

Numéro du dossier: 29272

DEVANT LA

# Cour Suprême du Canada

(En appel d'un jugement de la Cour d'appel de la province de Québec)

ENTRE :

JACQUES CHAULLI

-et-

GEORGE ZELIOTIS

APPELANTS  
(Appelants)

-et-

PROCUREUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC

INTIMÉ  
(Intimé)

-et-

PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA

INTIMÉ  
(Mis en cause)

-et-

PROCUREUR GÉNÉRAL DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

PROCUREUR GÉNÉRAL DE L'ONTARIO

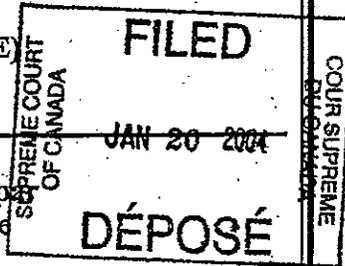
PROCUREUR GÉNÉRAL DU MANITOBA

PROCUREUR GÉNÉRAL DU NOUVEAU-BRUNSWICK

PROCUREUR GÉNÉRAL DE LA SASKATCHEWAN

INTERVENANTS

MÉMOIRE DE L'INTIMÉ (MIS EN CAUSE)  
PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA



M<sup>e</sup> Jean-Marc Aubry, c.r.  
M<sup>e</sup> René LeBlanc  
Ministère de la Justice du Canada  
284, rue Wellington, SAT-6045  
Ottawa (Ontario) K1A 0H8  
Téléphone : (613) 957-4663  
Télocopieur : (613) 952-6006  
Courriel : jmaubry@justice.gc.ca  
Procureurs de l'intimé (mis en cause)  
Procureur général du Canada

M<sup>e</sup> Christopher Rupa  
Ministère de la Justice  
234, rue Wellington,  
Tour Est, pièce 1216  
Ottawa (Ontario) K1A 0H8  
Téléphone : (613) 941-2351  
Télocopieur : (613) 954-1920  
Courriel : christopher.rupa@justice.x400.gc.ca  
Correspondant de l'intimé (mis en cause)  
Procureur général du Canada

4, rue Notre-Dame E., bur.100

Montréal (Québec) H2Y 1B7

Courriel : info@multifactum.com

**Thémis Multifactum inc.**

Téléphone : (514) 866-3565

800-363-3565

Télocopieur : (514) 866-4861

(En appel d'un jugement de la Cour d'appel de la province de Québec)

ENTRE :

JACQUES CHAOULLI

-et-

GEORGE ZELIOTIS

APPELANTS  
(Appelants)

-et-

PROCUREUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC

INTIMÉ  
(Intimé)

-et-

PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA

INTIMÉ  
(Mis en cause)

-et-

PROCUREUR GÉNÉRAL DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

PROCUREUR GÉNÉRAL DE L'ONTARIO

PROCUREUR GÉNÉRAL DU MANITOBA

PROCUREUR GÉNÉRAL DU NOUVEAU-BRUNSWICK

PROCUREUR GÉNÉRAL DE LA SASKATCHEWAN

INTERVENANTS

---

MÉMOIRE DE L'INTIMÉ (MIS EN CAUSE)  
PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA

---

## SURVOL

---

1. Il n'y a pas quarante (40) ans, la maladie, déjà lourde à porter sur le plan personnel, constituait encore la principale source d'appauvrissement des canadiens; déterminée à corriger les iniquités et les conséquences ruineuses d'un système de soins de santé basé essentiellement sur l'assurance privée, la société canadienne, par le biais de l'effort concerté des gouvernements fédéral et provinciaux, se dotait, pour chaque province et territoire, de systèmes publics universels d'assurance-santé dont l'une des caractéristiques fondamentales est de rendre accessibles à tous, sans égard à la capacité de payer de chacun, tous les services médicaux et hospitaliers médicalement requis<sup>1</sup>;
  
2. Aux fins d'assurer la viabilité du régime public, il a été jugé nécessaire de décourager l'émergence d'un régime parallèle privé de soins de santé; c'est essentiellement l'opportunité de ce choix politique, qui a pourtant toujours fait l'objet d'un très large consensus au sein de la société canadienne, que les appelants désirent soumettre à l'arbitrage judiciaire, l'un d'eux allant même jusqu'à reconnaître candidement qu'ils cherchent ainsi à établir le droit des *gens plus fortunés* d'avoir accès à des services de soins de santé parallèles;
  
3. Pour espérer toutefois contester avec succès ce choix aux termes de l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés* [la "*Charte*"], les appelants se devaient à tout le moins d'établir, aux fins d'apprécier la validité de l'atteinte dont ils se plaignent, l'existence d'un *principe juridique à l'égard duquel il existe un consensus substantiel dans la société sur le fait qu'il est essentiel au bon fonctionnement du système de justice*, or, ils ne se sont aucunement déchargés de ce fardeau;
  
4. Quoiqu'il en soit, les mesures contestées par les appelants procèdent d'un choix législatif légitime lié à la préservation d'un acquis collectif de premier plan et opéré dans un

---

<sup>1</sup> Cet amalgame de systèmes publics d'assurance santé sera aussi désigné de temps à autre, dans le présent mémoire, comme le "régime canadien de soins de santé" ou encore le "régime public de soins de santé";

## SURVOL

---

domaine, celui des soins de santé, où l'État doit composer avec des questions complexes de politiques sociales et procéder à la répartition de ressources limitées;

5. La réclamation des appelants s'inscrit dans le contexte des pressions qui s'exercent depuis quelques années, ici comme ailleurs, sur les régimes publics de soins de santé en général et sur l'accessibilité aux services de soins de santé en particulier; le débat public au Canada, tout comme l'expérience des autres pays industrialisés en ce domaine, démontre qu'il n'y a pas de réponses simples, et encore moins de réponse unique, à ces pressions, le choix des moyens pour y faire face étant tributaire d'un ensemble de considérations sociales, économiques, culturelles, politiques, scientifiques et historiques;
6. Les gouvernements sont en ce sens les mieux équipés pour procéder à ces choix complexes et délicats dont l'examen de l'opportunité ne se prête pas au débat judiciaire; à tout événement, les tribunaux devraient se garder de donner leur aval à un changement de politique porteur d'autant d'iniquités, particulièrement pour les plus défavorisés de notre société, que celui dont les appelants se font les promoteurs;

## PARTIE I - LES FAITS

---

7. Comme l'a constaté le premier juge, le Procureur général du Canada [le "Procureur général"] croit ici utile de rappeler que les appelants ne sont pas présentement, pas plus qu'ils ne l'étaient au moment de l'introduction de leur recours, dans une situation où leur état de santé nécessite des soins<sup>2</sup>;
8. Dans ce contexte, la démarche des appelants a ceci de particulier:
9. D'une part, elle est purement anticipatoire en ce sens qu'elle repose sur l'hypothèse que le régime public de soins de santé, en tant qu'institution, ne sera pas en mesure de leur assurer un accès en temps utile à des services de soins de santé dans l'éventualité où leur état de santé devait requérir des soins;
10. D'autre part, bien qu'ils dénoncent ce qu'ils estiment en être les carences, les appelants se gardent bien de remettre en question la nécessité du régime public; c'est la raison pour laquelle la démarche des appelants repose sur la prémisse voulant que l'émergence d'un régime privé parallèle de soins de santé se fasse sans heurt pour le régime public; c'est notamment ce qui ressort manifestement du mémoire de l'appelant Zeliotis<sup>3</sup> de même que du rapport du seul expert qui a témoigné pour le compte des appelants, où l'on peut lire:

Finally, a two speed/two tier system, and even a multispeed/multitier system is highly desirable as long as it would not have the effect of lengthening the waiting time for people on waiting lists in the public sector.<sup>4</sup> (nos soulignements)

11. C'est en ces termes, soit ceux utilisés par l'un des cinq (5) experts entendus pour le compte des intimés, que l'on peut le mieux résumer l'approche des appelants à cet égard:

---

<sup>2</sup> Jugement de première instance, Dossier d'appel conjoint ["DAC"], vol. I, p. 129 et 132;

<sup>3</sup> Mémoire de l'appelant Zeliotis, p. 1, 2 et 28;

<sup>4</sup> Rapport du Dr. Edwin Coffey, DAC, vol X, p. 1794;

## PARTIE I - LES FAITS

---

In its strongest form, the argument for permitting private insurance for covered health care services is simply this: There are waiting lists in Canada, If some of those on waiting lists made private arrangement for care at their expense (but eased by insurance options), and there were no change in Medicare, everyone would be better off. Those who jumped queues would be better off, as would the health care professionals who provided their care and received income. But even those remaining on queues would benefit, since the queues would be shortened. And so, why not permit the change?

[...]

The key assumption here is that **no change of consequence will take place in the public system, Canada's Medicare, if a parallel privately financed system is allowed to develop.**<sup>5</sup> (nos soulignements)

12. Or, ni l'une ni l'autre de ces prémisses ne trouve confirmation dans les faits mis en preuve ici;

---

<sup>5</sup> Rapport du professeur Theodore R. Marmor, Dossier de l'Intimé, Procureur général du Canada ["DI"], vol. V, p. 768, voir aussi: DAC, vol. XII p. 2167;

**PARTIE II - QUESTIONS EN LITIGE**

---

13. Le Procureur général entend traiter des questions suivantes apparaissant à l'ordonnance formulant les questions constitutionnelles émises par cette cour le 15 août 2003:

1. L'article 11 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*, L.R.Q., ch. A-28, porte-t-il atteinte aux droits garantis par l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés*?
3. L'article 15 de la *Loi sur l'assurance-maladie*, L.R.Q., ch. A-29, porte-t-il atteinte aux droits garantis par l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés* ?
5. L'article 15 de la *Loi sur l'assurance-maladie*, L.R.Q., ch. A-29, est-il *ultra vires* de l'Assemblée nationale du Québec, au regard de l'article 91(27) de la *Loi constitutionnelle de 1867* ?
6. L'article 11 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*, L.R.Q., ch. A-28, est-il *ultra vires* de l'Assemblée nationale du Québec, au regard de l'article 91(27) de la *Loi constitutionnelle de 1867* ?

