

N° 29272

# COUR SUPRÊME DU CANADA

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

ENTRE :

JACQUES CHAOULLI et  
GEORGE ZELIOTIS

- et -

PROCUREUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC

- et -

PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA

- et -

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

APPELANTS  
(Appelants)

INTIMÉ  
(Intimé)

INTIMÉ  
(Mis en cause)

INTERVENANTS

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

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

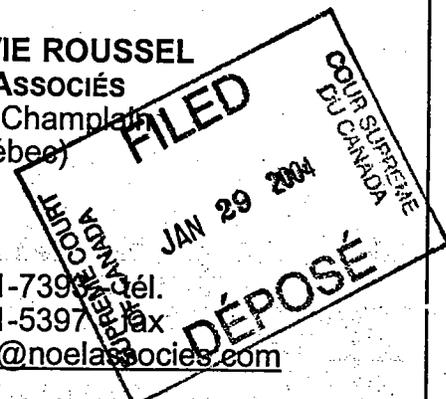
(514) 393-2336 - tél.  
(514) 873-7074 - fax  
[rmonette@justice.gouv.qc.ca](mailto:rmonette@justice.gouv.qc.ca)

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

M<sup>e</sup> SYLVIE ROUSSEL  
NOËL & ASSOCIÉS  
111, rue Champlain  
Hull (Québec)  
J8X 3R1

(819) 771-7397 - tél.  
(819) 771-5397 - fax  
[s.rousseau@noelassocies.com](mailto:s.rousseau@noelassocies.com)

Correspondante de l'intimé,  
Le procureur général du Québec



**MÉMOIRE DE L'INTIMÉ**  
**PROCUREUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC**

**PARTIE I - EXPOSÉ DES FAITS**

**LIMINAIRE**

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

- jugement de première instance, p. 5.

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

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

**1. La demande**

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

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

*LAM :*

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

*[...].*

*LAH :*

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

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

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

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

*[...].*

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

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

10

## 2. La situation des appelants

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

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

20

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

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

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

30

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

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

**PARTIE II - EXPOSÉ DES QUESTIONS EN LITIGE**

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

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

10

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

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

20

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

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

30

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

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

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

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

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

10

-----

### PARTIE III - EXPOSÉ DES ARGUMENTS

#### 1. LE CONTEXTE LÉGISLATIF ET HISTORIQUE

##### 1.1 LE CADRE LÉGISLATIF

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

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

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

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

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

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

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

20

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

10

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

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

20

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

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

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

30

45. Comme le souligne la juge de première instance :

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

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

40

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

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

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

Voir également :

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

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

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

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

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

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

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

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

10

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

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

20

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

30

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

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

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

---

<sup>(8)</sup> Cette loi a été remplacée par la LSSSS en 1991.

universel aux soins de santé (I-39.7, p. III, 2, 3, 6, 7, 26, 39 à 47, D.I., vol. 19, p. 3746, 3752, 3753, 3756, 3757, 3776, 3789 à 3797).

