COUR SUPÉRIEURE

CANADA
PROVINCE DE QUÉBEC
DISTRICT DE MONTRÉAL

N° : 500-06-000158-028

DATE : 17 AOÛT 2006

SOUS LA PRÉSIDENCE DE : L'HONORABLE NICOLE BÉNARD, J.C.S.

ASSOCIATION POUR L'ACCÈS À L'AVORTEMENT
Demanderesse
c.
PROCUREUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC
Défendeur

JUGEMENT SUR LE RECOURS COLLECTIF
CONCERNANT LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE

---

[1] Les femmes qui, depuis 1999, doivent débourser des sommes pour avoir accès à un avortement au Québec, ont-elles droit à un remboursement?

1. Chronologie des événements

[2] Il faut se rappeler que, dans les années 1980, les femmes canadiennes, pour avoir droit à un avortement, devaient soumettre leur demande au comité d'avortement des hôpitaux accrédités.

[3] Cependant, au Québec, les femmes peuvent obtenir un avortement dans les CLSC subventionnés par le gouvernement et même dans les centres de santé des femmes et dans certaines cliniques médicales, dont celle du Dr. Morgentaler; celui-ci sera alors poursuivi pour avoir contrevenu au *Code criminel*.

[4] Le 28 janvier 1988, la Cour suprême du Canada décide, dans l'arrêt *R.* c. *Morgentaler*[1], que l'article 251 du *Code criminel* porte atteinte aux droits et à la sécurité de la personne, d'un grand nombre de femmes enceintes. La procédure et les structures administratives établies par l'article pour obtenir les avortements thérapeutiques ne sont pas conformes aux principes de justice fondamentale. Il y a atteinte à l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés* (*Charte canadienne*)[2], atteinte que l'article 1 ne saurait permettre; la Cour suprême annule donc l'article 251 du *Code criminel*.

[5] Suite à cet arrêt de la Cour suprême, d'autres cliniques situées à Montréal décident d'offrir les services d'IVG, dont la Clinique médicale de l'Alternative et la Clinique Fémina.

[6] En 1992, dans le cadre de sa réforme du système de santé, le Gouvernement du Québec dépose sa politique de la santé et du bien-être, adopte la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS)[3] et modifie diverses dispositions législatives mettant en place les régies régionales.

[7] Le gouvernement veut améliorer les services de planification des naissances et d'IVG et en assurer l'accès aux femmes dans toutes les régions du Québec.

[8] Le 22 février 1996 (D-18), le ministre de la Santé et des Services sociaux, Jean Rochon, envoie à tous les présidents des régies régionales le document intitulé *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances* et leur demande de lui faire parvenir un plan de mise en œuvre des présentes orientations, de concert avec tous les partenaires impliqués dans la dispensation des services sur leur territoire et, au besoin, avec les autres régies, sur les questions qui le requièrent. Ce plan d'action doit énoncer les priorités régionales en planification des naissances, la gamme des services qui seront disponibles aux plans local, régional et suprarégional, les mécanismes de concertation ainsi que le partage des rôles entre les différents partenaires; le ministre demande que ces plans lui soient transmis pour le 31 juillet 1996.

[9] En juin 1998, un plan de travail ministériel est approuvé par la sous-ministre Lise Denis.

[10] Le 8 mars 1999, le Dr. Morgentaler informe la ministre Pauline Marois qu'au moins un tiers des femmes sont obligées de payer pour se faire avorter au Québec, car le système public n'a pas les ressources pour offrir le service gratuitement à toutes les femmes du Québec.

---

1 *R.* c. *Morgentaler*, [1988] 1 R.C.S. 30.

2 *Charte canadienne des droits et libertés*, partie I de la Loi constitutionnelle de 1982, constituant l'annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (R.-U.), 1982, c. 11.

3 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2.

[11] Un état de situation (P-7) est alors préparé par Nicole Gravel de la direction de la planification qui mentionne que le plan ministériel approuvé en juin 1998, par la sous-ministre Denis, prévoit un partenariat avec les cliniques privées et qu'un mandat doit être donné au Dr. Guimond de négocier la transformation des cliniques privées en organismes sans but lucratif, car toutes les régies régionales éprouvent des difficultés pour assurer l'accessibilité gratuite aux femmes; elle ajoute que l'évaluation des plans d'action en matière de planification des naissances est tributaire du dépôt de ceux-ci et que certaines régions ne l'ont pas encore déposé.

[12] Le 6 mai 1999 (P-8), la ministre Marois informe le Dr. Morgentaler que les orientations ministérielles déposées en 1996, traitent, entre autres, de l'accessibilité universelle, de la gratuité des services et de leur adaptation aux besoins et caractéristiques de chaque sous-population régionale. Elle ajoute que le ministère est conscient que, malgré tous ces ajustements, certaines régions ne pourront répondre à toutes les demandes via les CLSC, les centres de femmes et les centres hospitaliers et que, même s'il privilégie l'organisation de ces services dans le réseau public, une entente avec les partenaires privés pourrait être nécessaire, notamment sur les coûts afférents. Il est trop tôt pour prendre des décisions, les régies régionales n'ayant pas toutes déposé leur plan.

[13] En décembre 1999, les informations requises par le ministre en février 1996 sont finalement transmises par les régies régionales. Le Tribunal ne peut s'empêcher de souligner qu'il leur a fallu près de quatre ans, de février 1996 à décembre 1999, pour soumettre un plan de mise en œuvre des orientations ministérielles sur la planification des naissances, alors que cette question telle qu'indiquée dans la lettre du ministre Rochon et admise par les deux ministres responsables du projet qui lui ont succédé, soit les ministres Agnès Maltais, responsable du dossier de la planification des naissances, et Pauline Marois, ministre de la Santé et des services sociaux, est une priorité du ministère; quatre ans pour informer le ministre des ressources nécessaires demandées pour le 31 juillet 1996. Le Tribunal ne peut que s'interroger sur le délai qu'auraient pris les régies à répondre à cette demande si elle n'avait pas été prioritaire.

[14] Le ministère décide alors d'accorder aux régies régionales un budget total récurrent de 3 773 370 $, et non récurrent de 2 158 170 $, pour leur permettre d'assurer l'organisation et la dispensation des IVG aux femmes de leur région; la décision prise ne sera mise en œuvre qu'en août 2001, soit plus de cinq ans après que le ministre Rochon eut affirmé que les services de planification des naissances soient définis comme des services essentiels pour la santé des femmes.

2. Les intervenants

[15] Plusieurs personnes ou établissements sont impliqués dans le dossier des interruptions volontaires de grossesse (IVG) au Québec.

2.1 Le ministre de la Santé et des Services sociaux

[16] L'article 431 de la LSSSS détermine :

> **431.** En conformité avec une politique de santé et de bien-être, le ministre détermine les priorités, les objectifs et les orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux et veille à leur application.
>
> Plus particulièrement :
>
> 1° il établit les politiques de santé et de services sociaux et voit à leur mise en œuvre et à leur application par les régies régionales, et à leur évaluation;

[17] L'article 463 de la LSSSS précise que le ministre voit à la répartition entre les régions des ressources nécessaires au financement du système de santé et des services sociaux en fonction des populations à desservir et de leurs caractéristiques sociosanitaires.

2.2 Les régies régionales appelées maintenant agences de santé et de services sociaux.

[18] La LSSSS prévoit à l'article 339 que le gouvernement doit instituer, pour chaque région qu'il délimite, une régie régionale de la santé et des services sociaux.

[19] L'article 340 de la LSSSS précise que la régie régionale a principalement pour objet de planifier, d'organiser, de mettre en œuvre et d'évaluer, dans la région, les orientations et politiques élaborées par le ministre. Les régies régionales sont maintenant appelées les agences de santé et des services sociaux.

[20] Elle a également pour objet d'élaborer les priorités de santé et de bien-être en fonction des besoins de la population de sa région en tenant compte des objectifs fixés par le ministre.