### PARTIE III - ARGUMENTATION

---

#### A QUESTIONS 1 ET 3: L'ARTICLE 7 DE LA CHARTE

##### A.1. - CONTEXTE

14. Les mesures législatives faisant l'objet de la présente contestation interdisent essentiellement le recours à l'assurance privée pour des services de soins de santé déjà couverts par le système public de santé du Québec [article 15 de la *Loi sur l'assurance maladie*<sup>6</sup>], ainsi que le recours à des contrats privés de services pour la prestation de services hospitaliers déjà couverts par ledit système [article 11 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*<sup>7</sup>];
15. Ces dispositions visent à décourager l'émergence d'un régime parallèle privé de soins de santé au profit de la viabilité et de l'intégrité du régime public puisqu'il est à craindre que l'émergence d'un tel régime, qui ferait concurrence directe au régime public, démobilise les ressources de ce dernier, affaiblisse sa capacité de répondre à la demande de services et mette ainsi en péril l'un des principes fondamentaux qui l'animent, celui de l'accessibilité de tous les citoyens à des services de soins de santé, sans discrimination sur la base de la situation financière;
16. Les mesures contestées n'ont ni pour objet, ni pour effet de priver quiconque de la liberté d'accéder à des services de soins de santé, de choisir le médecin traitant ou encore le type de traitement lui-même;
17. Les appelants prétendent néanmoins que ces mesures briment, d'une part, leur liberté de pouvoir choisir, en toute circonstance et en utilisant à cette fin leurs propres ressources financières, les soins qu'ils estiment convenir davantage à leur état de santé, et met potentiellement en péril, d'autre part, faute d'alternative, la sécurité de leur personne

---

<sup>6</sup> L.R.Q., c. A-29, Mémoire de l'appelant Chaoulli, vol. II, p. 223, 229;

<sup>7</sup> L.R.Q., c. A-28, Mémoire de l'appelant Chaoulli, vol. III, p. 268, 269;

### PARTIE III - ARGUMENTATION

---

advenant que le régime public ne leur permet pas d'accéder, en temps utile, aux soins que leur état de santé pourrait éventuellement requérir;

18. Ils comprennent en somme l'article 7 de la *Charte* comme leur conférant le droit de consacrer leurs propres ressources financières à la protection de leur santé de manière à pouvoir ainsi [1] choisir la provenance des soins que leur état de santé pourrait éventuellement requérir et [2] accéder à ces soins dans les délais qu'ils jugeront convenables à cet état, droit qui ne peut être garanti, selon eux, que par l'émergence d'un régime parallèle privé de soins de santé, et non, insistent-ils<sup>8</sup>, par l'imposition à l'État d'obligations positives;

A.2 - EN SUPPOSANT QU'IL S'APPLIQUE ICI, IL N'Y A PAS CONTRAVENTION À L'ARTICLE 7 DE LA CHARTE

A.2.1 - LES APPELANTS NE SE SONT PAS DÉCHARGÉS DU FARDEAU DE PREUVE QUE LEUR IMPOSE L'ARTICLE 7

A.2.1.1 Sur le plan de l'atteinte au droit à la liberté

19. Les appelants revendiquent ici un droit à l'alternative au régime public; ils réclament en fait la liberté de pouvoir se porter acquéreur de services de soins de santé, que le régime public soit en mesure ou non de répondre convenablement à leurs besoins;
20. Ils ne se cachent pas pour dire<sup>9</sup> qu'ils plaident le droit des *gens plus fortunés* d'avoir accès à des services de soins de santé parallèles; ils plaident en d'autres mots pour la reconnaissance d'un droit à l'exercice d'un choix qui dépend d'abord et avant tout du niveau de ressources financières de chacun;

---

<sup>8</sup> Mémoire de l'appelant Chaoulli, vol. I, pp. 63, 64, paragraphes 195 à 199;

<sup>9</sup> Jugement de première instance, DAC, vol. I, p.23;

### PARTIE III - ARGUMENTATION

---

21. Or, le droit à la liberté garanti par l'article 7 de la *Charte*, tel que définie dans le contexte des rapports entre l'individu et l'administration de la justice, protège le droit de faire, sans intervention de l'État, certains choix personnels relevant d'une *sphère irréductible d'autonomie personnelle*;
22. Cette protection ne vise essentiellement toutefois que les décisions qui revêtent une *importance fondamentale* pour l'individu, c'est à dire celles portant sur des "*sujets qui peuvent à juste titre être qualifiés de fondamentalement ou d'essentiellement personnels et qui impliquent, par leur nature même, des choix fondamentaux participant de l'essence même de ce que signifie la jouissance de la dignité et de l'indépendance individuelles*"<sup>10</sup>;
23. En appliquant cette définition au présent contexte, on ne peut raisonnablement soutenir que le choix de la provenance, publique ou privée, des services de soins de santé relève de la catégorie des choix personnels fondamentaux; la revendication des appelants relève davantage de la sphère des choix, pour ceux qui peuvent se les permettre, relatifs à la libre disposition du patrimoine personnel; elle a peu à voir avec celle des choix *participant de l'essence même de ce que signifie la jouissance de la dignité et de l'indépendance individuelle*;

#### A.2.1.2 Sur le plan de l'atteinte au droit à la sécurité de la personne

24. Les appelants prétendent essentiellement que le régime public de soins de santé ne leur permet plus un accès en temps utile aux services de soins de santé et que faute d'une alternative à ce régime, qui prendrait la forme d'un régime parallèle privé de soins de santé, la sécurité de leur personne, et même leur vie, est menacée;

---

<sup>10</sup> R. c. *Morgentaler* [1988] 1 R.C.S., 30; *Blencoe c. Colombie-Britannique (Human Rights Commission)* [2000] 2 R.C.S. 307, par. 51; *Godbout c. Ville de Longueuil* [1997] 3 R.C.S. 844, par. 66;

### PARTIE III - ARGUMENTATION

---

25. Le Procureur général rappelle que les appelants ne sont pas présentement dans une situation où leur état de santé nécessite des soins<sup>11</sup> et que leur démarche est essentiellement anticipatoire en ce sens qu'elle repose sur l'hypothèse que le régime public de soins de santé ne sera pas en mesure de leur assurer un accès en temps utile à des services de soins de santé dans l'éventualité où leur état de santé devait requérir des soins;
26. Dans ce contexte, pour espérer établir une atteinte au droit qu'ils invoquent ici, en supposant que celui-ci soit protégé par l'article 7 de la *Charte*, les appelants se devaient de démontrer à tout le moins trois (3) choses, à savoir:
- a) que l'accès aux services du régime public de soins de santé est à ce point institutionnellement déficient qu'il compromet la santé et le bien-être de la population;
  - b) que l'émergence d'un régime parallèle privé de soins de santé aurait pour résultat d'obvier aux ratées du régime public et de garantir aux appelants un accès plus adéquat à des services de soins de santé; et
  - c) que le préjudice découlant des difficultés d'accès aux services de soins de santé que dénoncent les appelants, est imputable à l'État<sup>12</sup>;
27. Or, les appelants ne se sont pas déchargés de ce fardeau, la preuve révélant notamment qu'un régime privé de soins de santé ne saurait offrir qu'une alternative illusoire au régime public;
28. En effet, la preuve révèle que les régimes privés, en raison de leur mission première, qui est de générer des profits, n'assument pas tous les risques, ne couvrent pas tous les types de services de soins de santé et ont leurs propres formes de rationnement; plus particulièrement, dans un "marché" comme le Canada, avec ses particularités géographiques et l'étalement de sa population, la couverture d'assurance des régimes

---

<sup>11</sup> *Supra*, note 2;

<sup>12</sup> *Blencoe c. Colombie-Britannique (Human Rights Commission)* [2000] 2 R.C.S. 307, par.60;

### PARTIE III - ARGUMENTATION

---

privés risque à coup sûr de varier d'une région à l'autre; à l'évidence, le secteur privé ne peut, de façon globale, garantir ni une meilleure qualité de soins, ni un meilleur accès aux services qu'assure déjà le régime public<sup>13</sup>;

29. Le domaine de l'organisation et de la prestation des services de soins de santé se prêtent mal aux règles et lois du marché<sup>14</sup>; faisant en sorte qu'il y a ici absence d'une alternative réelle au régime public, laquelle résulte non pas seulement de la présence des mesures contestées en l'espèce, et donc du fait de l'État, mais aussi des limites intrinsèques du marché de l'assurance privée;
30. Cela met en évidence le caractère beaucoup trop large de la revendication des appelants, laquelle ne vise aucun service médical ou hospitalier en particulier et l'impossibilité d'en faire une adjudication, particulièrement sur le plan du lien de causalité qui se doit d'exister entre le droit dont l'individu s'estime privé, en l'occurrence l'absence d'alternative au régime public, et la mesure gouvernementale contestée<sup>15</sup>, qui respecte les paramètres des articles 7 et 32 de la *Charte* et ceux de l'article 52 de la *Loi constitutionnelle de 1982*;
31. Trop de variantes et de facteurs qui ne regardent pas l'État entrent en effet en ligne de compte lorsqu'il s'agit de déterminer si un régime privé parallèle peut constituer, comme le réclament les appelants, une alternative valable au régime public; rien ne démontre en somme que sanctionner le comportement de l'État aurait pour effet de rendre cette