- 10 64. En 1984, la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* et la *Loi sur les services médicaux* sont refondues pour former la *Loi canadienne sur la santé* (S.C. 1984, c. 6). Cette loi répond aux préoccupations du Commissaire Hall et se distingue des deux lois antérieures en prévoyant des pénalités financières pour les provinces qui autorisent les médecins à surfacturer ou permettent l'imposition de frais modérateurs lors de l'obtention de services de santé assurés. Aux conditions de gestion publique, d'intégralité, d'universalité et de transférabilité, déjà énoncées dans les deux lois précédentes, s'ajoute donc celle de l'accessibilité. En vertu de cette loi, chaque système de santé provincial doit se conformer à ces cinq « principes nationaux » pour pouvoir bénéficier de l'appui financier du gouvernement fédéral à l'égard des services de santé assurés.
- 20 65. En 1985, le gouvernement québécois crée la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (ci-après la « Commission Rochon »). Celle-ci remet son rapport en décembre 1987 et, parmi ses conclusions, elle rejette l'option du recours au financement privé pour financer les services de santé déjà assurés par l'État. Selon la Commission Rochon, cette option pose de sérieux problèmes sur le plan de l'équité et ne garantit aucunement l'amélioration de la rentabilité des ressources investies dans le secteur de la santé et du bien-être. Pour elle, le financement des services assurés doit demeurer totalement public (I-39.8, p. 654, 657, 706 et 707, D.I., vol. 20, p. 4047, 4050, 4055 et 4056).
- 30 66. En 1991, à la suite d'audiences tenues depuis novembre 1989, le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine (ci-après le « Comité fédéral Porter ») dépose son rapport concernant le régime de soins de santé canadien et son financement. Il se dit toujours convaincu que le Canada jouit d'un des meilleurs systèmes de santé au monde et se dit déterminé non seulement à le préserver, mais aussi à l'améliorer (I-39.9, p. 89, D.I., vol. 21, p. 4206).

67. En octobre 1994, le Premier ministre du Canada crée le Forum national sur la santé et le charge, notamment, de faire des recommandations au gouvernement fédéral pour améliorer le système de santé et la santé de la population canadienne. Dans son rapport final publié en 1997, le Forum national confirme l'attachement continu des Canadiens aux principes de base de leur régime de santé. Il énonce de plus qu'il est essentiel, pour sauvegarder ce régime, de garantir le plein financement public des services médicalement nécessaires et de respecter le modèle du « payeur unique » au niveau provincial et territorial (I-16, Rapport final, p. 7, 11, 22, D.I., vol. 8, p. 1518, 1521, 1532; I-16, Rapport de synthèse du Groupe de travail sur les valeurs, p. 6 à 12, D.I., vol. 8, p. 1560 à 1566).
68. En 1999, le Groupe de travail mis sur pied par le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec pour faire le point sur la question de la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système de santé au Québec dépose son rapport (ci-après le « Rapport Arpin »). Il se prononce contre une privatisation du financement des services assurés. Il recommande, notamment, de maintenir les dispositions en vertu desquelles les assureurs privés ne peuvent couvrir les services médicaux et hospitaliers déjà assurés par la *LAM* et la *LAH* (I-38, Rapport du groupe de travail, p. 81, 103 à 107 et 115, D.I., vol. 15, p. 2967, 2987 à 2991 et 2997; I-38, Constats et recommandations, p. 25, D.I., vol. 14, p. 2801).
69. Encore jusqu'à tout récemment, cette réflexion s'est poursuivie à travers tout le Canada. Plusieurs commissions et comités se sont penchés sur l'état du système de santé public, sur les mesures à prendre pour assurer sa viabilité à long terme ainsi que sur son mode de fonctionnement et de financement. Bien que ceux-ci aient constaté que le système de santé connaît actuellement certaines difficultés, lesquelles d'ailleurs sont communes aux systèmes de santé de tous les pays développés, tous ont rejeté le recours à la privatisation du financement des soins de santé déjà assurés par l'État pour régler ces difficultés. Certes, les commissions et comités n'ont pas tous proposé les mêmes solutions pour enrayer ces problèmes, quoique leurs recommandations se rejoignent à plusieurs égards. Cela n'a rien d'étonnant lorsque l'on sait que la santé est, dans tous les pays, l'un des secteurs politiquement et institutionnellement les plus complexes. Néanmoins, les rapports qu'ils ont produits démontrent que les

solutions à ces problèmes se trouvent à l'intérieur du système de santé public et que ce dernier possède la capacité d'y répondre et de s'adapter aux nouvelles réalités.

- Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux : Les solutions émergentes – Rapport et recommandations, 2000 (ci-après la « Commission Clair »), p. iii, 133 et s., D.I., vol. 24, p. 4808, vol. 25, p. 4946 et s.);
- 10 - 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, vol. VI (ci-après le « Rapport Kirby »), p. 9-10, 290, 322, Recueil de sources du procureur général du Canada, onglet 17, p. 1885-1886, 2166, 2198;
- Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada « Guidé par nos valeurs – L'avenir des soins de santé au Canada », Rapport final, 2002 (ci-après le « Rapport Romanow »), p. xv à xxiii, Recueil de sources du procureur général du Canada, onglet 15, p. 241 à 249;
- 20 - Rapport du Conseil de la santé et du bien-être : Le financement privé des services médicaux et hospitaliers, 2003 (ci-après le « Rapport du Conseil de la santé et du bien-être »), p. 54 à 58, D.I., vol. 27, p. 5305 à 5308.

70. L'analyse de ces rapports démontre qu'en aucun moment les valeurs et les principes de base du système de santé n'ont été remis en cause. Chaque fois, l'option de la privatisation du financement des services médicaux et hospitaliers assurés a été écartée, non pas pour des raisons dogmatiques, mais parce qu'elle comportait des inconvénients majeurs. De l'avis des gouvernements et de la très vaste majorité des experts, ce système correspond encore aujourd'hui aux meilleurs intérêts de la population québécoise et canadienne en matière de soins de santé.

30

## **2. LE PRÉSENT DOSSIER NE RÉPOND PAS AUX EXIGENCES D'UN CONTEXTE FACTUEL ADÉQUAT**

71. D'entrée de jeu, le procureur général souhaite mettre en lumière les principaux paramètres du présent litige qui indiquent l'absence d'un contexte factuel adéquat pour permettre qu'un débat de nature juridique soit tenu.

72. Aucun des appelants n'a établi que son état de santé exigeait qu'il ait accès à des soins de santé requis du point de vue médical. Ils n'ont démontré aucune difficulté d'accès, actuelle ou imminente, à un service médical ou hospitalier que pourrait nécessiter leur état de santé. En fait, aucune action concrète de l'État ne les prive d'un service de santé.

73. Ce que les appelants allèguent en réalité, c'est que, dans l'hypothèse où ils auront éventuellement besoin de soins, le système de soins de santé québécois ne sera pas en mesure de répondre à leur demande, du moins dans un délai raisonnable.

10

74. Les paramètres d'un tel débat ne satisfont pas aux exigences posées par la Cour depuis l'arrêt *Operation Dismantle*. Il est pourtant établi que la fonction préventive d'un jugement déclaratoire doit être fondée sur autre chose que des conséquences purement hypothétiques d'une action gouvernementale dont l'imminence n'est pas établie.

- *Operation Dismantle c. La Reine*, [1985] 1 R.C.S. 441, p. 456-457 (M. le juge en chef Dickson, pour la majorité); p. 490 (Mme la juge Wilson) (recueil de sources, **onglet 30**);

20

Voir également :

- *Borowski c. Canada (Procureur général)*, [1989] 1 R.C.S. 342, p. 365 (M. le juge Sopinka, pour la Cour) (**onglet 6**).

75. En l'espèce, les appelants ne peuvent fonder leurs prétentions sur de simples hypothèses voulant qu'un jour ou l'autre, ils pourraient faire face à une quelconque difficulté d'accès à l'un des services dispensés par le système de santé québécois. S'il n'est pas encore matérialisé, le risque de menace à leurs droits doit plutôt être individualisé et comporter un haut degré de probabilités que la violation de l'article 7 de la *Charte canadienne* se produira.

30

- *Nouveau-Brunswick (Ministre de la Santé et des Services communautaires) c. G. (J.)*, [1999] 3 R.C.S. 46, par. 51 (M. le juge en chef Lamer, exprimant l'opinion de la Cour sur ce point) (**onglet 27**);

- *R. c. White*, [1999] 2 R.C.S. 417, par. 38, 81-82 (M. le juge Iacobucci, pour la majorité) (**onglet 48**);

- *British Columbia Securities Commission c. Branch*, [1995] 2 R.C.S. 3, p. 13, 16 (MM. les juges Sopinka et Iacobucci, pour la majorité) (**onglet 7**);
- *Phillips c. Nouvelle-Écosse (Commission d'enquête sur la tragédie de la mine Westray)*, [1995] 2 R.C.S. 97, p. 158-159 (M. le juge Cory, avec l'appui des juges Iacobucci et Major) (**onglet 31**).