[21] Les régies régionales doivent donc concevoir les plans d'action permettant l'application des orientations ministérielles, en identifiant les besoins sur leur territoire ou, comme le dit l'article 346 de la LSSSS :

> **346** La régie régionale veille au respect des priorités de santé et de bien-être et à l'atteinte des objectifs de santé et de bien-être.
>
> À cette fin, elle :
>
> (...)
>
> 2° identifie les besoins de la population en vue de l'élaboration des plans régionaux d'organisation de services;

2.3 Les établissements de santé et des services sociaux

[22] L'article 79 de la LSSSS prévoit quels établissements offrent les services de santé :

- les centres locaux de services communautaires (CLSC);
- les centres hospitaliers (CH);
- les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse;
- les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- les centres de réadaptation.

[23] Pour les besoins de cette cause, il est utile de rappeler les missions des CLSC et des CH.

[24] La LSSSS précise la mission de chacun des centres, et des services fournis dans leurs établissements.

[25] L'article 80 de la LSSSS établit que :

> **80.** La mission d'un centre local de services communautaires est d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion.

[26] L'article 81 de la LSSSS prévoit :

> **81.** La mission d'un centre hospitalier est d'offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, principalement sur référence, les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins, s'assure que leurs besoins soient évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

[27] L'article 100 de la LSSSS détermine que :

> **100.** Les établissements ont pour fonction d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels et qui visent à réduire ou à solutionner les problèmes de santé (...).

[28] L'article 101 de la LSSSS ajoute que :

> **101.** L'établissement doit notamment :

> 1° recevoir toute personne qui requiert ses services et évaluer ses besoins;
>
> 2° dispenser lui-même les services de santé ou les services sociaux requis ou les faire dispenser par un établissement, un organisme ou une personne avec lequel il a conclu une entente de services visée à l'article 108;
>
> 3° veiller à ce que les services qu'il dispense le soient en continuité et en complémentarité avec ceux dispensés par les autres établissements et les autres ressources de la région et que l'organisation de ces services tienne compte des besoins de la population à desservir;
>
> 4° diriger les personnes à qui il ne peut dispenser certains services vers un autre établissement ou organisme ou une autre personne qui dispense ces services.

[29] L'établissement détermine les services de santé et les services sociaux qu'il dispense de même que les diverses activités qu'il organise, en tenant compte de la mission de tout centre qu'il exploite et des ressources disponibles et conformément aux plans régionaux d'organisation de services élaborés par la régie régionale (article 105 de la LSSSS).

[30] Un établissement peut conclure avec un autre établissement, un organisme ou toute autre personne, la dispensation, pour le compte de cet établissement, de certains services de santé ou services sociaux requis par un usager (article 108 de la LSSSS).

2.4 Les organismes communautaires

[31] L'article 336 de la LSSSS prévoit que la régie régionale peut subventionner un organisme communautaire suivant des critères d'admissibilité et d'attribution qu'elle détermine :

> 1° s'il offre des services de prévention, d'aide et de soutien aux personnes de la région, y compris des services d'hébergement temporaire inscrits dans un plan régional d'organisation de services de la régie;
>
> 2° s'il exerce, au niveau de la région, des activités de promotion, de sensibilisation et de défense des droits et des intérêts des utilisateurs de ses services ou des usagers de services de santé ou de services sociaux de la région.

[32] On entend par *organisme communautaire* (art. 334 LSSSS), une personne morale constituée en vertu d'une loi du Québec à des fins non lucratives dont les affaires sont administrées par un conseil d'administration composé majoritairement d'utilisateurs des services de l'organisme ou de membres de la communauté qu'il dessert et dont les activités sont reliées au domaine de la santé et des services sociaux.

[33] Les centres de femmes sont des organismes communautaires qui reçoivent des subventions pour offrir des services d'avortement mais l'interprétation des articles 336 et 337 de la LSSSS soulève des questions puisqu'ils ne prévoient pas que des organismes

à but non lucratif peuvent, comme il est mentionné aux articles 80 de ladite loi pour les CLSC et 81 pour les CH, offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés.

2.5 Les cabinets privés de médecins

[34] Selon l'article 95 de la LSSSS, ne sont pas considérés comme des établissements aux fins de cette loi les personnes ou sociétés qui exploitent en cabinets privés de professionnels.

[35] Ces cabinets sont créés par des médecins qui décident de leur mode de fonctionnement.

[36] Ils ne reçoivent aucun budget de fonctionnement sauf le montant prévu à la *Loi sur l'assurance maladie* (LAM)[4], et ne sont pas subventionnés à titre d'organisme communautaire.

3. Organisation des services d'IVG au Québec

[37] Les parties admettent que les avortements sont classés en trois catégories qui se définissent ainsi :

1. Avortements de premier trimestre, soit ceux pratiqués dans les 13 semaines suivant les dernières menstruations de la patiente;
2. Avortements de deuxième trimestre, soit ceux pratiqués dans les 14 à 24 ou 26 semaines des dernières menstruations de la patiente;
3. Avortements de troisième trimestre, soit ceux pratiqués après 26 semaines, dans des cas exceptionnels.

Les réclamations ne concernent que les avortements de premier trimestre.

[38] Afin de bien comprendre les enjeux de ce recours collectif, il est important de connaître l'organisation des services d'IVG au Québec.

3.1 Région de l'Outaouais

[39] Dès qu'il est question de rendre accessible l'avortement aux femmes de cette région, des obstacles sont rencontrés; l'Hôpital de Hull refuse d'organiser le service d'avortement puisque les médecins sont réfractaires à cette chirurgie et refusent de la pratiquer.

[40] Les femmes doivent donc se rendre à Montréal ou à Ottawa.

---

[4] *Loi sur l'assurance* maladie, L.R.Q., c. A-29.

[41] La Clinique des femmes de l'Outaouais organise alors la dispensation du service; dès 1993, 71% des femmes qui requièrent une IVG obtiennent le service dans leur région à cette clinique.

[42] D'ailleurs, le 7 juillet 1995, une lettre d'entente intervient entre le ministre Rochon et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (P-35) qui prévoit que les médecins qui pratiquent des avortements à cette clinique ne sont pas sujet à une réduction de leurs honoraires lorsque le plafond trimestriel est atteint. Le Tribunal expliquera plus en détails cette question dans un autre chapitre.

[43] Actuellement, 95% des IVG de premier trimestre, dans la région de l'Outaouais, sont pratiquées par des médecins opérant à cette clinique; plusieurs médecins viennent de la région de Montréal.

3.2 Région de la Mauricie

[44] En Mauricie, les services d'IVG sont offerts en grande partie par le Centre de santé des femmes de la Mauricie.

[45] En décembre 1999, la régie régionale favorise la dispensation des services dans cinq endroits, soit deux centres hospitaliers, deux CLSC et le Centre de santé des femmes.

[46] Les budgets sont alloués en conséquence.

3.3 Les autres régions

[47] La même politique s'applique; les CLSC offrent les services d'IVG de premier trimestre.

[48] Ainsi, il y a deux points de services dans la région de Lanaudière, soit le CLSC Joliette et le CLSC Lamater.

[49] La région de la Montérégie offre ces services en CLSC.

3.4 Région Montréal-Centre

[50] Bien que le nom de cette région soit Montréal-Centre, elle comprend toutes les municipalités situées sur l'Île de Montréal et, depuis la fusion, fait partie de la Ville de Montréal.

[51] À cause de sa situation géographique et démographique, celle-ci présente des problèmes particuliers qui sont à la base du présent recours.

[52] En effet, dans cette région, les services d'IVG de premier trimestre sont offerts à la fois par certains CLSC, par le Centre hospitalier Lasalle et le Centre de santé des femmes, et par des cliniques privées.

[53] Ces endroits ne peuvent absorber toutes les demandes d'où le recours aux cliniques privées d'avortement; celles-ci pratiquent près d'un tiers des IVG de premier trimestre à Montréal.