---

<sup>13</sup> Rapport du Dr. Charles J. Wright, *Waiting Lists in Canada and the Potential Effects of Private Access to Health Care Services*, DI, vol. VI, p. 920, voir aussi: DAC, vol. XIII, p. 2258; Rapport du professeur Jean-Louis Denis, *Un avenir pour le système public de santé*, DAC vol. XII, pp. 2071, 2072, 2076 et 2077;

<sup>14</sup> Rapport du Dr Fernand Turcotte, *Le temps d'attente comme instrument de gestion du rationnement dans les services de santé au Canada*, DAC vol XII, pp. 2210 à 2214; Rapport du professeur Jean-Louis Denis, *Un avenir pour le système public de santé*, DAC vol. XII pp. 2075 et 2076; Conseil de la Santé et du Bien-Être du Québec, *Évolution des rapports public-privé dans les services de Santé et les services sociaux*, Rapport remis au ministre de la Santé et des Services sociaux, juin 97, DAC vol. IX, p. 1546;

<sup>15</sup> *Blencoe c. Colombie-Britannique (Human Rights Commission)* [2000] 2 R.C.S. 307, par.60;

### PARTIE III - ARGUMENTATION

---

alternative plus attrayante; comme il en sera question plus loin, cela produirait plutôt des effets néfastes pour l'ensemble du régime canadien de soins de santé;

32. La même préoccupation surgît lorsqu'il est question de l'imputabilité de l'État face aux délais d'attente que dénoncent les appelants puisque si le régime canadien de soins de santé est un système à payeur unique [l'État], les médecins n'en demeurent pas moins des acteurs privés jouant un rôle prépondérant dans la confection et l'organisation des listes d'attente; le placement d'un patient sur une liste d'attente ou de priorité dépend du jugement clinique que porte le médecin sur les besoins de chaque patient, et parfois comme le démontre l'expérience de l'appelant Zeliotis<sup>16</sup>, de circonstances propres au patient lui-même,<sup>17</sup> ainsi, ces listes reflètent des priorités médicales et servent donc ainsi à rendre le système de santé plus efficace;
33. Les appelants n'ont pas établi les paramètres nécessaires à une discussion sur l'application et la portée du droit à la vie et à la sécurité de la personne garantis par l'article 7 de la *Charte* en contexte d'accès aux services de soins de santé;

#### A.2.1.3 Sur le plan de l'identification des principes de justice fondamentale

34. Il est désormais bien établi que la charge de la preuve appartient au demandeur à toutes les étapes de l'analyse d'une réclamation fondée sur l'article 7 de la *Charte*, y compris celle de l'identification des principes de justice fondamentale pertinents, et que ce n'est que dans

---

<sup>16</sup> Jugement de première instance, DAC p. 29, 30;

<sup>17</sup> Rapport du Dr. Charles J. Wright, *Waiting Lists in Canada and the Potential Effects of Private Access to Health Care Services*, DI, vol. VI, p. 910 et 911, voir aussi: DAC, vol. XIII, pp. 2248 et 2249; Ces constats sur les facteurs extrinsèques à l'État pouvant influencer sur le temps d'attente et sur l'absence de normes uniformes dans l'établissement et la gestion des listes d'attente, ont été également dégagés par la toute récente Commission d'enquête présidée par Roy Romanow et chargée de réfléchir sur l'avenir des soins de santé au Canada, voir: Rapport de la Commission Romanow, *Guidé par nos valeurs - L'avenir des soins de santé au Canada*, Novembre 2002, Recueil de sources du Procureur général, vol. II, onglet 15, pp. 420, 421;

### PARTIE III - ARGUMENTATION

---

la mesure où une violation de cette disposition est établie qu'il incombe à l'État de la justifier conformément à l'article premier de la *Charte*<sup>18</sup>;

35. C'est ainsi qu'il incombait aux appelants d'identifier ou encore de préciser un principe de justice fondamentale pertinent à leur revendication, c'est-à-dire « *un principe juridique à l'égard duquel il existe un consensus substantiel dans la société sur le fait qu'il est essentiel au bon fonctionnement du système de justice* » et qui doit être défini avec suffisamment de précision « *pour constituer une norme fonctionnelle permettant d'évaluer l'atteinte à la vie, à la liberté ou à la sécurité de la personne* »<sup>19</sup>;
36. On y voit là toute la difficulté de définir, en dehors, comme en l'espèce, du contexte de l'administration de la justice, un cadre d'analyse qui ne dénature pas le sens et la portée des principes de justice fondamentale;
37. Or, les appelants n'ont identifié aucun principe de justice fondamentale contre lequel apprécier l'atteinte dont ils se plaignent, et en ce sens, ils n'ont pas réussi à surmonter cette difficulté;
38. Les instruments internationaux invoqués à cet égard par l'appelant Chaoulli [le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, et certaines résolutions de la *Commission des droits de l'homme des Nations Unies*] ne lui sont par ailleurs d'aucun secours aux fins de dégager un principe de justice fondamentale applicable à l'espèce;
39. En ce qui a trait au *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, un traité non-incorporé en droit interne canadien, l'examen des dispositions

---

<sup>18</sup> *R. c. Marmo-Levine, R. c. Caine*, référence neutre - 2003 CSC 74, par. 98;

<sup>19</sup> *Idem*, par. 113;

### PARTIE III - ARGUMENTATION

---

invoquées par l'appelant Chaoulli [les articles 9 et 12], et du sens qui a pu leur être donné par le *Comité des droits économiques sociaux et culturels* des Nations Unies créé aux fins de vérifier la mise en œuvre dudit *Pacte* par les États contractants<sup>20</sup>, révèle:

- a) la non-pertinence de la première [l'article 9] dans la mesure où elle traite essentiellement d'un droit, celui à des moyens de subsistance en cas de maladie, qui a peu, sinon rien, à voir avec le droit revendiqué par les appelants en l'espèce; et
  - b) la concordance des valeurs qui sous-tendent la seconde [l'article 12], en l'occurrence l'accessibilité aux services de soins de santé sans discrimination de fortune et la protection des groupes vulnérables, avec celles du régime canadien de soins de santé;
40. Quant aux résolutions de la *Commission des droits de l'homme des Nations Unies*<sup>21</sup>, qui traitent du droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé susceptible d'être atteint, elles sont, outre leur caractère non-exécutoire au plan international, si générales qu'on ne peut raisonnablement y voir l'expression d'une quelconque reconnaissance, au niveau du droit international, d'un droit d'accès à un régime privé de soins de santé;
41. Le droit international, qui ne requiert à tout événement pas des États la constitutionnalisation des règles qui en émergent<sup>22</sup>, n'est donc d'aucun secours aux prétentions de l'appelant Chaoulli; bien au contraire, on y voit exprimé des valeurs [accessibilité aux services de soins de santé sans discrimination de fortune et protection des groupes vulnérables] qui sont au centre de celles du régime canadien de soins de santé;

---

<sup>20</sup> Observation générale no. 14 - E/C. 12/2000/4 - (11 août 2000), *Comité des droits économiques, sociaux et culturels* des Nations Unies, Mémoire du Procureur général, p. 100;

<sup>21</sup> Mémoire de l'appelant Chaoulli, vol. I, par. 140 et 189;

<sup>22</sup> L'article 2 du *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* stipule: *Chacun des Etats parties au présent Pacte s'engage à agir, tant par son effort propre que par l'assistance et la coopération internationales, notamment sur les plans économique et technique, au maximum de ses ressources disponibles, en vue d'assurer progressivement le plein exercice des droits reconnus dans le présent Pacte par tous les moyens appropriés, y compris en particulier l'adoption de mesures législatives*, Mémoire du Procureur général, p. 81;

### PARTIE III - ARGUMENTATION

---

42. Cette carence dans la démarche des appelants leur est fatale; comme une majorité de cette cour a jugé être le cas dans l'affaire *Gosselin*, précitée<sup>23</sup>, le Procureur général estime, vu ce qui précède, que les circonstances de la présente affaire ne se prêtent pas à une application nouvelle de l'article 7 de la *Charte*;

**A.2.2 À TOUT ÉVÉNEMENT, QUEL QUE POURRAIT ÊTRE LE PRINCIPE DE JUSTICE FONDAMENTALE EN CAUSE, LES MESURES CONTESTÉES RELÈVENT DES CHOIX SOCIÉTAUX À L'ÉGARD DESQUELS LA RETENUE JUDICIAIRE S'IMPOSE**

**A.2.2.1 Les appelants attaquent ici la sagesse d'un choix politique**

43. La revendication des appelants se situe manifestement ici en dehors des paramètres à l'intérieur desquels l'article 7 de la *Charte* a jusqu'à maintenant trouvé application; elle concerne ultimement des questions de politiques sociales complexes où l'État est appelé à procéder à la répartition de ressources limitées à un domaine, celui des soins de santé, où la demande de services est pratiquement illimitée, et, par la force des choses, à arbitrer des intérêts qui s'opposent;
44. Elle s'inscrit dans le contexte des pressions qui s'exercent depuis quelques années, ici comme ailleurs, sur les régimes publics de soins de santé en général et sur l'accessibilité aux services de soins de santé en particulier; le débat public au Canada, tout comme l'expérience des autres pays industrialisés, démontre qu'il n'y pas de réponses simples, et encore moins de réponse unique, à ces pressions, le choix des moyens pour y faire face étant tributaire d'un ensemble de considérations sociales, économiques, culturelles, politiques, scientifiques et historiques;
45. Les appelants se livrent en somme à une attaque généralisée contre la sagesse d'une politique gouvernementale, celle visant à décourager l'émergence d'un régime parallèle