10 76. Le contexte factuel du présent litige est totalement distinct des arrêts où la Cour a défini la portée du droit à la liberté ou du droit à la sécurité d'un individu face à une mesure contraignante de l'État. En effet, les affaires *R. c. Morgentaler*, [1988] 1 R.C.S. 30 (**onglet 42**) et *Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, [1993] 3 R.C.S. 519 (**onglet 55**) examinaient l'effet d'une interdiction criminelle de se procurer un service relié à l'état de santé d'une personne, soit un avortement thérapeutique ou l'assistance d'un tiers pour mettre fin à une longue maladie. De même, les jugements prononcés dans les affaires *B.(R.) c. Children's Aid Society of Metropolitan Toronto*, [1995] 1 R.C.S. 315 (**onglet 3**), *Nouveau-Brunswick (Ministre de la Santé et des Services communautaires) c. G. (J.)*, précité, et *Office des services à l'enfant et à la famille de Winnipeg c. K.L.W.*, [2000] 2 R.C.S. 519, s'inscrivent dans le contexte factuel de l'application de mesures coercitives précises imposées par l'État à des parents dans le cadre de leurs relations familiales, au nom de l'intérêt supérieur de l'enfant. Enfin, les effets concrets d'une poursuite logée par la Commission des droits de la personne sur un membre du cabinet de la Colombie-Britannique ont été examinés dans l'arrêt *Blencoe c. Colombie-Britannique (Human Rights Commission)*, [2000] 2 R.C.S. 307 (**onglet 5**).

20  
30 77. Contrairement à ces précédents, les appelants ne font face à aucun refus actuel ou imminent de services et ne peuvent établir de difficultés mesurables d'accès à des services médicaux ou hospitaliers que pourrait nécessiter leur état de santé. Ils ne soutiennent pas non plus qu'un service identifiable est exclu de la portée du système de santé comme c'était le cas dans l'affaire *Eldridge c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, [1997] 3 R.C.S. 624 (**onglet 10**).

78. En fait, les appelants contournent les exigences applicables à la tenue d'un débat juridique pour inviter la Cour à réviser une décision de politique générale qui consiste

à privilégier le financement public des régimes d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation pour dispenser à la population des services universels et gratuits de soins de santé.

79. Le procureur général soutient que le contexte théorique du présent litige ne répond pas aux exigences minimales d'intérêt et de preuve applicables à une procédure en jugement déclaratoire.

- 10
- *Operation Dismantle c. La Reine*, précité, p. 456-457 (M. le juge en chef Dickson, pour la majorité);
  - *Trust général du Canada c. Dame Bouchard*, [1971] C.A. 765, p. 768-769 (citant les frères Mazeaud, *Leçons de droit civil*, t.1 (1956), p. 350-351) (**onglet 61**);
  - *Lenscrafters International Inc. c. Ordre des opticiens d'ordonnances du Québec*, (1993) R.D.J. 607 (C.A. Qué.), p. 612-613 (**onglet 23**).

### 3. LES QUESTIONS CONSTITUTIONNELLES 1 ET 3

20

#### 3.1 L'ARTICLE 7 DE LA CHARTE CANADIENNE EST INAPPLICABLE AU PRÉSENT LITIGE

- Le présent débat relève de l'ordre public en général

30

80. Le procureur général soutient que le présent litige ne relève pas du domaine d'application de l'article 7 de la *Charte canadienne* puisqu'il n'existe pas de véritable lien de rattachement entre les droits revendiqués par les appelants et le système d'administration de la justice. Ce litige traduit plutôt une revendication essentiellement politique visant à remettre en question le principe même du financement public des services assurés par le système de santé québécois.

