

- qu'il existe un lien de causalité entre les articles 15 *LAM* et 11 *LAH* et le préjudice qu'ils prétendent subir à leurs droits;
- qu'une éventuelle violation à leurs droits serait contraire aux principes de justice fondamentale.

3.2.1 L'ABSENCE D'ATTEINTE AUX DROITS DE L'ARTICLE 7

- **Le droit à la sécurité**

10

112. Tel que mentionné précédemment, les appelants n'ont pas démontré que leur état de santé exigeait qu'ils aient accès à des soins de santé requis du point de vue médical.

20

113. Ils n'ont pas davantage prouvé que le système de santé québécois présente des carences si généralisées qu'il ne répond pas, sur une grande échelle, aux besoins de la population et met ainsi globalement en péril la sécurité des Québécois. C'est pourtant la preuve que requièrent leurs prétentions d'atteinte *généralisée* que d'hypothétiques usagers pourraient ressentir face au système de santé, considéré dans sa globalité.

30

114. Au contraire, la *LAM* et la *LAH* ont pour objet premier d'assurer aux appelants, comme à l'ensemble de la population québécoise, le droit d'avoir accès gratuitement aux services médicaux et hospitaliers requis du point de vue médical, sans égard à leur situation financière. Ils bénéficient d'un accès au réseau d'établissements de santé organisé conformément à la *LSSSS* de façon à rendre disponibles des soins de santé de qualité sur l'ensemble du territoire québécois, avec un souci constant d'équité, d'accessibilité, d'efficience et d'efficacité. Sur cette question, le procureur général renvoie à l'exposé du cadre législatif fait précédemment.

115. Les services médicaux assurés sont prodigués par la quasi-totalité des médecins pratiquant au Québec. Ce sont d'ailleurs ces médecins qui détermineront ce qui sera

requis au point de vue médical dans chaque cas particulier, jouissant, à cet égard, d'une large autonomie professionnelle.

116. Le système de santé québécois reçoit, par ailleurs, une part importante des ressources financières de l'État.

- 10 • En l'an 2000, le gouvernement du Québec consacrait 39.8% de ses dépenses de programmes à la santé et aux services sociaux (Commission Clair, p. 147, D.I., vol. 25, p. 4960).
- Les dépenses totales de santé par habitant du Québec (traduites selon l'indice de parité du pouvoir d'achat de l'OCDE) l'amenaient à se classer au sixième rang en 1997 parmi les pays de l'OCDE (Rapport Arpin, Rapport du groupe de travail, I-38, p. 50, D.I., vol. 15, p. 2867).
- En 1997, le Québec consacrait environ 9.1% de son PIB aux dépenses consacrées à la santé. Ce pourcentage est parmi les plus élevés dans les pays de l'OCDE (Rapport Arpin, Rapport du groupe de travail, I-38, p. 51-52, D.I., vol. 15, p. 2868-2869).
- 20 • Si on se limite aux dépenses publiques consacrées à la santé, le Québec dépensait en 1998 environ 7.2% de son PIB; un taux qui, encore ici, se compare avantageusement avec celui des pays de l'OCDE (Commission Clair, p. 142, D.I., vol. 25, p. 4955).

117. Considérée à la lumière des indicateurs sociosanitaires pertinents, la performance du système de santé québécois, tout comme celle des systèmes de santé dans l'ensemble du Canada, se compare favorablement avec celles des autres pays développés. De bons résultats sont obtenus notamment en ce qui concerne le taux de mortalité évitable, le nombre d'années potentielles de vie perdues, le taux de mortalité infantile, l'espérance de vie à la naissance ou l'espérance de vie corrigée de l'incapacité.

- 30 - Indicateurs sociosanitaires - comparaisons internationales – évolution 1980-1994 – Allemagne, Canada, États-Unis, France, Québec, Royaume-Uni, R-60, p. 84-85, 90-91, 92, 126-127 et 129, D.I., vol. 7, p. 1290-1291, 1296-1297, 1298, 1331-1332 et 1334;
- 40 - Rapport Romanow, p. 11 à 14, Recueil de sources du procureur général du Canada, onglet 15, p. 275 à 278;

- Rapport sur la santé dans le monde 2000, « Pour un système de santé plus performant » Organisation mondiale de la santé (ci-après le « Rapport OMS 2000 »), annexe statistique, tableaux 1, 5, 9 et 10, D.I., vol. 27, p. 5319, 5323 à 5329, 5331, 5355, 5375 et 5379.

118. Le système de santé québécois et les systèmes de santé dans l'ensemble du Canada, produisent donc de bons résultats. D'ailleurs, le Canada est classé au 7^{ième} rang des pays membres de l'OMS lorsque celle-ci évalue les résultats globaux des systèmes de santé pour l'année 1997.