[54] Quant aux IVG de deuxième trimestre, jusqu'à ce qu'elles soient pratiquées par le CLSC des Faubourgs, elles le sont entièrement par les cliniques privées.

[55] En effet, en 1999, le CLSC des Faubourgs et les CLSC de Montréal-Nord et de Rivière-des-Prairies reçoivent un mandat de la régie régionale d'organiser les services d'IVG de premier trimestre et de créer un centre de coordination des IVG de deuxième trimestre.

[56] Durant cette réorganisation, la régie régionale réfère, en grande majorité, aux cliniques privées les patientes ayant besoin d'une IVG de deuxième trimestre, pourvu qu'elle les ait auparavant autorisées.

[57] La politique gouvernementale est de maintenir son taux de rétention tout en privilégiant une hausse du service au public; taux de rétention ayant pour objet de voir à ce que les femmes n'aient pas à se rendre à l'extérieur de leur région pour y recevoir les services.

[58] En 2000 et 2001, le ministère alloue des crédits additionnels, afin de consolider les services d'IVG de premier trimestre, dans les trois CLSC et dans le centre hospitalier qui offrent déjà les services ainsi qu'au Centre de santé des femmes.

[59] Le CLSC des Faubourgs voit également son financement augmenter en regard de son mandat de coordination régionale pour les IVG de deuxième trimestre.

[60] La position du Procureur général est à l'effet que les tribunaux ne peuvent s'immiscer dans les orientations politiques et celles-ci ne peuvent faire l'objet d'une sanction judiciaire.

4. IVG et l'assurance maladie

[61] Il est admis que le secteur public ne peut dispenser tous les services d'IVG.

[62] Il est admis que les médecins pratiquant en cliniques privées voient leurs honoraires diminuer après un certain nombre d'avortements dans le même semestre, tel que prévu à la LAM; toutefois, dans certaines circonstances, lorsqu'il y a pénurie de médecins dans les établissements publics, la régie régionale les autorise à pratiquer des avortements sans être pénalisés, c'est-à-dire sans que ceux-ci soient comptabilisés dans leurs revenus trimestriels.

[63] En vertu de l'annexe 9 de l'entente intervenue avec les omnipraticiens et intitulée *Conditions d'application des tarifs*, l'article 5[5] déclare que :

> **5.1** Un médecin est rémunéré, selon les tarifs applicables, en autant que son revenu fait en provenance du régime soit inférieur au montant du plafond trimestriel applicable à un trimestre donné.
>
> (...)

et l'article 5.4 ajoute :

> **5.4** Dès que le revenu brut d'un médecin pour les services médicaux fournis dans un trimestre donné atteint le plafond fixé pour ce trimestre, les honoraires qui lui sont payables pour les services médicaux fournis jusqu'à la fin de ce trimestre, sont réduits automatiquement de 75%.
>
> (...)

[64] Il n'est pas nié non plus que les cliniques privées ne peuvent subsister sans exiger des femmes qui les consultent des honoraires additionnels qui varient, selon les années, de 200 $ à 300 $ pour des IVG de premier trimestre, mais la question qui est soulevée par le recours collectif est la suivante :

> Si l'IVG est un service couvert par la LAM, pourquoi les femmes doivent-elles débourser pour l'obtenir?

[65] L'article 1 de la LAM défini les services assurés, les catégories de médecins pratiquant au Québec, les personnes assurées et crée la Régie de l'assurance maladie du Québec :

1. Les services assurés :

   « services assurés » : les services, médicaments, appareils ou autres équipements suppléant à une déficience physique, aides visuelles, aides auditives et aides à la communication visés dans l'article 3;

2. Les professionnels qui les dispensent :

   « professionnel de la santé » ou « professionnel » : tout médecin, dentiste, optométriste ou pharmacien légalement autorisé à fournir des services assurés;

   « professionnel soumis à l'application d'une entente » : un professionnel qui exerce sa profession dans le cadre du régime institué par la présente loi, qui est rémunéré suivant le tarif prévu à une entente et dont le montant des honoraires, qui comprend le prix des médicaments dans le cas d'un pharmacien, lui est payé directement par la Régie lorsqu'une personne assurée a présenté sa carte d'assurance maladie ou son carnet de réclamation, selon le cas, ou directement

---

[5] Brochure n° 1 – Entente entre la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et le ministre de la Santé et des services sociaux, préparée par la Régie de l'assurance maladie du Québec, (pièce D-30).

par une personne assurée lorsque cette dernière n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie ou son carnet de réclamation, selon le cas;

« professionnel désengagé » : un professionnel autre qu'un pharmacien qui exerce sa profession en dehors des cadres du régime institué par la présente loi 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;

« professionnel non participant » : un professionnel qui exerce sa profession en dehors des cadres du régime institué par la présente loi mais qui n'accepte pas d'être rémunéré suivant le tarif prévu à une entente ou qui fait l'objet d'une ordonnance émise en vertu de l'article 77, 77.0.1 ou 77.1.1 et dont tous les patients assument seuls le paiement des honoraires qui comprennent le prix des médicaments dans le cas d'un pharmacien;

3. Les personnes assurées :

« personne assurée » : une personne qui réside ou qui séjourne au Québec et qui est dûment inscrite à la Régie;

4. La Régie de l'assurance maladie du Québec :

« Régie » : la Régie de l'assurance maladie du Québec instituée par la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec* (chapitre R-5)[6].

[66] Le recours réclame un remboursement pour les femmes qui ont reçu des services d'IVG en cliniques privées, par des professionnels participants.

[67] L'article 3 de la LAM précise que le coût des services rendus par les médecins et requis au point de vue médical, est assumé par la Régie pour le compte de toute personne assurée.

[68] L'article 19 de la LAM prévoit que le ministre peut, avec l'approbation du Conseil du trésor, conclure avec les organismes représentatifs de toute catégorie de professionnels de la santé, toute entente pour l'application de cette loi.

[69] Dans le manuel des médecins omnipraticiens[7] qui reproduit toutes les ententes intervenues avec le gouvernement, il est prévu au préambule général que le médecin est rémunéré pour le service médical qu'il fournit au patient.

[70] L'entente conclue avec la Fédération des médecins omnipraticiens prévoit, à la section *P-gynécologie*, le paiement d'une série d'actes se rapportant à l'avortement, que ce soit en premier trimestre ou en deuxième trimestre :

---

6 *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec*, L.R.Q., c. R-5.

7 Manuel des médecins omnipraticiens, émis par la Régie de l'assurance maladie du Québec, (pièce D-31).

P - GYNÉCOLOGIE		Omnipraticiens R = 1	R = 2
	(...)		
	Avortement incomplet (spontané)		
6900	par extraction menstruelle	24,00	
6906	par curetage	90,00	3
	Avortement thérapeutique		
6908	par extraction menstruelle (incluant le bloc paracervical, la dilatation du col, l'insertion de tiges laminaires) (P.G. 2.4.7.7A)	24,00	
6938	en cabinet, supplément	13,00	
6909	par curetage (incluant le bloc paracervical, la dilatation du col, l'insertion de tiges laminaires) (P.G. 2.4.7.7 A)	85,00	3
6939	en cabinet, supplément	28,00	
	Avortement thérapeutique à partie de 14 semaines : Un temps : (incluant le bloc paracervical, la dilatation du col, l'insertion de tiges laminaires)		
6941	aspiration, curetage et évacuation du fœtus (P.G. 2.4.7.7 A)	200,00	3
6947	en cabinet, supplément	28,00	
	Deux temps :		
6948	1er temps : induction, toutes méthodes incluant, le cas échéant, l'évacuation du fœtus (P.G. 2.4.7.7 A)	120,00	3
6949	2e temps : curetage, le cas échéant (P.G. 2.4.7.7 A)	90,00	3
6951	en cabinet, supplément	28,00	
6924	Cerclage du col chez la parturiente	75,00	3
6952	Reprise de dilatation et curetage (ou recuretage) dans les 6 semaines suivant un avortement thérapeutique ou incomplet	90,00	3
6953	en cabinet, supplément	28,00	
	(...)		