---

<sup>23</sup> *Gosselin c. Québec (Procureur général)* [2002] 4 R.C.S. 429, par. 83;

### PARTIE III - ARGUMENTATION

---

privé de soins de santé aux fins d'assurer la viabilité du régime canadien de soins de santé, qui a toujours joui d'un très large consensus au sein de la société canadienne;

46. Or, cette Cour rappelait encore tout récemment que l'aspect auquel elle doit s'attacher, lorsqu'elle examine une réclamation aux termes de l'article 7 de la *Charte*, n'est pas l'*opportunité* de la mesure contestée, mais uniquement sa *constitutionnalité*<sup>24</sup>;
47. Ainsi, lorsque dans un domaine aussi complexe que celui des soins de santé, l'État fait une évaluation raisonnable de l'endroit où tracer la ligne, surtout quand cette évaluation exige l'appréciation de preuves scientifiques complexes et souvent contradictoires de même que la répartition de ressources limitées, les tribunaux doivent généralement faire preuve de retenue face à ce choix<sup>25</sup>;
48. Comme le faisait remarquer le professeur à propos de l'hypothèse d'une possible extension du contrôle judiciaire au domaine des droits sociaux-économiques:

"The suggested role also involves a massive expansion of judicial review, since it would bring under judicial scrutiny all of the elements of the modern welfare state, including the regulation of trades and professions, the adequacy of labour standards and bankruptcy laws and, of course, the level of public expenditures on social programmes. As Oliver Wendell Holmes would have pointed out, these are issues upon which elections are won and lost; the judges need a clear mandate to enter that arena, and s.7 does not provide that clear mandate".<sup>26</sup>

49. En tout état de cause, les tribunaux n'interviendront à l'égard des choix opérés par le législateur que s'il est clair que ceux-ci portent atteinte aux droits individuels en cause

---

<sup>24</sup> *R. c. Clay*, référence neutre 2003 CSC 75, par. 4;

<sup>25</sup> *Irwin Toy Ltd c. Québec (Procureur général)*, [1989] 1 R.C.S. 927; 990; *R. c. Heywood* [1994] 3 R.C.S. 761, 793 et 795;

<sup>26</sup> P.W. Hogg, *Constitutional Law of Canada*, Loose-leaf Edition, Toronto, Carswell, 2000, p. 44-12, Recueil de sources du Procureur général, vol. I, onglet 13, p. 191;

### **PARTIE III - ARGUMENTATION**

---

*"d'une façon qui est inutilement large et qui va au-delà de ce qui est nécessaire pour atteindre l'objectif gouvernemental"<sup>27</sup>;*

50. Le Procureur général est d'avis, à supposer qu'il y ait atteinte aux droits des appelants, que les mesures en cause ici procèdent de choix dont l'examen de l'opportunité ne se prête pas au débat judiciaire et qu'à tout événement lesdites mesures ne sont ni arbitraires, ni excessives, bien au contraire;
51. Cette conclusion s'impose de l'examen d'un certain nombre de facteurs contextuels, dont celui de l'inefficacité et de l'iniquité de la solution prônée par les appelants, qui est de laisser libre cours à l'émergence d'un régime privé parallèle de soins de santé, aux fins de résoudre les problèmes d'accessibilité aux soins de santé qu'ils dénoncent;

#### **A.2.2.2 Les effets néfastes du choix politique proposé par les appelants sur le fonctionnement du régime public**

52. Personne, de nos jours, n'oserait suggérer que le secteur des services de soins de santé soit entièrement abandonné aux forces du marché; dans la très grande majorité des pays industrialisés, le consensus est à l'effet que les principes qui règlent le fonctionnement des mécanismes de marché sont incompatibles avec la production des services de santé et que l'État doit en conséquence jouer un rôle de premier plan dans l'organisation et le financement des systèmes de santé<sup>28</sup>;
53. Les bénéfices qu'apportent aux individus et à la collectivité l'implication de l'État dans l'organisation et le financement des systèmes de santé sont indéniables et se traduisent par

---

<sup>27</sup> R. c. Heywood [1994] 3 R.C.S., 761, 793 et 795;

<sup>28</sup> Rapport du Dr Fernand Turcotte, *Le temps d'attente comme instrument de gestion du rationnement dans les services de santé au Canada*, DAC vol XII, pp 221 à 2213; Rapport du professeur Jean-Louis Denis, *Un avenir pour le système public de santé*, DAC vol. XII, p. 2064; Conseil de la Santé et du Bien-Être du Québec, *Évolution des rapports public-privé dans les services de Santé et les services sociaux*, Rapport remis au ministre de la Santé et des Services sociaux, juin 97, DAC vol. IX, p 1546;

### PARTIE III - ARGUMENTATION

---

un meilleur contrôle des dépenses globales de soins de santé, par une meilleure répartition des risques, par un accès plus équitable aux services, et, par conséquent, par de meilleurs résultats socio-sanitaires pour l'ensemble de la population, avec ce que cela implique en termes de productivité nationale;

54. C'est ce qui se dégage notamment du rapport sur la santé dans le monde rendu public par l'*Organisation mondiale de la santé* ("OMS") en 1999:

"Nos valeurs ne peuvent pas non plus nous conduire à adopter des demandes entièrement conditionnées par les lois du marché qui consistent à réserver les services de santé à ceux qui ont les moyens de les payer. Non seulement un tel assujettissement au marché pour le financement de la santé entraîne des inégalités intolérables dans l'exercice d'un droit fondamental de tout être humain, mais, en outre, les recherches et l'expérience montrent de plus en plus que le marché de la santé est inefficace.

(...)

A l'exception des seuls États-Unis d'Amérique, les démocraties à revenu élevé et orientées vers les lois du marché imposent une couverture universelle. Leurs résultats sanitaires sont excellents. Ils ont réussi à endiguer les dépenses qui représentent une part du PIB beaucoup moins importante qu'aux États-Unis d'Amérique (7 à 10% au lieu de 40%). Dans l'un des pays où elle a été étudiée -- le Canada --, l'adoption d'un système national d'assurance-maladie a entraîné une augmentation des salaires, une réduction du chômage et une amélioration des résultats sanitaires. Ceci doit nous servir de leçon<sup>29</sup>;

55. Préconisant un "nouvel universalisme" plaçant l'État au cœur de l'organisation et du financement des services de santé, l'OMS exprimera les réserves suivantes à propos des régimes privés de soins de santé:

"La prise en compte des réalités nous éloigne aussi des démarches entièrement conditionnées par les lois du marché qui consistent à rationner

---

<sup>29</sup> Rapport sur la santé dans le monde - 1999, *Pour un réel changement*, Organisation mondiale de la santé, DI, vol. X, p. 623; voir aussi: Conseil de la Santé et du Bien-Être du Québec, *Évolution des rapports public-privé dans les services de Santé et les services sociaux*, Rapport remis au ministre de la Santé et des Services sociaux, juin 97, DAC vol. IX, p 1552;

### PARTIE III - ARGUMENTATION

---

les services de santé en les limitant à ceux qui ont les moyens de les payer. Non seulement cet assujettissement au marché pour le financement de la santé entraîne des inégalités intolérables dans la jouissance d'un droit fondamental de la personne humaine, mais en outre un nombre croissant de recherches et d'expériences montrent que le marché de la santé est inefficace. (...) la santé est une importante composante du bien-être national. Pour obtenir d'excellents résultats sanitaires, il faut à la fois une couverture universelle et une excellente maîtrise des dépenses.

Le présent rapport préconise un 'nouvel universalisme' qui reconnaît les limites de l'État, mais retient l'obligation pour ce dernier d'assumer la direction et le financement des services de santé.<sup>30</sup>

56. Les études effectuées par l'OCDE vont également dans le même sens et font apparaître les dangers que présentent, pour l'équité dans l'accès aux soins de santé, les modèles d'organisation des services de soins de santé faisant appel au financement privé<sup>31</sup>;
57. Toutefois, s'il est souhaitable que des services soient assurés à tous par l'État, la conjoncture internationale actuelle fait en sorte qu'il ne peut malheureusement s'agir de tous les services; c'est pourquoi, à des degrés divers, tous les régimes de soins de santé des pays industrialisés ne sont pas entièrement publics<sup>32</sup>;
58. Le Canada n'échappe pas à cette réalité et permet, comme ailleurs, la participation du secteur privé à la prestation de certains services de soins de santé; le rôle qu'y joue le secteur privé est toutefois strictement complémentaire à celui du régime public [médicaments, soins dentaires et autres services non-assurés par le régime public]; en

---

<sup>30</sup> Rapport sur la santé dans le monde - 1999, *Pour un réel changement*, Organisation mondiale de la santé, DI, vol. X, p. 1664

<sup>31</sup> Études de politique de santé no. 2 *La réforme des systèmes de santé, Analyse comparée de sept pays*, OCDE, 1992, DI, vol. III, p. 493, 494, 503 et 508; Étude de politique de santé no. 6: *À la recherche de mécanismes de marché, Les systèmes de santé au Canada, en Islande et au Royaume-Uni*, OCDE, 1995, DI, vol. IV, p. 543; Études de politique no. 8, *La Réforme des systèmes de santé - La volonté de changement*, OCDE, 1996, DI, vol. IV, p. 666 et 708;