10

- Rapport OMS 2000, p. 218, D.I., vol. 27, p. 5375.

119. Les statistiques annuelles de la Régie sont, par ailleurs, révélatrices du nombre d'actes médicaux fournis aux usagers par le système de santé et de leur augmentation au cours des années.

- I-39.11, D.I., vol. 23, p. 4472.

120. La preuve au dossier établit que le régime de soins de santé québécois répond bien aux cas qui présentent un danger pour la vie ou l'intégrité physique des usagers. Si l'état de santé d'un usager nécessite des soins urgents, celui-ci y aura accès rapidement et prioritairement.

20

- Témoignage du Dr Côme Fortin, D.C.A., vol. 3, p. 497 et 507, D.I., vol., 1, p. 72 à 75, 81, 87-94;
- Témoignage du Dr Daniel Doyle, D.C.A., vol. 3, p. 425 à 429;
- Témoignage du Dr André Roy, D.I., vol. 2, p. 397-399;
- Rapport d'expertise du Dr Charles J. Wright, I-34, p. 19, D.I., vol. 12, p. 2403;
- Rapport d'expertise du Dr Fernand Turcotte, I-32, p. 12, D.I., vol. 12, p. 2360;
- Témoignage du Dr Michael Churchill Smith, D.I., vol. 1, p. 136.

30

121. Dans les autres situations, comme dans les cas où les usagers sont en attente d'une chirurgie électorive, les professionnels impliqués évaluent la situation de ceux-ci et les

traitent de façon prioritaire si leur état de santé présente des signes particuliers qui justifieraient une intervention plus rapide.

- Témoignage du Dr Daniel Doyle, D.C.A. vol. 3, p. 425 à 429;
- Témoignage du Dr Côme Fortin, D.C.A., vol. 3, p. 495, 497 et D.I., vol. 1, p. 81, 83.

10 122. Le procureur général soutient qu'on ne peut poser un jugement sur l'état général du système de santé québécois en se fondant, comme le font les appelants, sur la seule existence, très médiatisée, de listes d'attente.

123. En effet, ces listes d'attente ne fournissent pas d'informations fiables parce qu'elles ne sont pas constituées à partir de données uniformes et normalisées. On estime généralement que le tiers des patients qui se retrouve sur ces listes y sont comptabilisés à tort, et ce pour diverses raisons (par exemple parce qu'ils se retrouvent sur plusieurs listes en même temps, qu'ils ne sont pas disponibles pour la chirurgie, qu'ils ont déjà eu leur chirurgie ou ne la veulent plus). Plusieurs témoins ont d'ailleurs confirmé cette situation.

- 20
- Rapport d'expertise du Dr Fernand Turcotte, I-32, p. 13-14, D.I., vol.12, p. 2361-2362;
 - Rapport d'expertise du Dr Charles J. Wright, I-34, p. 7 à 9, D.I., vol. 12, p. 2391 à 2393;
 - Waiting lists and Waiting times for Health Care in Canada: More Management!! More Money? Juin 1998 (Rapport Lewis), I-34, p. 3 et i, D.I., vol. 13, p. 2438 et 2431;

- 30
- Témoignage du Dr Côme Fortin, D.I., vol. 1, p. 75, 77 à 80;
 - Témoignage du Dr Daniel Doyle, D.I., vol 1, p. 38 à 40.

124. Notons que ces problèmes de confection et de gestion des listes d'attente ne sont pas particuliers au Québec et que plusieurs pays de l'OCDE sont confrontés aux mêmes difficultés.

- *Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery : A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries*, O.E.C.D., Health Working Papers n° 6, 7 juillet 2003, Paris, par 10, 11 et 29 à 34, Recueil de sources de l'appelant Chaoulli, onglet 47, p. 11 et 16.

125. De plus, on ne peut pas établir l'existence d'un préjudice à la santé d'une personne du seul fait que celle-ci est placée sur une liste d'attente.

- 10
- *Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery : A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries*, précité, par. 9, Recueil de sources de l'appelant Chaoulli, onglet 47, p. 10-11 :

20

« Annex 1 contains a review of some of the main literature on the costs of waiting. Various tentative conclusions may be drawn. First, there is surprisingly little evidence of deterioration in health during waiting in most of the studies reviewed, which cover a variety of procedures, a variety of waiting times, and a variety of countries. That may have been because waiting times are typically shorter for the more acute conditions, such as coronary artery disease. Also, surgeons may be quite good at triage – that is at re-prioritising patients whose conditions become unstable or deteriorate. »

Voir également :

- jugement de première instance, p. 14, D.C.A., vol. 1, p. 30;
- Témoignage du Dr André Roy au sujet de monsieur Barry Stein, D.I., vol. 2, p. 367 et s. et la conclusion de la juge de première instance à ce sujet, p. 28, D.C.A., vol. 1, p. 44.

