissaire Hall, il s'agit là d'une menace au principe d'accès gratuit et

⁽⁸⁾ Cette loi a été remplacée par la LSSSS en 1991.