81. Plusieurs énoncés de la Cour indiquent l'importance qu'elle attache à distinguer un domaine d'application de l'article 7 qui soit propre au système d'administration de la justice, par opposition au domaine de l'ordre public en général qui relève plutôt de l'appréciation des représentants élus par la population.

- *Renvoi sur la Motor Vehicle Act (C.-B.)*, [1985] 2 R.C.S. 486, p. 499 (M. le juge Lamer, pour la majorité) (**onglet 53**);
- *États-Unis c. Burns*, [2001] 1 R.C.S. 283, par. 70-71 (La Cour) (**onglet 11**).

82. À l'occasion de l'affaire *Morgentaler*, la Cour reconnaît le principe voulant qu'il n'appartient pas aux tribunaux d'élaborer des politiques générales complexes et controversées. La responsabilité des tribunaux consiste plutôt à déterminer si les termes et le contenu des initiatives législatives sont conformes à la Charte. Comme l'écrivait M. le juge McIntyre :

« (...) notre tâche en l'espèce consiste non pas à résoudre ni à tenter de résoudre ce qu'on pourrait appeler la question de l'avortement, mais simplement à examiner le contenu de l'art. 251 [du Code criminel] en fonction de la Charte. »

- *R. c. Morgentaler*, précité, p. 138 (M. le juge McIntyre); p. 45-46 (motifs auxquels souscrit M. le juge en chef Dickson).

83. Ainsi, hormis Mme la juge Wilson, la Cour se refuse à examiner la justesse et l'opportunité de maintenir une sanction criminelle pour les avortements non thérapeutiques. Elle concentre plutôt son examen sur la constitutionnalité des modalités et de la structure administrative mises en place par le législateur pour permettre qu'une femme ait légalement accès à un avortement.

- *R. c. Morgentaler*, précité, p. 53, 63, 73 (M. le juge en chef Dickson); p. 106, 109, 121 (M. le juge Beetz); p. 148, 152 (M. le juge McIntyre);

Voir également :

- *Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, précité, p. 628-629 (Mmes les juges McLachlin et L'Heureux-Dubé).

84. Dans la récente trilogie portant sur la criminalisation de la marijuana, la Cour rappelle qu'un recours fondé sur l'article 7 ne permet pas de soumettre à l'appréciation des tribunaux l'opportunité des choix de politique générale de l'État, mais plutôt la constitutionnalité des moyens adoptés pour les mettre en œuvre :

« Eu égard à l'art. 7 de la Charte, le rôle de notre Cour n'est pas de «micro-gérer» la création ou le maintien par le Parlement d'interdictions assorties de peines, mais plutôt de définir les limites de la compétence législative énoncée dans la

10

20

30

40

*Constitution. La décision d'agir ou non à l'intérieur de ces limites appartient au Parlement. L'appelant, tout comme les appelants dans les affaires Malmö-Levine et Caine, se livre à une attaque généralisée contre la sagesse de la décision de criminaliser la simple possession de marijuana. L'aspect auquel doit s'attacher notre Cour n'est pas l'opportunité de l'interdiction mais uniquement sa constitutionnalité. »*

- *R. c. Clay*, 2003 CSC 75, par. 4 (MM. les juges Gonthier et Binnie, pour la majorité) (**onglet 35**);

10

Voir au même effet :

- *R. c. Malmö-Levine; R. c. Caine*, 2003 CSC 74, par. 123 et 139-140 (MM. les juges Gonthier et Binnie, pour la majorité) (**onglet 40**).