30

126. Soulignons ensuite qu'une liste d'attente n'est pas en soi un élément indésirable pour un système de santé. Elle est caractéristique des pays qui ne limitent pas l'accès aux soins de santé en fonction de la capacité de payer des individus et elle joue un rôle nécessaire dans la distribution équitable des services de santé.

40

- Rapport Arpin, Constats et recommandations, I-38, p. 37, D.I., vol. 14, p. 2812;
- *Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery : A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries*, précité, par. 21, Recueil de sources de l'appelant Chaoulli, onglet 47, p. 13;
- Rapport d'expertise du Dr Fernand Turcotte, I-32, p. 11-13, D.I., vol.12, p. 2359-2361;

- Rapport d'expertise du Dr Charles J. Wright, I-34, p. 6-7, D.I., vol. 12, p. 2390-2391.

127. Enfin, il est révélateur de constater que le taux de satisfaction des usagers des services médicaux et hospitaliers demeure, avec une constance remarquable, très élevé et de beaucoup supérieur à celui du public en général.

- Rapport Arpin, Rapport du groupe de travail, I-38, p. 1, D.I., vol. 15, p. 2891;
- 10 - Commission Clair, p. 206, D.I., vol. 25, p. 5018.

128. On ne peut donc pas conclure, en se fondant sur le seul élément de l'existence de listes d'attente, que de façon générale, le système de santé québécois est incapable de fournir les services assurés dans un délai médicalement acceptable.

- Rapport d'expertise du Dr Fernand Turcotte, I-32, p. 14, D.I., vol. 12, p. 2362.

20 129. Tous les systèmes de santé sont sous pression et aucun ne peut prétendre être parfait. Ils ont tous, un jour ou l'autre, à faire face à certains problèmes ponctuels. On ne peut présumer que le système de santé québécois ne pourra pas répondre à ces problèmes ponctuels et assurer à la population un accès adéquat aux services de santé médicalement requis.

- *Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery : A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries*, précité, par 1, Recueil de sources de l'appelant Chaoulli, onglet 47, p. 9;
- Témoignage du Dr Côme Fortin, D.I., vol. 1, p. 70;
- 30 - Témoignage du Dr Daniel Doyle, D.C.A., vol. 3, p. 469.

130. Dans ce contexte, les appelants n'ont pas démontré que le système de santé québécois présente des carences si généralisées qu'il ne répond pas, sur une grande échelle, aux besoins de la population et met ainsi globalement en péril la sécurité des Québécois.

131. C'est pourquoi, le procureur général estime que le droit que revendiquent les appelants relève essentiellement de la libre disposition de leurs ressources financières pour se procurer des services médicaux ou hospitaliers déjà assurés par la LAM et la LAH. Or, l'article 7 ne permet pas de revendiquer un tel privilège; le droit de financer l'accès à un service de santé n'est pas protégé au titre de la liberté et de la sécurité de la personne.

- jugement de première instance, p. 111, D.C.A., vol. I, p. 127.

10 132. De même, plusieurs tribunaux au Canada ont conclu que l'article 7 ne peut garantir le droit à des bénéfices additionnels de nature économique, même s'ils ont un impact positif sur la qualité de la vie et de la sécurité des individus.

- *Lacey v. British Columbia*, [1999] B.C.J. n° 3168 (B.C.S.C.), par. 3 à 6 (**onglet 20**);

- *Fernandes v. Manitoba (Director of Social Services) (Winnipeg Central)*, (1992) 93 D.L.R. (4th) 402 (Man. C.A.), p. 412 à 414 (**onglet 12**);

20 - *Wittman v. Emmot*, [1991] 4 W.W.R. 175 (B.C.C.A.), p. 185 et s.;

- *Whitbread v. Walley*, (1989) 51 D.L.R. (4th) 509 (B.C.C.A.), p. 521-522 (**onglet 66**);

- *Belhumeur c. Savard*, [1988] R.J.Q. 1526 (C.A. Qué), p. 1533 (**onglet 4**);

- *Masse v. Ontario (Ministry of Community & Social Services)*, (1996) 134 D.L.R. (4th) 20 (Ont. S.C.), p. 41 à 43; autorisation d'appel refusée, [1996] O.J. 1526; autorisation de pourvoi refusée, [1996] 3 R.C.S. xi (**onglet 25**).

30

133. Ce principe est également applicable en matière d'accès à certaines modalités de soins médicaux.

- *Brown v. British Columbia (Minister of Health)*, (1990) 66 D.L.R. (4th) 444 (B.C.S.C.), p. 466-467 (**onglet 8**);

- *Ontario Nursing Home Assn v. Ontario*, (1990) 72 D.L.R. (4th) 166 (Ont. H.C.), p. 177 (**onglet 29**);

40

- *Auton (Guardian ad Litem of) v. British Columbia*, précité, (B.C.C.A.), par. 73.