<sup>32</sup> Rapport sur la santé dans le monde - 1999, *Pour un réel changement*, Organisation mondiale de la santé, DI, vol. X, p. 1664; voir aussi: Conseil de la Santé et du Bien-Être du Québec, *Évolution des rapports public-privé dans les services de Santé et les services sociaux*, Rapport remis au ministre de la Santé et des Services sociaux, juin 97, DAC vol. IX, p. 1549;

### PARTIE III - ARGUMENTATION

---

d'autres termes, les deux "régimes" occupent des espaces distincts et étanches du domaine des services de soins de santé<sup>33</sup>;

59. Or, tel qu'indiqué précédemment<sup>34</sup>, les appelants ne souhaitent pas la privatisation du régime public, l'appelant Zeliotis allant même jusqu'à reconnaître *d'emblée* la fondamentale nécessité du régime public et le fait qu'il doive, pour remplir sa mission, *disposer prioritairement de toutes les ressources dont il a besoin*<sup>35</sup>;
60. Ce que les appelants recherchent en fait, c'est que les régimes public et privé puissent occuper le même espace de manière à permettre à ceux qui en ont les moyens de satisfaire ailleurs que dans le secteur public, lorsque cela leur convient mieux, leurs besoins en services de soins de santé;
61. Comme l'a toutefois reconnu leur propre expert<sup>36</sup>, cette avenue n'est souhaitable que si elle n'a pas pour effet de dégrader la qualité et l'accès aux services dispensés par le régime public; or, les appelants n'ont pas réussi à faire cette démonstration, pas même sous l'angle très réduit, celui de la capacité excédentaire du régime public, avec lequel l'appelant Zeliotis aborde la question;
62. La preuve au dossier démontre au contraire que l'émergence d'un régime privé parallèle de soins de santé aurait non seulement pour effet de faire grimper les coûts globaux de la santé pour l'ensemble de la population, mais, surtout, d'entraîner une démobilisation des ressources du régime public au profit du régime privé et, par conséquent, une dégradation inévitable de la qualité et de l'accès aux services dispensés par le régime public;

---

<sup>33</sup> Rapport du professeur Theodore R. Marmor, DI, vol. V, p. 771, voir aussi: DAC, vol. XII p. 2170;

<sup>34</sup> Voir le paragraphe 16 du présent mémoire;

<sup>35</sup> Mémoire de l'appelant Zeliotis, p. 1, paragraphes 2 et 3;

<sup>36</sup> Supra, note 4;

### PARTIE III - ARGUMENTATION

---

63. La preuve d'expert retenue par le premier juge est formelle et sans ambiguïté à cet égard:

a) l'expert Turcotte:

"Il n'existe pas de preuve empirique montrant que l'option d'un secteur privé réduise le temps d'attente dans le secteur public. Au contraire, l'augmentation de l'accès aux services privés semble généralement associée à une augmentation des files d'attente du secteur public, plus particulièrement quand les médecins pratiquent dans les deux secteurs en même temps comme c'est le cas au Royaume Uni".<sup>37</sup>

b) l'expert Wright:

#### **Would Private Health Care Cause a Reduction in Public System Waiting Lists?**

In theory this could be an important result of making more services available through a private system. Unfortunately, there is substantial information which suggests the contrary. For instance, in those countries that have experience with a hybrid system (in which physicians are permitted to work both in the public and in a private system), there is a progressive deleterious effect on access within the public system. There is diversion of energy, commitment, and funding into the private facilities. A recent in-depth investigative report in Britain reveals the extent to which physicians progressively favor the private system and divert their commitment into it and away from the public system. Interviews with family practitioners and patients revealed that there are waiting lists for up to a year to be seen in the public system by a specialist, but almost immediate 'private' treatment by the same specialist for those prepared to pay. People were often given the 'choice of long waits or the loss of life savings'. The report concludes that 'there is a danger that some doctors are allowing their greed to distort health care in Britain. Either we as a profession accept this (as in the United States) or we put a stop to it from within the profession'.<sup>38</sup>

[...]

The principal argument for permitting a second tier private alternative system, namely that this would cause better overall access to care and

---

<sup>37</sup> Rapport du Dr Fernand Turcotte, *Le temps d'attente comme instrument de gestion du rationnement dans les services de santé au Canada*, DAC vol XII, pp. 2218 et 2219;

<sup>38</sup> Rapport du Dr. Charles J. Wright, *Waiting Lists in Canada and the Potential Effects of Private Access to Health Care Services*, DI, vol. VI, p. 918, voir aussi: DAC, vol. XIII, p. 2256;

### PARTIE III - ARGUMENTATION

---

relieve pressure on the public system, is not supported by any data. The information and studies compiled here suggest the opposite, namely that the major effect of allowing a private alternative would be to shift energy and resources from the public system into the private system, causing deterioration of public system access. This would only be to the advantage of those who could afford to pay or to purchase additional private health care insurance".<sup>39</sup>

c) l'expert Marmor:

"Thus I believe that allowing private insurance to be available as an alternative to Medicare would have profound negative impacts on the public system rather than none as is assumed. It would not increase availability of services in the public sector or reduce waiting lists. Instead, it would divert resources from the publicly financed program to be available to private activities and it would increase total Canadian expenditures on health. It also would give those able to secure private coverage an advantage over others"<sup>40</sup>.

64. Des études récentes confirment ces constats, notamment celles entreprises conjointement par la faculté de droit et les départements d'économie et de sciences politiques de l'Université de Toronto sur l'expérience d'autres pays de l'OCDE relative à la gestion de leur système de soins de santé, particulièrement là où l'on a tenté l'expérience de régimes mixtes, et dont les résultats ont été publiés au cours des deux (2) dernières années:

"Turning now to sum up the evidence on the impact of the public/private mix on health outcomes, utilization, spending, and waiting times, the evidence generally points away from increased private financing as a means to achieve effective health care reform. There appears to be no relationship between increased private spending and improved health outcomes. In fact, we found a positive correlation between private health care spending as a percent of total health spending and potential years of life lost. This result has to be read with some caution as it is only a simple correlation at a point in time. However, one could hypothesize that this result reflects in part that private spending tends to be skewed towards the more well off individuals where the returns to spending on health are smaller and away from potentially more needy populations where the returns are larger.

---

<sup>39</sup> Rapport du Dr. Charles J. Wright, *Waiting Lists in Canada and the Potential Effects of Private Access to Health Care Services*, DI, vol. VI, p. 927; voir aussi: DAC, vol. XIII, p. 2265;

<sup>40</sup> Rapport du professeur Theodore R. Marmor, DI, vol. V, p. 769; voir aussi: DAC, vol. XII p. 2168;

### PARTIE III - ARGUMENTATION

---

Country specific evidence on the effects of private, out of pocket cost sharing on access to care and health outcomes shows that co-payments do indeed create barriers to access and that these barriers can result in worse health outcomes for the poor. The evidence on the relationship between private financing and health care spending suggests that countries with higher levels of private financing such as the US have higher costs and higher cost growth than countries with predominantly public payers such as Canada. Furthermore, examining the impact of private financing on public health funding suggests that increases in private financing are associated with declines, over time, in public funds allocated to health care. Finally, the available evidence does not suggest that private financing is successful in improving waiting times for care. In fact, even in those countries, such as the UK, with a second private health care tier, public initiatives to improve waiting times in the primary tier have proven more successful<sup>41</sup>.

The evidence presented in this paper suggests that increasing the private share of total health care expenditures does not offer a solution to the challenges facing publicly-financed systems. Increasing the private share provides some additional revenue, but it also substitutes in part for public finance, and raises important considerations of equity.<sup>42</sup>

65. Une étude toute récente sur l'expérience australienne montre à quel point il faut aborder avec prudence toute solution aux pressions qui s'exercent sur les régimes publics de soins de santé qui aurait pour fondement l'émergence d'un régime privé parallèle,<sup>43</sup>

---

<sup>41</sup> Colleen M. Flood, Mark Stabile and Carolyn Hugues Tuohy, *The Borders of Solidarity: How Countries Determine the Public/Private Mix in Spending and the Impact on Health Care*, Case Western Reserve University Health Matrix: Journal of Law-Medicine, no. 297, Summer, 2002, Recueil de sources du Procureur général, vol. X, onglet 18, p. 3462;

<sup>42</sup> Carolyn Hugues Tuohy, PhD, Colleen M. Flood, SJD, and Mark Stabile, PhD, *How Does Private Finance Affect Public Health Care Systems, Marshalling the Evidence from OECD Nations*, Paper submitted to the Journal of Health Politics and Law, University of Toronto, article cité dans le Rapport du Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie, *La santé des Canadiens - Le rôle du gouvernement fédéral*, Rapport final, Octobre 2002, Recueil de sources du Procureur général, vol. I, onglet 14, pp. 221, 222;

<sup>43</sup> Jeremiah Hurley, Rhema Vaithianathan, Thomas F. Crossley, Deborah Cobb-Clark, *Parallel Private Health Insurance in Australia: A cautionary Tale and Lessons for Canada*, Centre for Health Economics and Policy Research Analysis, McMaster University, Discussion Paper No. 448 May 2002, version antérieure (décembre 2001) citée dans le Rapport du Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie *La santé des Canadiens - Le rôle du gouvernement fédéral*, Rapport final, Octobre 2002, Recueil de sources, Procureur général, vol. III, onglet 17, p. 1087;

### PARTIE III - ARGUMENTATION

---

66. La toute récente Commission d'enquête présidée par Roy Romanow et chargée de réfléchir sur l'avenir des soins de santé au Canada (la *Commission Romanow*), tout en réaffirmant avec force la validité et l'actualité des principes et valeurs fondamentaux qui animent le régime canadien de soins de santé, a dégagé le même constat quant à ce que proposent les appelants pour résoudre les difficultés du régime public:

Au début de mon mandat, j'ai invité les personnes qui prônent des solutions radicales pour réformer les soins de santé - le ticket modérateur, les comptes d'épargne pour les soins de médicaux, l'élimination de certains services de la liste des services assurés, un plus grand recours au secteur privé, **la création d'un système privé parallèle** - à m'apporter des preuves démontrant que ces approches contribueraient à améliorer et à renforcer notre système de santé. *Ces preuves ne m'ont pas été présentées.* J'ai également examiné soigneusement les expériences tentées par certaines provinces ou territoires en ce qui concerne la participation aux coûts et les partenariats entre les secteurs public et privé et j'ai constaté que les résultats obtenus laissaient à désirer. **Rien ne prouve que ces solutions permettront d'offrir de meilleurs soins ou des soins à moindre coût, ni d'améliorer l'accès** (sauf peut-être pour ceux qui ont les moyens de payer les soins de leur poche). Plus précisément, les principes sur lesquels reposent ces solutions ne cadrent ni avec les valeurs qui sont au cœur du régime d'assurance-santé, ni avec les prémisses de la *Loi canadienne sur la santé*, que les Canadiens appuient de façon massive. Il serait irresponsable de ma part de mettre en péril ce qui a été, et ce qui demeure, un système de santé de calibre mondial et un symbole national dont nous sommes fiers en acceptant des anecdotes comme des faits ou en faisant simplement un "acte de foi". (nos soulignements)

67. L'émergence d'un système privé parallèle de soins de santé n'est pas davantage la solution prônée par le *Comité permanent du Sénat sur les affaires sociales, la science et la technologie* dans le rapport qu'il rendait public en 2002 sur l'état du régime canadien de

### PARTIE III - ARGUMENTATION

---

soins de santé, pour régler la question des délais d'accès aux soins que ledit Comité estime trop longs<sup>44</sup>;

68. Présidé par le Sénateur Kirby, ce Comité, qui s'est par ailleurs, tout comme la *Commission Romanow*, clairement prononcé en faveur du maintien du principe d'un régime à payeur unique [l'État], prône une solution à la question des délais d'attente qui passe, sous la forme de garanties d'accès aux soins dans des délais pré-établis, par un resserrement du régime actuel, et non par son ouverture au secteur privé<sup>45</sup>;
69. Même l'*Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes*, qui représente pourtant les intérêts des assureurs privés du domaine de la santé au Canada et qui s'est fait entendre tant devant la *Commission Romanow* que devant le *Comité permanent du Sénat sur les affaires sociales, la science et la technologie*, ne prône pas la solution recherchée par les appelants, préférant mettre l'accent sur la complémentarité des rapports entre les régimes privés et publics de soins de santé<sup>46</sup>;
70. Il apparaît donc manifeste que l'émergence d'un secteur privé parallèle de soins de santé est davantage susceptible d'accentuer que de résoudre les carences que dénoncent les appelants; permettre que les régimes publics et privés occupent le même espace est une solution qui n'a pas fait ses preuves partout où elle a été tentée et qui est porteuse

---

<sup>44</sup> Rapport du Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie *La santé des Canadiens - Le rôle du gouvernement fédéral*, Rapport final, (chap. 2) Octobre 2002, Recueil de sources du Procureur général, vol. III, onglet 17, p. 1095; voir aussi: Recueil de sources de l'appelant Chaoulli, vol. III, onglet 44;

<sup>45</sup> Idem, (chap. 6), vol. IV, onglet 17, p. 1171 et ss.;

<sup>46</sup> Soumission de l'*Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes* auprès de la Commission Romanow, *The Role of Supplementary Health Insurance in Canada's Health System*, November 2001, Recueil de sources du Procureur général, vol. X, onglet 20, p. 3523;

### PARTIE III - ARGUMENTATION

---

d'iniquité; non seulement s'est elle avérée inefficace à résoudre les problèmes des régimes publics, mais elle les a exacerbés, particulièrement au niveau de l'accessibilité aux soins;

71. La gestion des régimes publics de soins de santé, y compris l'amélioration des conditions d'accessibilité aux services de soins de santé, présente un défi extrêmement complexe pour l'ensemble des pays industrialisés; le Canada n'y fait pas exception, trois (3) exercices majeurs de réflexion s'y étant tenus sur cette question au cours des dix (10) dernières années<sup>47</sup>; plusieurs expériences, chacune étant tributaire d'un ensemble de considérations sociales, économiques, culturelles, politiques, scientifiques et historiques, ont d'ailleurs été tentées, ou encore sont envisagées, ici comme ailleurs, aux fins, notamment, d'améliorer les conditions d'accessibilité aux services de soins de santé;
72. Deux (2) constats émergent toutefois de cet effort: [1] il n'y a pas de solutions simples à ce qui est fondamentalement une problématique complexe, et [2] les modèles d'organisation et de prestation de services de soins de santé permettant l'émergence d'un régime privé parallèle de soins de santé se présentent comme une solution inefficace et inéquitable à cette problématique;

#### A.2.2.3 Les barrières à l'émergence d'un régime privé parallèle de soins de santé: une caractéristique du régime canadien de soins de santé

73. Les barrières visant à décourager l'émergence d'un régime privé parallèle de soins de santé se présentent comme l'une des caractéristiques du régime canadien de soins de santé; cette caractéristique transparaît du *corpus* législatif dont ce régime est issu;

---

<sup>47</sup> Rapport final du Forum national sur la santé, *La santé au Canada: un héritage à faire fructifier*, Volume I, DAC vol XI; Rapport de la Commission Romanow, *Guidé par nos valeurs - L'avenir des soins de santé au Canada*, Novembre 2002, Recueil de sources du Procureur général, vol. I, onglet 15 p. 225; Rapport du Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie *La santé des Canadiens - Le rôle du gouvernement fédéral*, Rapport final, Octobre 2002, Recueil de sources du Procureur général, vol. III, onglet 17 p. 1053;

### PARTIE III - ARGUMENTATION

---

74. La mesure la plus commune est celle contestée en l'espèce, soit celle qui, par l'effet combiné des dispositions législatives attaquées, prohibe le recours à l'assurance privée et à l'achat de services médicaux et hospitaliers pour des services déjà couverts par le régime public;
75. Le Québec n'est pas la seule province canadienne à prévoir ce type de barrières; on le retrouve dans la législation de cinq (5) autres provinces, l'Ontario, l'Alberta, la Colombie-Britannique, le Manitoba et l'Île-du-Prince Édouard de même que dans la législation des trois (3) territoires [le Yukon, les Territoires du nord-ouest et le Nunavut]<sup>48</sup>;
76. Quant aux quatre (4) autres provinces [la Saskatchewan, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve], c'est par d'autres moyens qu'elles ont pu, jusqu'à maintenant, freiner l'émergence d'un régime privé parallèle de soins de santé;
77. Elles y sont notamment parvenues en ne permettant pas aux médecins de pratiquer à la fois dans le secteur privé et dans le secteur public ou encore en limitant le montant des honoraires qu'un médecin peut toucher dans le secteur privé à celui prévu par le régime public;
78. Une étude récente sur l'état du marché privé des soins de santé au Canada confirme en effet que bien que les provinces ne s'y soient pas toutes prises de la même façon, elles sont toutes néanmoins parvenues à prévenir l'émergence d'un régime privé de soins de santé faisant concurrence directe au régime public:

---

<sup>48</sup> Ontario: *Loi sur l'assurance-santé*, L.R.O. 1990, chap. H.6, paragraphe 14(1); Colombie-Britannique: *Medicare Protection Act*, RSBC 1996, Chapter 286, article 45; Alberta: *Alberta Health Care Insurance Act*, RSA 1980, Chapter A-24, paragraphe 17(2); Île-du-Prince-Édouard: *Health Services Payment Act*, R.S.P.E.I. 1988, Cap. H-2, paragraphe 21(1); Manitoba: *Loi sur l'assurance-maladie*, C.P.L.M., chap. H-35, article 96(1); Yukon: *Health Care Insurance Plan Act*, R.S.Y., 1986, vol. 2, Chapter 81, article 14; Territoires du Nord-Ouest et Nunavut: *Territorial Hospital Insurance Services Act*, R.S.N.W.T., 1990, c. T-12, articles 14, 15 et 16; Mémoire du Procureur général, p. 77.

### PARTIE III - ARGUMENTATION

---

In our survey of health insurance legislation and regulations, we found that regulation of physicians' ability to practise in the privately funded sector is complex and diverse across Canada's 10 provinces. We found multiple layers of different kinds of regulation that seem to have as primary objective not to make private practice illegal but rather to prevent the development of a private sector that depends on subsidy from the public sector.

[...]