[71] L'article 69 de la LAM permet au gouvernement d'adopter des règlements pour prescrire les cas, conditions ou circonstances dans lesquels les services visés à l'article 3 de la LAM ne sont pas considérés comme des services assurés pour les personnes assurées ou celles d'entre elles qu'il indique.

[72] L'article 22 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie* (Règlement d'application de la LAM)[8] énumère les services qui ne sont pas considérés comme étant assurés et dans quelles circonstances ils ne le sont pas.

[8] *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*, R.Q. c. A-29, r.1.

[73] L'IVG, ne faisant pas partie des exceptions prévues à l'article 22 du Règlement d'application de la LAM, est un service assuré lorsque dispensé par un professionnel de la santé qui ne s'est pas soustrait à l'application de la loi.

[74] Il est également nécessaire de rappeler certains paragraphes de l'article 22 de la LAM qui prévoient qu'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 en vertu de la présente loi; toute convention à l'effet contraire est nulle de nullité absolue.

4.1 Nature des coûts exigés des femmes et principe de gratuité

[75] Cette question n'est pas nouvelle ; en décembre 1995, le Dr. Morgentaler dénonce cette situation au ministre Rochon ; il lui demande de corriger l'injustice faite aux femmes qui sont obligées de payer aux cliniques privées des sommes qui devraient être assurées par la Régie de l'assurance maladie.

[76] En 1999, Morgentaler fait une nouvelle demande à la ministre Marois. Nicole Gravel, à la direction de la planification au Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), appelée à préparer la réponse au Dr. Morgentaler, dénonce le fait que les femmes qui se font avorter en cliniques privées doivent débourser des sommes alors que le service est assuré ; près de 30% des IVG à Montréal sont pratiquées en cabinets privés et il est en preuve que le secteur public ne peut les absorber. Elle réfère à une autre étude préparée par Lise Dunnigan en octobre 1995.

[77] Le Tribunal est conscient que l'opinion d'une employée du ministère n'engage pas sa responsabilité, mais il n'en demeure pas moins que le fait de demander à son employée de préparer un document sur l'état de situation, établit que le ministère connaît la problématique et la tolère ou n'intervient pas pour la modifier ; depuis 1995, le ministre sait que les cliniques privées sont obligées, pour continuer à fonctionner, de réclamer aux femmes des honoraires additionnels pour les services d'IVG.

[78] Le 23 août 1995 (P-45), la sous-ministre du ministère fédéral de la santé, Michèle S. Jean, s'informe de la position du Québec concernant les frais exigés par les cliniques privées pour des services médicalement assurés.

[79] Le 6 octobre 1995 (P-44), le sous-ministre Luc M. Malo assure la sous-ministre fédérale que le cadre législatif en vigueur au Québec interdit formellement l'imposition de frais d'établissement dans toutes les cliniques privées du Québec, pour des services assurés médicalement nécessaires, et il ajoute :

> L'avortement thérapeutique est un service assuré auquel sont rattachés des honoraires de 85 $. De plus, un supplément de 40 $ est versé au médecin omnipraticien si l'avortement est pratiqué en clinique privée. Ce supplément de 40 $ vise à couvrir expressément les frais administratifs afférents à la dispensation d'un tel service en clinique privée (loyer, matériel, fournitures, etc.). Par ailleurs,

> l'entente intervenue avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec n'inclut aucune disposition particulière qui permettrait à un omnipraticien d'exiger quoi que ce soit d'une patiente qui requerrait un avortement. Par conséquent, il est clair que les frais d'établissement sont interdits, et donc illégaux, pour tout avortement thérapeutique effectué en clinique privée, au Québec.

[80] Le 26 février 1996 (P-47), la sous-ministre fédérale réaffirme son inquiétude quant au fait que des médecins rapportent des cas où un supplément est exigé par les cliniques privées :

> Comme vous le savez, si les services pour lesquels des frais sont exigés sont médicalement nécessaires et offerts sans frais dans un établissement hospitalier, ils sont assujettis à la politique sur les cliniques privées, qui exige que ces frais directs imputés aux patientes soient supprimés. Bien que je reconnais que certains frais peuvent être demandés pour des services que ne rembourse pas la Régie, même si l'avortement est pratiqué dans un hôpital, nous voudrions mieux comprendre la situation telle qu'elle se présente dans certaines cliniques d'avortement au Québec afin de pouvoir conclure qu'il n'existe véritablement aucun problème par rapport à la *Loi canadienne sur la santé*.
>
> Il serait, pour ce faire, peut-être utile que nos représentants se rencontrent afin d'échanger l'information nécessaire. Des fonctionnaires de Santé Canada se sont d'ailleurs rendus dans les autres provinces et les territoires pour expliquer la politique fédérale concernant les cliniques privées.

[81] Malgré cet échange de lettres, la situation demeure inchangée ; Québec décide de ne pas intervenir et de permettre aux cliniques privées de réclamer des sommes additionnelles aux femmes car, sans cela, elles devront cesser de fonctionner, ce qui ne se fera pas sans engendrer des problèmes plus importants ; le montant additionnel déboursé le sera soit pour du *counselling*, l'échographie ou l'anesthésie.

4.2 Échographie

[82] Malgré la position prise par le sous-ministre Malo en 1995, le Tribunal doit s'interroger et déterminer si la LAM et ses règlements ont été modifiés de façon à permettre aux cliniques privées d'exiger des sommes additionnelles pour dispenser le service.

[83] Il semble que non, seul le tarif a été modifié.

[84] Le Tribunal ne partage pas l'opinion du Procureur général qui prétend que les frais supplémentaires couvrent des services non couverts tels l'échographie ou le *counselling*.

[85] Le Procureur général se base sur l'article 22 q) du Règlement d'application de la LAM qui affirme que l'ultrasonographie (échographie) n'est pas couvert à moins que ce service ne soit rendu dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier ou qu'il ne soit rendu, à des fins obstétricales, dans une installation

maintenue par un établissement qui exploite un centre local de services communautaires mentionné à l'annexe D.

[86] Or, si on réfère aux lignes directrices adoptées par le Collège des médecins du Québec concernant l'interruption volontaire de grossesse (P-92), il y est précisé que le professionnel, avant de procéder à cette chirurgie, doit connaître le nombre exacte de semaines de grossesse (gestation) puisque ceci détermine la méthode chirurgicale utilisée et la méthode d'anesthésie.

[87] Si on analyse attentivement l'article 22 du Règlement d'application de la LAM, on constate que les exclusions visent des actes très précis ; ainsi les paragraphes :

- 22 a) exclut l'examen ou le service non relié à un processus de guérison et les « iii. » visent des cas précis ;
- 22 b) exclut la psychanalyse sauf si le service est rendu dans un établissement désigné ;
- 22 c) exclut les services à des fins purement esthétiques ;
- 22 d) exclut les consultations par voie de télécommunication ou par correspondance ;
- 22 e) exclut les services rendus par un professionnel à son conjoint ou à ses enfants ;
- 22 f) exclut l'examen, l'expertise, le témoignage requis aux fins de la justice ;
- 22 g) exclut toute visite dans le but d'obtenir le renouvellement d'une ordonnance ;
- 22 h) exclut les vaccins ;
- 22 j) i. exclut l'examen de la vue ;
- 22 k) exclut l'ajustement de lunettes ;
- 22 l) exclut certains soins dentaires ;
- 22 m) exclut tous les actes d'acupuncture ;
- 22 n) exclut les injections de substances sclérosantes ;
- 22 o) i. exclut la thermographie, à moins que ce service ne soit rendu dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier ;

  22 o) ii. exclut la mammographie utilisée pour fins de dépistage, à moins que ce service ne soit rendu sur ordonnance médicale, dans un lieu désigné par le ministre, à une personne assurée âgée de 35 ans ou plus et à la condition qu'un tel examen n'ait pas été subi par cette personne depuis un an ;

- 22 p) exclut l'usage des radionucléides *in vivo* chez l'humain, à moins que ce service ne soit rendu dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier ;
- 22 q) exclut l'ultrasonographie, à moins que ce service ne soit rendu dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier ou qu'il ne soit rendu, à des fins obstétricales, dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre local de services communautaires mentionné à l'annexe D ;
- 22 s) exclut tout service d'anesthésie requis en vue de dispenser un service non assuré ;
- 22 t) exclut tout service de chirurgie rendu à des fins de transsexualisme.