• **Le droit à la liberté**

134. Au titre du droit à la liberté que protège l'article 7, seules les « décisions intrinsèquement privées » bénéficient d'une protection constitutionnelle. Cette sphère limitée d'autonomie personnelle concerne seulement les décisions d'un individu touchant à son « être fondamental » et ne protège que les intérêts « vraiment essentiels à la dignité individuelle ».

10 - *Blencoe c. Colombie-Britannique (Human Rights Commission)*, précité, par. 49-54 et par. 86 (M. le juge Bastarache, pour la majorité).

135. La liberté revendiquée par les appelants est celle d'utiliser comme bon leur semble leurs ressources financières pour contracter une assurance privée. Le caractère essentiellement économique de cette revendication ne saurait être subsumé par le seul fait que le libre usage de leur propriété serait destiné à se procurer des services médicaux et hospitaliers assurés.

20 136. À l'évidence, aucun choix personnel fondamental n'est mis en cause par les dispositions contestées dans le présent litige. Si l'on devait conclure autrement, l'autonomie des individus risquerait d'être assimilée au droit de vivre en marge de la société puisqu'une simple contrainte réglementaire, comme celle du mode de financement du système de santé, pourrait être contestée par le biais de l'article 7 de la *Charte canadienne*.

137. Donner une portée aussi étendue au droit à la liberté est incompatible avec l'organisation de la vie en société et la recherche du bien commun.

- 30
- *Renvoi sur la Motor Vehicle Act (C.-B.)*, précité, p. 524 (Mme la juge Wilson);
 - *R. c. Edwards Books and Art Ltd.*, [1986] 2 R.C.S. 713, p. 785-786 (M. le juge en chef Dickson, avec l'appui des juges Chouinard et Le Dain) (**onglet 36**);
 - *R. c. Morgentaler*, précité, p. 164 (Mme la juge Wilson);
 - *R. c. Jones*, [1986] 2 R.C.S. 284, p. 318-319 (Mme la juge Wilson) (**onglet 39**);
 - *Operation Dismantle c. La Reine*, précité, p. 489-490 (Mme la juge Wilson);

- *B.(R.) c. Children's Aid Society of Metropolitan Toronto*, précité, p. 368 (M. le juge La Forest, pour la majorité).

138. Comme l'écrivait la Cour à l'égard de prétentions voulant qu'un choix relatif à un aspect du mode de vie d'un individu serait protégé par le droit à la liberté garanti par l'article 7 pour le motif que celui-ci le juge important :

10 « Une société qui étendrait la protection de sa Constitution à de telles préférences personnelles serait ingouvernable. Selon nous, de telles décisions concernant le mode de vie ne sont pas « des choix fondamentaux participant de l'essence même de ce que signifie la jouissance de la dignité et de l'indépendance individuelles (Godbout, précité, par. 66). »

- *R. c. Malmo-Levine; R. c. Caine*, précité, par. 86 (MM. les juges Gonthier et Binnie, pour la majorité).

139. En somme, le procureur général soutient qu'aucune atteinte à un droit protégé par l'article 7 n'a été établie par les appelants, ce qui constitue le premier élément de leur fardeau de démonstration.

20

3.2.2 L'ABSENCE DE LIEN DE CAUSALITÉ ENTRE L'ATTEINTE ALLÉGUÉE ET LES ARTICLES 15 LAM ET 11 LAH

140. Selon les critères posés par la Cour, les appelants auraient dû également démontrer l'existence d'un lien de causalité entre l'effet des articles contestés et le préjudice allégué à leurs droits.

30

- *Blencoe c. Colombie-Britannique (Human Rights Commission)*, précité, par. 60, et particulièrement les par. 69-70 (M. le juge Bastarache, pour la majorité);
- *Suresh c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)*, [2002] 1 R.C.S. 3, par. 53-54 (La Cour) (**onglet 59**);
- *R. c. Morgentaler*, précité, p. 60-61 (M. le juge en chef Dickson); p. 90 (M. le juge Beetz);
- *Operation Dismantle c. La Reine*, précité, p. 447, 456 (M. le juge en chef Dickson, pour la majorité).

141. Or, les appelants ont totalement omis de démontrer l'existence de ce lien de causalité.

142. Il n'y a aucun élément de preuve au dossier démontrant que les problèmes d'accès allégués aux services médicaux et hospitaliers sont causés par l'interdiction prévue aux articles 15 LAM et 11 LAH.

10 143. Au contraire, la preuve révèle que des facteurs étrangers aux interdictions législatives de contracter une assurance privée (tels que l'évolution rapide des technologies, la pénurie de certains spécialistes, leur répartition sur le territoire ou le manque d'infirmières ou de techniciens) sont l'origine véritable des difficultés ressenties par le système de santé québécois. Ces difficultés sont d'ailleurs communes à l'ensemble des régimes médicaux occidentaux, peu importe leur mode de financement.