Rather, the lack of a flourishing private sector in Canada is most likely attributable to prohibitions on subsidization of private practice from the public plan, prohibitions that prevent physicians from relying on the public sector for the core of their incomes and turning to the private sector to top up their incomes.<sup>49</sup>

79. Contrairement à ce que soutiennent les appelants, il n'existe donc, au Canada, aucun système provincial de soins de santé, incluant ceux des quatre (4) provinces qui n'ont pas eu recours jusqu'à maintenant au type de prohibitions contesté en l'espèce, où le "libre choix" est autorisé, et il n'existe pas davantage de systèmes où secteurs privé et public partagent le même espace du champ de la prestation des services de soins de santé et se font concurrence;
80. La *Loi canadienne sur la santé* n'autorise pas davantage l'émergence d'un régime privé parallèle de soins de santé;
81. En effet, contrairement à ce qu'en disent les appelants, l'idée de l'émergence d'un tel régime, bien qu'elle n'y soit pas prohibée **expressément**, apparaît incompatible avec l'esprit

---

<sup>49</sup> Colleen Flood, Tom Archibald, *The illegality of private health care in Canada*, Canadian Medical Association Journal, Mars 2001, Recueil de sources du Procureur général, vol. III, onglet 16, p. 1052; voir aussi: Carolyn Hugues Tuohy, PhD, Colleen M. Flood, SJD, and Mark Stabile, PhD, *How Does Private Finance Affect Public Health Care Systems, Marshalling the Evidence from OECD Nations*, Supra note 42, Recueil de sources du Procureur général, vol. I, onglet 14, p. 219; voir également: Rapport sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie, *La santé des Canadiens - Le rôle du gouvernement fédéral*, Rapport final, Octobre 2002, Recueil de sources du Procureur général, vol. III, onglet 17, pp. 1082, 1083; voir aussi Recueil de sources de l'appelant Chaoulli, vol. III, onglet 44;

### PARTIE III - ARGUMENTATION

---

de la *Loi canadienne sur la santé*, particulièrement dans la mesure où une telle émergence est susceptible de porter atteinte à deux (2) des grands principes qui animent cette législation, soit ceux de *l'accessibilité* et de la *gestion publique*;

82. Le Procureur général rappelle que la *Loi canadienne sur la santé* a été adoptée à une époque où la pratique de la surfacturation<sup>50</sup> et des frais modérateurs<sup>51</sup>, jusqu'alors non-expressément défendue par les systèmes provinciaux de soins de santé, avait atteint une telle ampleur qu'elle menaçait, aux yeux du Parlement, un des piliers du régime canadien de soins de santé, celui de *l'accessibilité*<sup>52</sup>.
83. Il ne fait aucun doute de l'énoncé de politique qui a précédé son adoption, que l'intention derrière la *Loi canadienne sur la santé* était de décourager toute pratique susceptible de mettre notamment en péril le principe de *l'accessibilité*:

La surfacturation par les médecins constitue en fait des frais directs que le Gouvernement du Canada considère comme une menace à l'accessibilité.

[...]

Si les soins de qualité supérieurs existent, le Gouvernement du Canada veut qu'ils soient accessibles à tous grâce au programme d'assurance-santé. Les Canadiens ne peuvent pas accepter un programme partial qui assurerait les meilleurs soins à ceux qui peuvent se les payer et de soins de qualité moindre à ceux qui ne peuvent pas payer.

[...]

Nous ne pouvons pas préserver l'assurance-santé en faisant payer les malades, ni en encourageant les médecins à exercer en dehors des cadres des régimes, pas plus qu'en jugeant qui est pauvre et qui ne l'est

---

<sup>50</sup> L'article 2 de la *Loi canadienne sur la santé* définit ainsi le terme "surfacturation": Facturation de la prestation à un assuré par un médecin ou un dentiste d'un service de santé assuré, en excédant par rapport au montant payé ou à payer pour la prestation de ce service au titre du régime provincial d'assurance-santé, Mémoire de l'appelant Zélotis, p. 60;

<sup>51</sup> L'article 2 de la *Loi canadienne sur la santé* définit ainsi l'expression "frais modérateurs": Frais d'un service de santé autorisé ou permis par un régime provincial d'assurance-santé, mais non payable, soit directement ou indirectement au titre d'un régime provincial d'assurance-santé, à l'exception des frais imposés par surfacturation, Mémoire de l'appelant Zélotis, p. 58;

<sup>52</sup> Rapport du Commissaire spécial Emmett M. Hall, *Le programme de santé national et provincial du Canada pour les années 1980*, août 1980, DI, vol. II, p. 319;

### PARTIE III - ARGUMENTATION

---

pas. Nous ne pouvons préserver l'assurance-santé seulement si nous garantissons que les principes de bases en sont respectés.<sup>53</sup>

84. Le préambule de la *Loi canadienne sur la santé* traduit clairement cet engagement, le Parlement y reconnaissant que "*l'accès continu aux soins de santé de qualité, sans obstacle financier ou autre, sera déterminant pour la conservation et l'amélioration de la santé et du bien-être des Canadiens*"
85. Les barrières à l'émergence d'un régime privé parallèle de soins de santé, aux fins de préserver l'intégrité et l'efficacité du régime public, font donc partie intégrante du *corpus* législatif canadien en matière de santé; bien qu'elles aient un contenu variable d'une région à l'autre, elles ont produit jusqu'à maintenant le même effet: aucun régime privé de soins de santé faisant concurrence directe au régime public n'a réellement émergé au Canada depuis la mise en place du régime canadien de soins de santé;

#### A.2.2.4 *Les intérêts sociétaux à préserver*

86. Les mesures contestées par les appelants visent, rappelons-le, à décourager l'émergence d'un régime parallèle privé de soins de santé au profit de la viabilité et de l'intégrité du régime public puisqu'il est à craindre que l'émergence d'un tel régime, qui ferait concurrence directe au régime public, démobilise les ressources de ce dernier, affaiblisse sa capacité de répondre à la demande de services et mette ainsi en péril l'un des principes fondamentaux qui l'animent, celui de l'accessibilité de tous les citoyens à des services de soins de santé, sans discrimination sur la base de la situation financière;
87. Ces mesures n'ont ni pour objet, ni pour effet, rappelons-le également, de priver quiconque d'un accès à des services de soins médicaux; elles participent plutôt d'un programme de

---

<sup>53</sup> *Pour une assurance-santé universelle*. La politique du gouvernement du Canada (1983); DAC, vol. IX, pp. 1697, 1698 et 1704

### PARTIE III - ARGUMENTATION

---

mesures sociales complet<sup>54</sup> dont l'objectif est de fournir gratuitement à tous, par le biais de l'effort fiscal, l'ensemble des services essentiels de soins de santé de manière à promouvoir et à assurer le bien-être de la population en son entier;

88. Les objectifs de ce programme [le système québécois de soins de santé] rejoignent ceux mis en place ailleurs au Canada et s'inscrivent ainsi dans un contexte plus large, celui de l'effort concerté des gouvernements fédéral et provinciaux de doter la société canadienne d'un régime public universel de soins de santé;

#### *Les origines et le contexte statutaire général du régime canadien de soins de santé*

89. Dès le début des années 20, on reconnaissait que la maladie était devenue la principale cause d'appauvrissement des Canadiens par le chômage auquel contraignait presque toujours la maladie grave et par l'engloutissement du patrimoine familial qu'entraînait inéluctablement le paiement des soins<sup>55</sup>;
90. Peu à peu, les gouvernements provinciaux, avec l'aide financière du gouvernement fédéral dans certains cas, mettaient sur pied des programmes de sécurité sociale destinés à venir en aide aux groupes les plus vulnérables de la société aux prises avec la maladie [handicapés, orphelins, enfants abandonnés, itinérants, aveugles, personnes âgées sans dépendants]<sup>56</sup>;
91. Mandatée en 1961 pour enquêter sur l'état des services de santé au Canada, la *Commission royale d'enquête sur les services de santé*, présidée par le juge Emmett

---

<sup>54</sup> Les assises statutaires du système de soins de santé québécois reposent sur l'effet combiné de trois (3) législations: la *Loi sur l'assurance-maladie*, L.R.Q., ch. A-29, la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*, L.R.Q., ch. A-28, et la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., ch. S-4.2;

<sup>55</sup> Rapport du Dr Fernand Turcotte, *Le temps d'attente comme instrument de gestion du rationnement dans les services de santé au Canada*, DAC vol XII, pp. 2209 et 2210;

<sup>56</sup> *Ibid*;

### PARTIE III - ARGUMENTATION

---

M. Hall (la "*Commission Hall*"), faisait le constat que, laissé à eux-mêmes ou confrontés aux limites de l'assurance privée, près de la moitié des Canadiens devaient subir les avatars de la maladie sans une assurance adéquate pour en couvrir les coûts, et dans le cas de plus de sept (7) millions d'entre eux, sans assurance aucune<sup>57</sup>;

92. Pour une partie importante de la population donc, cela voulait dire un accès réduit, sinon inexistant, à des services de soins de santé;
93. Fort de l'expérience des régimes universels d'assurance-hospitalisation mis en place en Saskatchewan et en Colombie-Britannique quelques années auparavant, la *Commission Hall* concluait que l'action publique s'imposait et recommandait la mobilisation immédiate des ressources de la nation en vue d'établir des régimes de santé complets et universels dans les dix provinces et territoires<sup>58</sup>
94. Déterminées à corriger une situation socialement inéquitable et ruineuse, toutes les autres provinces et les territoires, sous l'impulsion de la contribution financière du gouvernement fédéral, emboîtaient le pas si bien qu'au début des années 70, la population de chaque province et territoire pouvait compter sur un système public, universel et complet de soins hospitaliers et médicaux;
95. Ainsi prenait forme le régime canadien de soins de santé, encore considéré aujourd'hui comme l'une des réalisations les plus remarquables de la société canadienne et l'un des symboles les plus puissants d'identité nationale, comme le révèle le rapport de la toute récente *Commission Romanow*<sup>59</sup>;

---

<sup>57</sup> Rapport de la *Commission Hall*, DAC vol. XIII, p. 2446;

<sup>58</sup> Idem, p. 2449;

<sup>59</sup> Rapport de la *Commission Romanow*, *Guidé par nos valeurs - L'avenir des soins de santé au Canada*, Novembre 2002, Recueil de sources du Procureur général, vol. I, onglet 15, p. 242;