[88] Ainsi, si 22 s) exclut tout service d'anesthésie requis en vue de dispenser un service non assuré, l'IVG étant un service assuré, l'anesthésie, nécessaire pour la pratiquer, doit être couvert ;

[89] Aucune exclusion ne vise un acte accessoire posé à un acte assuré et 22 q) vise des actes indispensables pour poser un diagnostic valable. Le Tribunal ne peut conclure que l'État privilégie, pour des raisons économiques, que les médecins pratiquant ces interventions, les fassent sans prendre tous les moyens possibles reconnus et recommandés par leur ordre professionnel, et ce dans l'intérêt de leurs patientes.

[90] L'échographie accessoire à l'IVG, n'est pas nécessaire pour poser le diagnostic (22 q)), mais pour s'assurer que l'intervention sera pratiquée en prenant toutes les précautions existantes afin de limiter les complications possibles et inhérentes à toute intervention médicale; les lignes directrices adoptées par le Collège des médecins précisent que les médecins doivent, pour pratiquer une IVG médicale, le faire avec l'échographie.

[91] Pour tous ces motifs, le Tribunal ne peut conclure que le gouvernement a voulu que les IVG pratiquées en cabinets privés le soient en ignorant les règles reconnues par le corps médical; le gouvernement ne peut privilégier des méthodes qui risquent d'augmenter le danger de recourir à ces interventions.

4.3 Médicaments

[92] Selon l'article 1.1.4 du préambule général de l'entente avec les omnipraticiens[9] (D-31) :

> Le médecin ne peut demander au patient quelque paiement en rapport avec la dispensation d'un service médical, sauf disposition contraire au présent tarif.

---

[9] Précité, note 7.

Le médecin peut toutefois obtenir du patient compensation pour le coût des médicaments et des agents anesthésiques utilisés.

[93] Or, il n'y a pas de preuve que les frais supplémentaires réclamés l'ont été pour le coût des médicaments ou des agents anesthésiques utilisés, d'autant plus que le seul médicament fourni est une pilule (Ativan) qui ne peut évidemment pas valoir 200 $ à 300 $ et qu'il n'y a pas de preuve sur le coût des agents anesthésiques.

4.4 Entente entre les omnipraticiens et le ministre

[94] La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) regroupe 19 associations dont 17 sont régionales et 2 composées de médecins en CLSC et de médecins en établissements psychiatriques, et celle-ci négocie le tarif applicable aux actes posés.

[95] Les étapes de la négociation sont les suivantes :

- Acceptation par les parties d'un pourcentage de l'augmentation de l'enveloppe globale;
- Entente sur la répartition entre les associations de l'enveloppe proposée;
- Présentation de demandes particulières pour chacune des parties;
- Proposition de tarification soumise à la FMOQ.

[96] Le Procureur général affirme que, dans le cadre de la négociation, le ministre prend en compte la répercussion de la tarification sur les services de santé au Québec et négocie la rémunération des médecins au meilleur coût possible.

[97] Le Procureur général ajoute que le ministre négocie dans l'intérêt des citoyens et que, lorsqu'une entente intervient, celle-ci lie tous les membres de l'organisme représentatif ainsi que tous les professionnels qui œuvrent dans les mêmes champs d'activités professionnelles.

[98] Le Tribunal ne doute pas que le ministre négocie en prenant en considération l'état des finances publiques mais, en l'absence de preuve, il ne peut se prononcer et affirmer que l'entente tient toujours compte de l'intérêt des citoyens.

[99] Les parties admettent que l'IVG est prévue au tarif; le recours cherche à faire reconnaître que le gouvernement, sachant que les médecins pratiquant en cliniques privées, ne peuvent les maintenir en opération sans exiger des femmes un coût additionnel pour l'IVG et sachant aussi que le système public ne peut répondre à toutes les demandes, particulièrement à certaines périodes de l'année où il y a plusieurs médecins en vacances, leur permet de contourner la LAM et ses règlements.

[100] A cet effet, il est en preuve que lorsque les cliniques privées se voient référer des patientes par la régie régionale, celle-ci paie pour les coûts additionnels exigés des patientes; il en est de même pour les services d'IVG de deuxième trimestre. Si l'IVG est un service couvert, pourquoi la régie régionale, dûment mandatée par le MSSS d'agir ainsi, accepte de payer un supplément? Donc, l'argument voulant que le recours soit dirigé contre les cliniques ou contre la Régie de l'assurance maladie, qui elle se serait retournée contre les cliniques, ne tient pas. L'État sait depuis la mise en place de ce système que celui-ci ne respecte pas ses lois.

[101] Le recours cherche à faire indemniser les femmes pour les sommes qu'elles ont dû payer pour obtenir un service assuré; en d'autres termes, le recours cherche à faire reconnaître que le gouvernement, en toute connaissance de cause, a permis la mise en place d'un système qui contrevient à ses lois, tout en le sachant, mais en le permettant pour des raisons financières.

5. Responsabilité civile du gouvernement

[102] Le Tribunal partage l'opinion du Procureur général lorsqu'il affirme que le MSSS peut décider de ses orientations politiques, que le pouvoir d'élaborer des orientations est de nature politique qui ne peut constituer une source de droit pour un tiers et ne peut faire l'objet d'une sanction judiciaire.

[103] Le livre cinquième du *Code civile du Québec*, intitulé *Des obligations*, contient dans ses dispositions générales l'article 1376 C.c.Q. qui déclare que les règles du présent livre s'applique à l'État, ainsi qu'à ses organismes et à toute autre personne morale de droit public.

[104] L'entrée en vigueur de cet article en 1994 amène la Cour suprême, dans la cause de *Prud'homme* c. *Prud'homme*[10], à faire une distinction avec ce qui avait déjà été décidé dans l'arrêt *Laurentide Motels*[11], soit que la mesure de l'assujettissement des autorités publiques aux règles du droit civil en matière de responsabilité est déterminée par la règle de *common law* établie par la Chambre des Lords dans l'arrêt *Anns* c. *Merton London Borough Council*[12] :

> 27 L'entrée en vigueur du *Code civil du Québec* en 1994 situe l'action en responsabilité intentée contre une autorité publique dans un nouveau contexte. Bien que l'art. 356 *C.c.B.-C.* ait son équivalent à l'art. 300 du nouveau Code, l'art. 1376 *C.c.Q.* prévoit désormais que les règles du Livre des Obligations « s'appliquent à l'État, ainsi qu'à ses organismes et à toute autre personne morale de droit public, sous réserve des autres règles de droit qui leur sont applicables ». Cette règle relève du droit public. Elle dispense le justiciable qui poursuit une autorité publique de l'obligation d'identifier une règle de common law publique

---

10 *Prud'homme* c. *Prud'homme*, [2002] 4 R.C.S. 663.
11 *Laurentide Motels Ltd* c. *Beauport (Ville)*, [1989] 1 R.C.S. 705.
12 *Anns* c. *Merton London Borough Council*, [1978] A.C. 728.