- 20
- Rapport d'expertise du Dr Howard Bergman, I-25, p. 4, D.I., vol. 10, p. 1852;
 - Témoignage de Dr Abdenour Nabid, D.C.A., vol. 3, p. 550-551, D.I., vol. 1, p. 114-115, 126-127;
 - Témoignage du Dr Côme Fortin, D.C.A., vol. 3, p. 496, D.I., vol. 1, p. 62, 63, 70;
 - Témoignage du Dr Daniel Doyle, D.C.A., vol. 3, p. 443 à 444 et 469;
 - *Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery : A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries*, précité, par 1, Recueil de sources de l'appelant Chaoulli, onglet 47, p. 9.

30 144. Il n'y a pas davantage de preuve au dossier que la possibilité de recourir à une assurance privée pour financer les services assurés par le régime public réglerait les problèmes d'accès allégués par les appelants et aurait pour effet de leur donner accès aux services qu'ils prétendent craindre de ne pas avoir.

- jugement de première instance, p. 14 et 27, D.C.A., vol. 1, p. 30 et 43.

145. Le procureur général estime plutôt avoir démontré qu'un régime privé offrirait vraisemblablement une gamme restreinte de services de santé, limiterait l'accès à

ses bénéfiques à une clientèle répondant à des critères d'assurabilité sélectifs (en fonction notamment de l'âge, de l'état de santé, des antécédents médicaux, etc.), administrerait de façon stricte la couverture et la procédure d'accès aux soins offerts et contrôlerait les coûts afférents au régime (en augmentant le montant de la prime et de la coassurance, en restreignant la couverture, en limitant le choix du médecin ou en contrôlant ses décisions, etc.).

- 10
- Témoignage du Dr Howard Bergman, D.I., vol. 2, p. 232 à 236, 241 et 242, et Rapport d'expertise, I-25, p. 7 et 10, D.I., vol. 10, p. 1855 et 1858;
 - Témoignage du Dr Daniel Doyle sur les HMO, D.C.A., vol. 1, p. 50 à 54;
 - Rapport d'expertise du Dr Jean-Louis Denis, I-27, p. 11-12, 16-17, D.I., vol. 11, p. 2076-2079, 2081-2082;
 - Rapport d'expertise du Dr Charles J. Wright, I-34, p. 17-18, D.I., vol. 11, p. 2401-2402;
 - 20 - Rapport sur la santé dans le monde – 1999 – Pour un réel changement, Organisation mondiale de la santé, Dossier de l'intimé, le procureur général du Canada, vol. 10, p. 1674.

146. Ajoutons que la position de l'appelant Zeliotis apparaît peu réaliste puisqu'elle ne tient pas compte de la difficulté des personnes âgées à obtenir de l'assurance privée couvrant des soins médicaux et hospitaliers.

- 30
- Commission Castonguay-Nepveu 1967, I-39.3, p. 45 et 46, D.I., vol. 17, p. 3303 et 3304;
 - Conseil consultatif national sur le troisième âge sur la privatisation des soins de santé, IA-54, p. 5, D.I., vol. 24, p. 4761.

147. Même en présumant que le système québécois de soins de santé souffre de carences généralisées, ce qui est nié, les appelants n'ont nullement établi que les articles 15 *LAM* et 11 *LAH* sont la cause effective de ces difficultés et que l'instauration d'un régime privé parallèle améliorerait de façon importante l'accès aux services de santé pour l'ensemble de la population.

3.2.3 LA CONFORMITÉ DE L'ATTEINTE ALLÉGUÉE AVEC LES PRINCIPES DE JUSTICE FONDAMENTALE

148. Dans l'hypothèse où une privation réelle ou imminente à l'un ou l'autre des droits protégés par l'article 7 de la *Charte canadienne* était constatée, les appelants doivent également démontrer que celle-ci est contraire aux principes de justice fondamentale. Ainsi que l'a précisé la Cour, cette étape de l'analyse consiste d'abord à identifier et qualifier un principe de justice fondamentale pertinent, avant d'établir si la privation de droit est conforme à celui-ci.

10

- *R. c. White*, précité, par. 38 (M. le juge Iacobucci, pour la majorité);
- *R. c. Malmo-Levine*; *R. c. Caine*, précité, par. 83 (MM. les juges Gonthier et Binnie, pour la majorité); par. 219 (Mme la juge Arbour).

149. En l'espèce, la contestation des appelants à ce chapitre se borne à remettre en cause la justesse des choix politiques pris par le législateur (mémoire de l'appelant Chaoulli, par. 186-190) ou la légitimité des objectifs poursuivis par l'instauration des régimes publics d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation (mémoire de l'appelant Zeliotis, par. 62-64).