### PARTIE III - ARGUMENTATION

---

96. Le régime canadien de soins de santé est donc issu de l'effort concerté des provinces, qui ont vu, aux termes de leur compétence générale en matière de santé, à mettre sur pied chez elles des systèmes publics de soins de santé, et du gouvernement fédéral, qui a pu s'engager, aux termes de son pouvoir inhérent de dépenser, à participer au financement de ces systèmes et à ainsi contribuer à assurer à tous les Canadiens la gratuité des services de soins de santé qui leur sont dispensés<sup>60</sup>;
97. Reposant d'abord sur l'effet combiné de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*, adoptée en 1957, et de la *Loi sur les services médicaux*, adoptée en 1966, l'action du gouvernement fédéral en matière de santé est régie, depuis 1984, par la *Loi canadienne sur la santé*<sup>61</sup>, laquelle établit les conditions d'octroi et de versement des contributions financières fédérales au fonctionnement des systèmes de soins de santé mis sur pied par les provinces;

#### *Les objectifs et valeurs du régime canadien de soins de santé*

98. Le régime canadien de soins de santé vise essentiellement à protéger, favoriser et améliorer le bien-être physique et mental des Canadiens et à faciliter, par le biais de l'effort fiscal, un accès satisfaisant aux services hospitaliers et médicaux assurés par les systèmes de soins de santé mis en place par les provinces;
99. Ce régime s'articule autour de cinq (5) grands principes dégagés en grande partie par les travaux de la *Commission Hall* et codifiés, en quelque sorte, par la *Loi canadienne sur la santé*; ces principes, dont le choix des modes de mise en œuvre revient aux provinces, sont:

---

<sup>60</sup> *Eldridge c. C.-B. (P.G.)*, [1997] 3 R.C.S. 624, à la pp. 646, 647;

<sup>61</sup> L.R.C. (1985) ch. C-6, Mémoire de l'appelant Zélotis, p. 57;

### PARTIE III - ARGUMENTATION

---

- a) la *gestion publique* du régime, qui exige que les différents systèmes provinciaux de soins de santé soient gérés sans but lucratif par une autorité publique<sup>62</sup>;
  - b) l'*intégralité*, qui requiert que tous les services hospitaliers et médicaux soient assurés par la province<sup>63</sup>;
  - c) l'*universalité*, qui suppose que les services assurés par un système provincial de soins de santé soit offerts à tous les résidents de la province, selon des conditions uniformes<sup>64</sup>;
  - d) la *transférabilité*, qui suppose que les Canadiens ne se verront pas pénaliser parce qu'ils reçoivent dans une autre province un service de soins de santé assuré par le système public de leur province de résidence<sup>65</sup>; et
  - e) l'*accessibilité*, qui requiert que les services de soins de santé soient offerts d'une manière qui n'empêche pas, directement ou indirectement, par des frais ou d'autres moyens, les Canadiens d'y avoir un accès raisonnable<sup>66</sup>;
100. Le régime canadien de soins de santé vise en somme à mettre une partie de la richesse collective au profit de tous, quelque soit la condition de chacun, dans la lutte contre l'insécurité et la précarité que peut engendrer la maladie<sup>67</sup>;
101. Ces valeurs continuent à bénéficier d'un appui massif auprès de la population canadienne, tel qu'en fait foi le rapport de la toute récente *Commission Romanow*<sup>68</sup>.

Dans les discussions que nous avons eues ensemble, les Canadiens ont indiqué clairement qu'ils appuient avec vigueur les valeurs fondamentales sur lesquelles reposent notre système de santé, à savoir l'égalité, la justice et la solidarité. Ces valeurs sont liées à leur

---

<sup>62</sup> *Loi canadienne sur la santé*, article 8, Mémoire de l'appelant Zélotis, pp. 61, 62;

<sup>63</sup> *Idem*, article 9, Mémoire de l'appelant Zélotis, p. 62;

<sup>64</sup> *Idem*, article 10, Mémoire de l'appelant Zélotis, p. 62;

<sup>65</sup> *Idem*, article 11, Mémoire de l'appelant Zélotis, pp. 62, 63;

<sup>66</sup> *Idem*, article 12, Mémoire de l'appelant Zélotis, pp. 63, 64;

<sup>67</sup> Rapport du Commissaire spécial Emmett M. Hall, *Le programme de santé national et provincial du Canada pour les années 1980*, août 1980, DI, vol. II, p. 555, 556; voir aussi: DAC vol. XIV, p. 2593, 2594;

<sup>68</sup> Rapport de la Commission Romanow, *Guidé par nos valeurs - L'avenir des soins de santé au Canada*, Novembre 2002, Recueil de sources du Procureur général, vol. I, onglet 15, p. 242;

### PARTIE III - ARGUMENTATION

---

conception de la citoyenneté. Les Canadiens considèrent l'accès équitable et en temps opportun à des services de soins de santé médicalement nécessaires comme un droit inhérent à la citoyenneté et non comme l'apanage des personnes bien en vue ou fortunées.

102. Le régime canadien de soins de santé prend en quelque sorte appui sur des valeurs essentielles à une société qui se veut juste, libre et démocratique et dont la *Charte* elle-même s'inspire: respect de la personne et de la dignité humaine, promotion de la justice et de l'égalité sociales, solidarité, égalité des chances, compassion et équité<sup>69</sup>;
103. Construit sur ces valeurs de premier ordre, le régime canadien de soins de santé demeure, comme le rappelle la *Commission Romanow*, et malgré les pressions qui s'exercent depuis quelques années sur lui tout comme sur l'ensemble des régimes de soins de santé des pays industrialisés, l'un des plus performants au monde:

Les discours enflammés concernant les coûts, l'efficacité et la viabilité du régime d'assurance-santé sont heureusement démentis par la réalité. Les résultats que nous avons obtenus sur le plan de la santé, à quelques expressions près, sont parmi les meilleurs au monde, et une forte majorité de Canadiens qui utilisent le système sont très satisfaits de la qualité et du niveau de soins qu'ils reçoivent. Le régime d'assurance-santé a toujours permis à la plupart des Canadiens qui en avaient besoin, et non uniquement à ceux qui en avaient les moyens, d'avoir accès facilement et rapidement à des soins de qualité à un coût abordable. Ce régime a contribué à notre compétitivité sur le plan international, au niveau de vie extraordinaire dont nous jouissons ainsi qu'à la qualité et à la productivité de notre main-d'œuvre.

104. Il est ainsi difficile d'imaginer un acquis collectif aussi important et davantage inspiré des plus hautes formes de civilisation que le régime canadien de soins de santé, et il est encore plus difficile d'imaginer que l'on puisse sacrifier l'intégrité des principes qui l'animent, et en particulier celui de l'accessibilité de tous à des soins de santé, au profit d'une solution, celle

---

<sup>69</sup> *R c. Oakes*, [1986] 1 R.C.S. 103;

### PARTIE III - ARGUMENTATION

---

de l'émergence d'un régime privé parallèle de soins de santé, qui n'est ni capable de constituer une alternative valable au régime public, ni en mesure de répondre aux défis qui interpellent les gestionnaires des régimes publics de soins de santé;

#### B. LES QUESTIONS 5 ET 6: LE PARTAGE DES COMPÉTENCES

105. L'appelant Chaoulli prétend que les mesures contestées sont des dispositions législatives de droit criminel et qu'elles sont en conséquence *ultra vires* des pouvoirs de l'Assemblée nationale du Québec, au regard de l'article 91 (27) de la *Loi constitutionnelle de 1867*;
106. La *Loi sur l'assurance-maladie* et la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* relèvent, de par leur caractère véritable, de la compétence générale de la province en matière de santé en vertu des paragraphes 92 (7), 92 (13) et 92 (16) de la *Loi constitutionnelle de 1867*<sup>70</sup>;
107. Les dispositions attaquées participent aux objectifs des deux lois et relèvent de la compétence de la province en vertu du paragraphe 92 (15) de la *Loi constitutionnelle de 1867* qui autorise les provinces à prohiber, sous peine de pénalités, la commission ou l'omission de certains actes.

---

<sup>70</sup> *Eldridge c. C.-B. (P.G.)*, [1997] 3 R.C.S. 624, 646 (La Forest); *Schneider c. La Reine*, [1982] 2 R.C.S. 112, 141 et 142 (Estey); *Bell Canada c. Québec (CSST)*, [1988] 1 R.C.S. 749, 761 (Beetz).

**PARTIE IV - LES DÉPENS**

---

108. Le Procureur général n'a aucune représentation à faire sur la question des dépens.

PARTIE V - ORDONNANCES DEMANDÉES

---

109. Le Procureur ~~général~~ soutient que les questions constitutionnelles dont il traite dans le présent mémoire doivent recevoir les réponses suivantes:

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

Réponse: Non.

Question 2: L'article 15 de la *Loi sur l'assurance-maladie*, L.R.Q., ch. A-29, porte-t-il atteinte aux droits garantis par l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés* ?

Réponse: Non.

Question 3: L'article 15 de la *Loi sur l'assurance-maladie*, L.R.Q., ch. A-29, est-il *ultra vires* de l'Assemblée nationale du Québec, au regard de l'article 91(27) de la *Loi constitutionnelle de 1867* ?

Réponse: Non.

Question 4: L'article 11 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*, L.R.Q., ch. A-28, est-il *ultra vires* de l'Assemblée nationale du Québec, au regard de l'article 91(27) de la *Loi constitutionnelle de 1867*?

Réponse: Non.

OTTAWA, ce 15 janvier 2004

(s) Jean-Marc Aubry

---

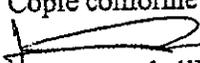
Me JEAN-MARC AUBRY, C.R.

Me RENÉ LEBLANC

Procureurs de l'Intimé (Mis en cause)

Procureur général du Canada

Copie conforme

  
Procureurs de l'Intimé (Mis en cause)