> rendant applicable le droit civil à son action. (Voir P.-A. Côté, « La détermination du domaine du droit civil en matière de responsabilité civile de l'Administration québécoise – Commentaire de l'arrêt *Laurentide Motels* », dans *Mélanges Jean Beetz* (1995), p. 397.) L'application de l'art. 1376 *C.c.Q.* s'étend aussi aux personnes qui composent l'administration publique ou un organe de celle-ci, dans la mesure où les actes posés se rattachent aux fonctions publiques. (...)
>
> 31 Somme toute, l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions du *Code civil du Québec*, et de l'art. 1376 plus particulièrement, ne permet plus de retenir la méthode prescrite par l'arrêt *Laurentide Motels*, précité, dans la mesure où celle-ci imposait au particulier l'obligation d'identifier une règle de common law publique rendant le droit privé applicable à son action en responsabilité contre l'administration publique. Dorénavant, le régime civiliste de la responsabilité s'applique en principe à l'acte fautif de l'administration. Il revient alors à la partie qui entend se prévaloir du droit public pour éviter ou restreindre l'application du régime général de responsabilité civile de démontrer, le cas échéant, que des principes de droit public pertinents priment sur les règles du droit civil.

[105] Le Gouvernement du Québec, conservant toujours le pouvoir d'amender ou d'abroger les lois, ne peut prendre de décisions politiques qui ont comme conséquences de faire en sorte qu'elles ne soient pas respectées ou qu'elles soient contournées, que ce soit par l'État ou ses citoyens.

[106] L'État ne peut, pour des raisons politiques ou économiques, prendre des mesures qui amènent des organismes qu'il a créés et dont il dicte la conduite, de pouvoir contourner les lois ou à permettre la mise en place de systèmes qui y contreviennent.

[107] Les citoyens ne peuvent faire indirectement ce que la loi leur interdit; il en est ainsi pour l'État. Permettre aux cliniques privées d'exiger des frais supplémentaires pour des services assurés, et ce en sachant qu'il y va de leur survie, érige en système, ce que la loi interdit.

[108] De plus, l'État sait très bien que les femmes ne paient pas pour recevoir des conseils, une échographie ou des médicaments. L'État sait très bien que les femmes paient un supplément pour des services assurés mais se ferme les yeux et le tolère. Il ne suffit pas de permettre d'utiliser des mots différents qui ne reflètent pas la réalité pour résoudre un problème.

[109] L'article 1457 C.c.Q. affirme :

> **1457.** Toute personne a le devoir de respecter les règles de conduite qui, suivant les circonstances, les usages ou la loi, s'imposent à elle, de manière à ne pas causer de préjudice à autrui.
>
> Elle est, lorsqu'elle est douée de raison et qu'elle manque à ce devoir, responsable du préjudice qu'elle cause par cette faute à autrui et tenue de réparer ce préjudice, qu'il soit corporel, moral ou matériel.

> Elle est aussi tenue, en certains cas, de réparer le préjudice causé à autrui par le fait ou la faute d'une autre personne ou par le fait des biens qu'elle a sous sa garde.

[110] L'État est donc responsable du dommage causé à autrui en obligeant la mise en place de structures qui contreviennent à ses lois; l'État a l'obligation de prendre des décisions politiques qui respectent ses lois.

[111] L'objet de la LAM et de ses règlements est de s'assurer que les citoyens du Québec puissent recevoir des soins de santé sans en défrayer les coûts lorsque le service est assuré; la loi détermine ce qui est assuré et ce qui est exclu et l'avortement est un service inclus.

[112] Par les motifs expliqués dans le jugement rendu par la soussignée, le 21 octobre 2005, sur la requête en exception déclinatoire du Procureur général dans le présent dossier[13], le Tribunal ne partage pas l'opinion du Procureur général à l'effet que les femmes doivent s'adresser à la Régie de l'assurance maladie pour récupérer les sommes déboursées, puisque la décision de permettre aux cliniques privées d'exiger des frais supplémentaires vient du MSSS et que la régie régionale agit selon les décisions prises par ce ministère; la régie régionale reçoit les budgets qui doivent être utilisés selon les décisions politiques prises par le ministère.

[113] L'État ne peut plaider l'immunité puisqu'il ne peut prendre de décisions politiques ou administratives qui ne respectent pas les lois qu'il a adoptées; l'immunité n'a pas pour objet de permettre à l'État de contourner ses propres lois ou de permettre à des tiers d'agir ainsi.

5.1 Les fautes reprochées constituent-elles de la <u>mauvaise foi</u>?

[114] Le Tribunal ne partage pas l'opinion de la demanderesse, l'Association pour l'accès à l'avortement, sur cette question; comme le rappelle le juge LeBel dans l'arrêt Finney[14], la mauvaise foi peut avoir un contenu qui dépasse la faute intentionnelle, mais la juge Deschamps dans l'arrêt *Entreprises Sibeca inc.* c. *Frelighsburg*[15] préconise que cette notion est cependant flexible et que son contenu varie selon les domaines du droit :

> 26 Cette interprétation du concept de mauvaise foi permet d'englober non seulement les actes qui sont délibérément accomplis dans l'intention de nuire, ce qui correspond à la mauvaise foi classique, mais aussi ceux qui se démarquent tellement du contexte législatif dans lequel ils sont posés qu'un tribunal ne peut raisonnablement conclure qu'ils l'ont été de bonne foi. Ce qui paraît être une extension de la mauvaise foi n'est, en quelque sorte, que l'admission en preuve de faits qui correspondent à une preuve circonstancielle de la mauvaise foi à défaut par la victime de pouvoir en présenter une preuve directe.

---

13 *Association pour l'accès à l'avortement* c. *Québec (Procureur général)*, J.E. 2005-2131 (C.S.).
14 *Finney* c. *Barreau du Québec*, [2004] 2 R.C.S. 17.
15 *Entreprises Sibeca inc.* c. *Frelighsburg*, [2004] 3 R.C.S. 304.

> 27 On peut conclure de cette analyse que l'immunité de droit public attachée à l'exercice du pouvoir législatif et réglementaire peut être intégrée dans le régime de responsabilité applicable aux organismes publics. La formulation de l'art. 1457 du *Code civil du Québec* permet d'incorporer l'obligation faite au demandeur de démontrer que le corps public a agi de mauvaise foi ou dans des circonstances qui font conclure à sa mauvaise foi.

[115] Le Tribunal ne peut donc conclure que le MSSS est de mauvaise foi lorsqu'il permet aux cliniques privées d'exiger des sommes additionnelles pour des services assurés, puisque cette façon de faire relève de l'interprétation erronée de certains articles de la LAM et du tarif des omnipraticiens; le refus ou la négligence d'agir ne constituent pas toujours de la mauvaise foi.

5.2 Remède

[116] L'article 1028 C.p.c. prévoit que le jugement final qui condamne :

> **1028.** Le jugement final qui condamne à des dommages-intérêts ou au remboursement d'une somme d'argent ordonne que les réclamations des membres soient recouvrées collectivement ou fassent l'objet de réclamations individuelles.

[117] L'article 1031 C.p.c. ajoute :

> **1031.** Le tribunal ordonne le recouvrement collectif si la preuve permet d'établir d'une façon suffisamment exacte le montant total des réclamations des membres; il détermine alors le montant dû par le débiteur même si l'identité de chacun des membres ou le montant exact de leur réclamation n'est pas établi.

[118] Or, dans cette cause, la preuve permet de déterminer de façon précise la réclamation de chaque membre, les cliniques privées étant en mesure de dire le montant déboursé par chaque femme pour recevoir l'IVG, cette somme variant de 200 $ à 300 $.

[119] Le tableau ci-dessous établit les sommes déboursées par les femmes qui détenaient une carte d'assurance maladie pour obtenir une IVG, et ce pour chaque clinique, et pour le Centre de santé des femmes de Montréal où le montant est moindre, car il est en grande partie subventionné :

CSFM : Centre de santé des femmes de Montréal.
CMorgen. : Clinique Morgentaler.
L'Alter : Clinique de l'Alternative.