20

150. Or ces considérations de nature politique et non juridique ne constituent pas des principes de justice fondamentale qui peuvent être opposés aux articles 15 *LAM* et 11 *LAH*.

151. Ainsi qu'il a été établi dans la récente trilogie portant sur la criminalisation de la marijuana, l'article 7 de la *Charte canadienne* ne limite la compétence du législateur de protéger les intérêts légitimes de l'État que s'il adopte des mesures législatives *arbitraires, irrationnelles ou exagérément disproportionnées*. En somme, une violation de la justice fondamentale sera établie si la restriction d'un droit protégé par l'article 7 ne fait à peu près rien pour promouvoir un intérêt de l'État ou ne sert aucune fin valable.

30

- *R. c. Malmo-Levine*; *R. c. Caine*, précité, par. 129-140 (MM. les juges Gonthier et Binnie, pour la majorité);

- *Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, précité, p. 594-595 (M. le juge Sopinka, pour la majorité).

152. Contrairement aux prétentions des appelants, ce principe ne consiste pas à apprécier l'importance des intérêts collectifs poursuivis par la loi ou la gravité du préjudice auquel l'État veut remédier.

- *R. c. Malmo-Levine; R. c. Caine*, précité, par. 133 (MM. les juges Gonthier et Binnie, pour la majorité); voir également les par. 179-182.

10

153. De plus, pour établir qu'une loi a une portée excessive au sens de l'arrêt *Heywood*, il ne suffit pas d'affirmer que d'autres solutions législatives auraient pu être imaginées, mais plutôt que la loi est arbitraire ou engendre des effets exagérément disproportionnés par rapport à l'intérêt général que la loi tente de protéger. Ce principe juridique sévère est similaire à celui applicable à une sanction au regard de l'article 12 de la *Charte canadienne* et requiert une démonstration du caractère odieux ou intolérable de la mesure contestée afin de préserver le principe de la retenue judiciaire à l'égard des moyens choisis par le législateur pour répondre à un intérêt de l'État.

20

- *R. c. Malmo-Levine; R. c. Caine*, précité, par. 143, 169, 175, 179-182 (MM. les juges Gonthier et Binnie, pour la majorité);
- *R. c. Clay*, précité, par. 37-40 (MM. les juges Gonthier et Binnie, pour la majorité).

30

« Lorsqu'on analyse une disposition législative pour déterminer si elle a une portée excessive, il y a lieu de faire preuve de retenue à l'égard des moyens choisis par le législateur. Bien que les tribunaux aient l'obligation constitutionnelle de veiller à ce qu'une loi soit compatible avec la Charte, le législateur doit avoir le pouvoir de faire des choix de principe. Un tribunal ne devrait pas intervenir simplement parce que le juge aurait peut-être choisi des moyens différents d'atteindre l'objectif s'il avait été législateur. »

- *R. c. Heywood*, [1994] 3 R.C.S. 761, p. 793 (M. le juge Cory, pour la majorité) (**onglet 38**); cité avec approbation dans *R. c. Clay*, précité, par. 38-39 (MM. les juges Gonthier et Binnie, pour la majorité).

154. En l'espèce, il incombait aux appelants de faire la preuve que les mesures législatives contestées sont arbitraires, irrationnelles ou qu'elles sont en soi

exagérément disproportionnées à tout intérêt légitime de l'État. À l'évidence, cette démonstration n'a pas été faite.

- **Les objectifs visés par la LAM et la LAH**

155. L'examen du contexte historique et législatif permet d'identifier deux objectifs législatifs principaux.

10 156. Le premier objectif poursuivi concerne l'amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population. Pour atteindre cet objectif, le législateur vise plus particulièrement à :

- éliminer l'incertitude et le risque économique inhérents à la maladie, notamment par l'élimination des barrières financières à l'accès aux soins;
- rendre les soins accessibles à l'ensemble de la population de façon qu'elle puisse en faire une consommation optimale;
- 20 • obtenir une efficacité maximale du système de dispensation des soins par la planification, la coordination et l'intégration de l'activité dans le domaine de la santé;
- maximiser les rendements sociaux de la santé, en tant qu'investissement dans les ressources humaines et en tant que mesure de prévention sociale.

- Commission Castonguay-Nepveu 1967, I-39.3 p. 35 à 47, 53, D.I., vol. 17, p. 3293 à 3305, 3308;

- Journal des débats, I-39.5, p. 551 à 558, D.C.A., vol. 14, p. 2510 à 2517.

30

157. Le deuxième objectif poursuivi concerne la promotion des valeurs d'égalité et de solidarité sociales en donnant à toute la population un accès égal à des services médicaux et hospitaliers de qualité, par la mise en commun des ressources, de façon à ce que ces services soient distribués en fonction des besoins véritables des usagers et non en fonction de leur capacité de payer.

158. Ces valeurs d'égalité et de solidarité sociales sont reconnues comme fondamentales dans le système de santé :

« La plupart des gens acceptent très bien que des revenus plus élevés engendrent un style de vie différent. Par contre, l'idée qu'une personne malade ne reçoive pas le même traitement qu'une autre en raison de son revenu leur est intolérable. Cette forme d'inégalité est jugée inacceptable. »

L'égalité d'accès est de plus considérée essentielle pour permettre à chacun d'avoir les mêmes possibilités. Les écarts entre les revenus peuvent être le résultat de l'économie de marché, mais la santé physique constitue une condition sine qua non pour avoir les mêmes chances de succès. Si l'on veut qu'il y ait une égalité dans les possibilités offertes à chacun, tout le monde doit, dans la mesure du possible, jouir au départ d'une bonne santé. »

10

- Forum National, Rapport de synthèse du groupe de travail sur les valeurs, I-16, p. 10-11, D.I., vol. 8, p. 1565-1566;

*« **La citoyenneté et l'égalité des chances** – Les services médicaux et hospitaliers, par l'assurance maladie et l'assurance hospitalisation, sont les seuls que l'ensemble de la société se donne au bénéfice de tous ses membres, sans condition liée à la situation financière, de façon véritablement universelle. Cette situation est pratiquement unique : elle découle du choix de notre société de se donner un projet commun qui rallie l'ensemble des citoyens et les différentes communautés. Elle revêt donc un caractère symbolique essentiel à sa compréhension. Elle repose sur le principe que **l'égalité des chances** est inhérente au statut de citoyen et sur la conviction que les soins de santé constituent une condition nécessaire à cette égalité. »*

20

- Rapport Arpin, Rapport du groupe de travail, I-38, p. 34, D.I., vol. 15, p. 2921.

Voir également :

30

- Commission Castonguay-Nepveu 1967, I-39.3, p. 44, 49, 53 et 54, D.I., vol. 17, p. 3302, 3307, 3308 et 3309;
- Commission Castonguay-Nepveu : La santé (ci-après la « Commission Castonguay-Nepveu 1970 »), I-39.4, p. 245, D.I., vol. 19, p. 3690;
- Journal des débats, I-39.5, p. 551 à 554, D.C.A., vol. 14, p. 2510 à 2513;
- Journal des débats, R-30, p. 1411-1412, D.C.A., vol. 8, p. 1357 à 1358;

40

- Le programme de santé national et provincial du Canada pour les années 1980 – Engagements au renouveau, I-39.7, p. 6-7, 26-28, D.I., vol. 19, p. 3756-3757, 3776-3778;
- Commission Rochon, I-39.8, p. 487 à 490, 651-652, 654, D.I., vol. 20, p. 4027 à 4030, 4044-4045, 4047;
- Comité fédéral Porter, I-39.9, p. 51, D.I., vol. 21, p. 4169;

- Rapport du Conseil de la santé et du bien-être, p. 14, D.I., vol. 27, p. 5266;
- Rapport Romanow, p. xvi, xxii, 31-32, 47, Recueil de sources du procureur général du Canada, onglet 15, p. 242, 248, 295-296, 311.

10 159. L'importance de ces principaux objectifs législatifs est reconnue par la juge de première instance lorsqu'elle affirme que les articles 15 *LAM* et 11 *LAH* visent l'amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population ainsi que la promotion des valeurs d'égalité et de dignité humaine consacrées par la *Charte canadienne* et la *Charte québécoise*.

- jugement de première instance, p. 126, D.C.A., vol. 1, p. 142;
- *R. c. Oakes*, [1986] 1 R.C.S. 103, p. 136 (M. le juge en chef Dickson, pour la majorité) (onglet 44).

- **Les moyens choisis ne sont pas arbitraires ou exagérément disproportionnés à la poursuite des objectifs législatifs**

20 160. Les articles 15 *LAM* et 11 *LAH* permettent d'atteindre les objectifs des lois dans lesquelles ils s'insèrent.

161. En l'espèce, les appelants réclament, par la levée des interdictions prévues aux dispositions attaquées, l'instauration d'un système de santé privé parallèle dont l'accès serait d'abord conditionné par la capacité de payer des individus.

162. D'une part, cette revendication est contraire aux valeurs d'égalité et de solidarité sociales que vise à promouvoir le législateur dans le domaine de la santé.