	CSFM (P-27)	Fémina (P-76-77)	CMorgen. (P-80)	L'Alter. (P-54)	L'Envolée (P-85)	Lalitude (P-87)	TOTAL
1999	146 520 $ 814 IVG	625 100 $ 3 009 IVG	339 700 $ 1 646 IVG	296 640 $ 1 648 IVG	77 000 $ 440 IVG	61 000 $ 348 IVG	
1999 ajusté*	97 670 $ 543 IVG	416 692 $ 2 006 IVG	226 444 $ 1 097 IVG	197 740 $ 1 099 IVG	51 328 $ 293 IVG	40 663 $ 232 IVG	1 030 537 $ 5 270 IVG
2000	189 400 $ 947 IVG	612 864 $ 2 883 IVG	383 600 $ 1 781 IVG	301 680 $ 1 676 IVG	77 350 $ 442 IVG	70 000 $ 400 IVG	1 634 894 $ 8 129 IVG
2001	183 200 $ 916 IVG	652 550 $ 2 582 IVG	474 350 $ 1 865 IVG	349 140 $ 1 587 IVG	73 800 $ 369 IVG	56 000 $ 320 IVG	1 789 040 $ 7 639 IVG
2002	195 800 $ 979 IVG	676 904 $ 2 632 IVG	421 500 $ 1 673 IVG	334 523 $ 1 545 IVG	64 000 $ 320 IVG		1 692 727 $ 7 149 IVG
2003	50 000 $ 250 IVG	699 552 $ 2 472 IVG	467 800 $ 1 652 IVG	321 500 $ 1 286 IVG	57 600 $ 288 IVG		1 596 452 $ 5 948 IVG
2004		718 300 $ 2 380 IVG	489 450 $ 1 610 IVG	321 956 $ 1 097 IVG	72 500 $ 290 IVG		1 602 206 $ 5 377 IVG
2005	11 200 $ 280 IVG	667 300 $ 2 210 IVG	469 350 $ 1 541 IVG	294 600 $ 982 IVG	72 250 $ 289 IVG		1 514 700 $ 5 302 IVG
2006							
TOTAL	776 120 $	4 652 570 $	3 045 750 $	2 220 039 $	494 500 $	187 000 $	10 860 556 $ 44 814 IVG

* La prescription ayant été suspendue par la signification le 2 mai 2002 de la requête pour autorisation d'exercer le recours collectif (art. 2908 C.c.Q.) et la prescription applicable à une action en responsabilité civile étant de trois ans, la période couverte par les réclamations des membres du groupe s'étend du 2 mai 1999 à la date du jugement à être rendu. Pour l'année 1999, les femmes ayant payé pour obtenir une IVG avant le 2 mai sont donc exclues. Nous avons en conséquence retranché 4/12 ou 33,33% des totaux pour 1999, arrondi à l'unité. Cette pondération proportionnelle est justifiée par la preuve qui a démontré que le nombre d'IVG pratiquées était stable tout au long de l'année (témoignage de Catherine Cartier).

[120] Ces sommes devront donc être remboursées aux femmes.

[121] Vu qu'il s'agit d'actes médicaux couverts par le secret professionnel, et pour les raisons énoncées par la Cour d'appel sur la requête en anonymat[16] dans le présent dossier, le Tribunal entendra les procureurs sur les mesures à prendre pour permettre

[16] *Association pour l'accès à l'avortement*, C.A. Montréal, n° 500-09-011914-025, 19 avril 2002, jj. Deschamps, Chamberland, Pelletier, p. 3.

aux femmes d'exercer leur droit au recouvrement, tout en préservant leur droit au secret professionnel, et en leur assurant la plus grande confidentialité.

[122] Il est prématuré de discuter des autres mesures à prendre.

[123] Également, ces sommes devront être déposées dans une institution financière au Québec et le Tribunal laisse aux procureurs le choix de décider dans quelle institution financière; à défaut d'entente, il le précisera.

6. Violation des *Chartes*

[124] La demanderesse affirme que les deux *Chartes* n'ont pas été respectées et que les femmes ont droit à des dommages-intérêts punitifs.

6.1 La *Charte québécoise*[17]

[125] Y a-t-il eu violation aux articles 1, 6 et 10?

> **1.** Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne.
>
> **6.** Toute personne a droit à la jouissance paisible et à la libre disposition de ses biens, sauf dans la mesure prévue par la loi.
>
> **10.** Toute personne a droit à la reconnaissance et à l'exercice, en pleine égalité, des droits et libertés de la personne, sans distinction, exclusion ou préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap.
>
> Il y a discrimination lorsqu'une telle distinction, exclusion ou préférence a pour effet de détruire ou de compromettre ce droit.

6.2 La *Charte canadienne*[18]

> **7.** Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale.
>
> **15.** (1) La loi ne fait acception de personne et s'applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur la race, l'origine

---

[17] *Charte des droits et libertés*, L.R.Q. c. C-12.
[18] Précité, note 2.

nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou les déficiences mentales ou physiques.

[126] La juge Deschamps dans l'arrêt Chaouli[19] explique les différences fondamentales entre les deux *Chartes* et la méthode à suivre pour décider de leur application :

> 28 Les similarités entre ces deux dispositions expliquent probablement en partie le fait que le dossier ait été examiné exclusivement au regard de la *Charte canadienne* par la Cour supérieure et la Cour d'appel. En ce qui concerne certains aspects des deux chartes, le droit est le même. Par exemple, la formulation de la protection du droit à la vie et à la liberté est identique. Un rapprochement est alors indiqué. Des distinctions s'imposent cependant et j'estime qu'il est important d'examiner d'abord la protection particulière offerte par la *Charte québécoise*, parce qu'elle n'est pas identique à celle offerte par la *Charte canadienne*.
>
> 29 La distinction la plus évidente est l'absence, à l'art. 1 de la *Charte québécoise*, de mention des principes de justice fondamentale. L'analyse requise aux termes de l'art. 7 de la *Charte canadienne* est double. Selon l'approche généralement suivie pour cette disposition, le demandeur doit, dans un premier temps, prouver une atteinte au droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne, et, dans un deuxième temps, que l'atteinte n'est pas conforme aux principes de justice fondamentale (*Gosselin c. Québec (Procureur général)*, [2002] 4 R.C.S. 429, 2002 CSC 84, par. 205, le juge Bastarache). Si cette preuve est faite, l'État doit alors démontrer, conformément à l'art. 1 de la *Charte canadienne*, que l'atteinte est justifiée dans le cadre d'une société libre et démocratique.
>
> 30 Conformément aux principes reconnus, il appartient au demandeur de prouver qu'il y a eu atteinte à ses droits constitutionnels : *R. c. Collins*, [1987] 1 R.C.S. 265, et *Rio Hotel Ltd. c. Nouveau-Brunswick (Commission des licences et permis d'alcool)*, [1987] 2 R.C.S. 59; voir aussi Hogg, p. 44-3. En vertu de l'art. 7 de la *Charte canadienne*, le fardeau du demandeur serait donc double. L'imposition de ce fardeau de preuve au demandeur a pour effet d'alourdir sa tâche. Le double fardeau de preuve ne se pose pas dans le cas de la *Charte québécoise* en raison de l'absence d'incorporation des principes de justice fondamentale à l'art. 1 de la *Charte québécoise*. Celle-ci a donc une portée potentiellement plus large et cette caractéristique ne devrait pas être éludée.
>
> 31 Décider sur les questions en litige en ayant recours à la *Charte québécoise* permet donc de valoriser un instrument propre au Québec, en plus d'être justifié par les règles du droit constitutionnel canadien.

[127] Elle conclut donc que la *Charte québécoise* a une portée plus large et qu'il ne faut pas restreindre sa portée aux problèmes d'administration de la justice.

---

[19] *Chaoulli* c. *Québec (P.G.)*, [2005] 1 R.C.S. 791; EYB 2005-91328 (C.S.C.).