30 163. D'autre part, comme l'a conclu la juge de première instance, cette revendication nuit à la poursuite des objectifs d'amélioration de la santé et du bien-être de la population :

« Il est clair que le gouvernement québécois voulait promouvoir la santé de sa population par l'établissement d'un régime public de services de santé ouvert à tous. Ceci sous-entend que le système public devait pouvoir offrir des services de qualité. Pour atteindre ce but, le gouvernement devait prévoir un mécanisme qui empêcherait la perte d'une partie importante des ressources en santé vers le secteur privé. La viabilité du régime public dépendait de la

disponibilité des ressources de santé (personnel, équipement etc.) à l'ensemble de la population. L'article 15 LAM vise à assurer cette disponibilité en limitant de façon considérable l'accessibilité et la rentabilité du système privé au Québec. »

- jugement de première instance, p. 76, voir aussi p. 125 à 127, D.C.A., vol. 1, p. 92, 141 à 143.
- 10 164. L'accomplissement des objectifs visés nécessite en effet la mise en commun de toutes les ressources financières individuelles affectées à la protection contre la maladie. Ainsi, la présence d'un régime privé dédoublant le régime public ne permettrait pas à ce dernier d'atteindre ses objectifs. C'est pourquoi il fut décidé d'éliminer les régimes particuliers d'assurances couvrant les mêmes soins que ceux couverts par le régime d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation, de manière à ce que l'État ait les coudées franches quant au financement de ces régimes et quant à la coordination, la planification et la mise en commun de tous les effectifs alors disponibles au Québec.
- jugement de première instance, p. 126, D.C.A., vol. 1, p. 142;
- 20
- Commission Castonguay-Nepveu 1967, I-39.3, p. 54, D.I., vol. 1, p. 3309;
 - Journal des débats, I-39.5, p. 554, 646, D.C.A., vol. 14, p. 2513, 2525.
165. Un régime à payeur unique est celui qui est le plus à même d'assurer que tous aient accès aux meilleurs soins que la richesse collective de la société peut offrir à la population. Il possède aussi la capacité de s'adapter et de se transformer de façon à faire face aux pressions que vivent actuellement tous les systèmes de santé des pays de l'OCDE. Il permet la prise en charge collective des problèmes qui peuvent survenir.
- 30
- Rapport d'expertise du Dr Howard Bergman, I-25, p. 8-9, D.I., vol. 10, p. 1856-1857;
 - Rapport d'expertise du Dr Jean-Louis Denis, I-27, p. 17 à 21, D.I., vol. 11, p. 2082 à 2086;
 - Témoignage du Dr Michael Churchill Smith, D.I., vol. 1, p.180 à 182.
- 40 166. Un régime à payeur unique donne de plus au gouvernement un levier financier qui lui permet de répartir les effectifs médicaux en adoptant des mesures incitatives qui,

par exemple, encouragent les médecins à pratiquer hors des grands centres ou dans certains secteurs où les besoins sont jugés prioritaires.

- Journal des débats, I-39.5, p. 553, D.C.A., vol. 14, p. 2512;
- Commission Clair, p. 159-160, D.I., vol. 25, p. 4972-4973.

10 167. Par ailleurs, il ne fait pas de doute que la possibilité de contracter une assurance privée dans le contexte que revendiquent les appelants engendrerait de nombreux effets néfastes sur le système de santé québécois et entraverait la réalisation des objectifs que poursuit le législateur :

20 *« La preuve a montré que le droit d'avoir recours à un système parallèle privé de soins, invoqué par les requérants, aurait des répercussions sur les droits de l'ensemble de la population. Il ne faut pas jouer à l'autruche. L'établissement d'un système de santé parallèle privé aurait pour effet de menacer l'intégrité, le bon fonctionnement ainsi que la validité du système public. Les articles 15 LAM et 11 LAH empêchent cette éventualité et garantissent l'existence d'un système de santé public de qualité. »*

- jugement de première instance, p. 127, D.C.A., vol. 1, p. 143.

168. La preuve révèle que les ressources existantes, tant chez les médecins que les autres professionnels de la santé (les infirmières et les techniciens notamment) se déplaceraient du régime public vers le régime privé, augmentant ainsi les listes d'attente dans le système public.

- jugement de première instance, p. 126, D.C.A., vol. 1, p. 142;
- 30 - Rapport d'expertise du Dr Howard Bergman, I-25, p. 8, D.I., vol. 10, p. 1856;
- Rapport d'expertise du Dr Charles J. Wright, I-34, p. 15 à 17, D.I., vol. 12, p. 2399 à 2401;
- Rapport d'expertise du Dr Jean-Louis Denis, I-27, p. 14, D.I., vol. 11, p. 2079;
- Rapport d'expertise du professeur Theodore R. Marmor, I-29, p. 2 à 13, D.I., vol. 11, p. 2214 à 2225;
- 40 - Comité fédéral Porter, I- 39.9, p. 34, D.I., vol. 21, p. 4153;
- Rapport Romanow, p. 154, Recueil de sources du procureur général du Canada, onglet 15, p. 418;