[128] Elle ajoute toutefois :

> 35 Il est clair qu'une contestation fondée sur une charte, qu'il s'agisse de la *Charte canadienne* ou de la *Charte québécoise*, doit reposer sur un fondement factuel concret : *Operation Dismantle Inc. c. La Reine*, [1985] 1 R.C.S. 441. La question n'est pas de déterminer si les appelants peuvent invoquer une atteinte qui leur est propre. Les questions soulevées touchent à l'intérêt public, et le test établi dans l'arrêt *Ministre de la Justice du Canada c. Borowski*, [1981] 2 R.C.S. 575, s'applique. La question doit être sérieuse, les demandeurs doivent être touchés directement ou avoir un intérêt véritable en tant que citoyens et il ne doit pas exister d'autre moyen efficace à leur disposition. (...)

[129] Ceci justifie la position du Procureur général à l'effet que des prétentions d'ordre constitutionnel ne devraient pas être examinées par les tribunaux de façon théorique. La preuve du fondement factuel suffisant est essentielle avant d'examiner si une loi viole la *Charte*, tout particulièrement si le litige porte sur les effets de la loi contestée.

[130] Contrairement aux principes énoncés dans l'arrêt Morgentaler[20]où ce qui était attaqué était le droit des femmes à avoir recours à un avortement, vu les obstacles imposés par le processus lourd mis en place pour l'obtenir, et ce qui était recherché était l'annulation de certains articles du *Code criminel du Canada*, dans le présent dossier, il n'y a pas de preuve que les femmes ont souffert d'un traumatisme émotionnel et psychologique imposé par l'application de la loi; en d'autres termes, le Tribunal n'a pas la preuve que le fait d'avoir à payer un supplément leur causait un tel traumatisme.

[131] Comme l'affirme le Procureur général[21] :

> 226. En l'absence d'un contexte factuel suffisant pour démontrer l'existence de délais d'attentes déraisonnables dans le réseau public, la gravité des conséquences de ce retard sur la santé physique et psychologique des femmes concernées et le lien de causalité entre les délais du réseau public et le choix des femmes de s'adresser aux cabinets privés, les prétentions d'atteintes aux droits des femmes protégés par l'article 7 de la Charte canadienne ou l'article 1 de la Charte québécoise devraient être rejetées.
>
> Jane Doe 1 v. Manitoba, [2005] M.J. no. 335, par. 27.

[132] De plus, le Tribunal conclut que ce n'est pas la LAM qui cause problème mais plutôt son non-respect, non seulement toléré mais encouragé par le gouvernement et ce, pour des raisons économiques.

---

[20] Précité, note 1.

[21] Plan d'argumentation du Procureur général du Québec, p. 35, par. 226.

[133] **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL :**

[134] **CONDAMNE** le défendeur à payer à la membre désignée, madame A.B., un montant de 200 $ avec intérêts calculés au taux légal, à compter du 2 mai 2002, date de la signification de la requête pour autorisation d'exercer un recours collectif, ainsi que l'indemnité additionnelle;

[135] **ACCUEILLE** l'action de la demanderesse en recours collectif pour le compte des membres du groupe;

[136] **CONDAMNE** le défendeur à déposer la somme de dix millions huit cent soixante mille cinq cent cinquante-six dollars (10 860 556 $), pour le compte des membres du groupe, auprès d'un établissement financier exerçant son activité au Québec à être déterminé par les procureurs au dossier ou, à défaut d'entente, par le Tribunal;

[137] **CONDAMNE** le défendeur à déposer, auprès d'un établissement financier exerçant son activité au Québec à être déterminé par les procureurs au dossier ou, à défaut d'entente, par le Tribunal, les intérêts calculés au taux légal sur la somme de quatre millions quatre cent cinquante-quatre mille quatre cent soixante et onze dollars (4 454 471 $), depuis le 2 mai 2002, date de la signification de la requête pour autorisation d'exercer un recours collectif, ainsi que l'indemnité additionnelle;

[138] **CONDAMNE** le défendeur à déposer auprès d'un établissement financier exerçant son activité au Québec à être déterminé par les procureurs au dossier ou, à défaut d'entente, par le Tribunal, les intérêts calculés au taux légal sur la somme de un million six cent quatre-vingt-douze mille sept cent vingt-sept dollars (1 692 727 $), depuis le 1er janvier 2003, ainsi que l'indemnité additionnelle;

[139] **CONDAMNE** le défendeur à déposer, auprès d'un établissement financier exerçant son activité au Québec à être déterminé par les procureurs au dossier ou, à défaut d'entente, par le Tribunal, les intérêts calculés au taux légal sur la somme de un million cinq cent quatre-vingt-seize mille quatre cent cinquante-deux dollars (1 596 452 $), depuis le 1er janvier 2004, ainsi que l'indemnité additionnelle;

[140] **CONDAMNE** le défendeur à déposer, auprès d'un établissement financier exerçant son activité au Québec à être déterminé par les procureurs au dossier ou, à défaut d'entente, par le Tribunal, les intérêts calculés au taux légal sur la somme de un million six cent deux mille deux cent six dollars (1 602 206 $), depuis le 1er janvier 2005, ainsi que l'indemnité additionnelle;

[141] **CONDAMNE** le défendeur à déposer, auprès d'un établissement financier exerçant son activité au Québec à être déterminé par les procureurs au dossier ou, à défaut d'entente, par le Tribunal, les intérêts calculés au taux légal sur la somme de un million cinq cent quatorze mille sept cent dollars (1 514 700 $), depuis le 1er janvier 2006, ainsi que l'indemnité additionnelle;

[142] **ORDONNE** la liquidation des réclamations individuelles des membres selon les modalités à être déterminées par les procureurs et le Tribunal;

[143] **REFUSE** les dommages exemplaires;

[144] **LE TOUT** avec dépens y compris les frais d'avis.

NICOLE BÉNARD, J.C.S.

Me Bruce W. Johnston
Me Philippe H. Trudel
Me Danielle Parizeau
Trudel & Johnston
Procureurs de la demanderesse

Me Robert Monette
Me Manon Des Ormeaux
Bernard, Roy (Justice-Québec)
Procureurs du défendeur

Dates d'audience : 16, 17, 18, 19, 23, 24, 26 janvier, 6, 7, 8, 20, 21 et 22 février 2006

LÉGISLATION CITÉE

Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2.

Loi sur l'assurance maladie, L.R.Q., c. A-29.

Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, R.Q. c. A-29, r.1.

Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec, L.R.Q., c. R-5.

Charte canadienne des droits et libertés, partie I de la Loi constitutionnelle de 1982, constituant l'annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (R.-U.), 1982, c. 11.

Charte des droits et libertés, L.R.Q. c. C-12.

JURISPRUDENCE CITÉE

R. c. *Morgentaler*, [1988] 1 R.C.S. 30.

Prud'homme c. *Prud'homme*, [2002] 4 R.C.S. 663.

Laurentide Motels Ltd c. *Beauport (Ville)*, [1989] 1 R.C.S. 705.

Anns c. *Merton London Borough Council*, [1978] A.C. 728.

Association pour l'accès à l'avortement c. *Québec (Procureur général)*, J.E. 2005-2131 (C.S.).

Finney c. *Barreau du Québec*, [2004] 2 R.C.S. 17.

Entreprises Sibeca inc. c. *Frelighsburg*, [2004] 3 R.C.S. 304.

Association pour l'accès à l'avortement, C.A. Montréal, n° 500-09-011914-025, 19 avril 2002, jj. Deschamps, Chamberland, Pelletier, p. 3.

Chaoulli c. *Québec (P.G.)*, [2005] 1 R.C.S. 791; EYB 2005-91328 (C.S.C.).

DOCUMENTS CITÉS

Brochure n° 1 – Entente entre la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et le ministre de la Santé et des services sociaux, préparée par la Régie de l'assurance maladie du Québec, (pièce D-30).

Manuel des médecins omnipraticiens, émis par la Régie de l'assurance maladie du Québec, (pièce D-31).