85. De même, l'analyse de la portée de l'article 7 qu'a formulée le professeur Eric Colvin permet d'établir une distinction entre le « domaine de l'ordre public en général » et le « pouvoir inhérent de l'appareil judiciaire »<sup>(1)</sup> :

20

*« (...) Any claims which the judiciary can make to an "inherent domain" must be claims about means rather than ends. The judiciary should have some special expertise in matters of institutional process. The judiciary may also have certain limited powers to review governmental decisions of social policy. There is, however, no constitutional basis within the Western democratic tradition for the judiciary to claim any area of substantive policy-making as its exclusive preserve. »<sup>(2)</sup>*

<sup>(1)</sup> – *Renvoi sur la Motor Vehicle Act (C.-B.)*, précité, p. 503 (M. le juge Lamer, pour la majorité);

30

<sup>(2)</sup> – COLVIN Eric, *Section Seven of the Canadian Charter of Rights and Freedoms*, (1989) 68 Rev. B. Can. 560, p. 575 (**onglet 67**); cité avec approbation dans *Renvoi relatif à l'art. 193 et à l'al. 195.1 (1) c) du Code criminel (Man.)*, [1990] 1 R.C.S. 1123, p. 1177 (M. le juge Lamer) (**onglet 49**).

86. Or, en l'espèce, les appelants cherchent à remettre en question l'opportunité même des politiques gouvernementales en matière de financement public des services médicaux et hospitaliers au Québec et au Canada. C'est également l'opinion qu'exprime M. le juge Delisle de la Cour d'appel lorsqu'il écrit :

40

*« Enfin, l'article 7 de la Charte canadienne ne peut servir à remettre judiciairement en cause la justesse d'un choix de société, tel que l'a souligné le juge Lamer dans Renvoi relatif au Code criminel (Man.). »*

- jugement dont appel, par. 30, D.C.A., vol. I, p. 182;
- Voir également le jugement de première instance, p. 147-148, D.C.A., vol. I, p. 163-164.
- **Les droits revendiqués n'ont pas de lien avec le système d'administration de la justice**

10 87. Le présent débat est essentiellement politique et n'a pas de lien véritable avec le domaine général d'application de l'article 7, soit l'interaction des droits individuels à la vie, à la liberté ou à la sécurité avec le système judiciaire ou l'administration de la justice.

- *Renvoi relatif à l'art. 193 et à l'al. 195.1(1)c du Code criminel (Man.)*, précité, p. 1173-1174 et p. 1177-1178 (M. le juge Lamer);
- *Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, précité, p. 585 (M. le juge Sopinka, pour la majorité);
- 20 - *B.(R.) c. Children's Aid Society of Metropolitan Toronto*, précité, par. 21 (M. le juge en chef Lamer);
- *Nouveau-Brunswick (Ministre de la Santé et des Services communautaires) c. G.(J.)*, précité, par. 65-66 (M. le juge en chef Lamer, pour la majorité); par. 116 (Mme la juge L'Heureux-Dubé);
- *Blencoe c. Colombie-Britannique (Human Rights Commission)*, précité, par. 46 (M. le juge Bastarache, pour la majorité);
- 30 - *Gosselin c. Québec (Procureur général)*, 2002 CSC 84, par. 210-217 (M. le juge Bastarache) (**onglet 15**); voir également *Gosselin c. Québec (Procureur général)*, [1999] R.J.Q. 1033 (C.A. Qué.), p. 1062 et 1066-1069 (j. Robert); p. 1042-1043 (j. Baudouin); p. 1042 (j. Mailhot) (**onglet 14**).

88. Contrairement à l'affaire *Morgentaler*, la loi ne restreint l'accès à aucun service de santé, par quelque dispensateur de soins que ce soit, sous peine de sanction pénale. La seule sanction prévue par la loi résulterait de la conclusion d'un contrat pour couvrir les coûts des services de santé déjà assurés (*LAM*, art. 76; *LAH* art. 15).

89. Or, l'application d'une disposition pénale visant à garantir l'observation de la loi ne suffit pas à permettre l'application de l'article 7 en l'espèce. Les appelants auraient alors dû établir que la violation de leurs droits résulte de l'imposition de l'amende proprement dite et non de la conduite réglementée que cette sanction vise généralement à faire respecter. Seule la constitutionnalité de la sanction pénale pourrait alors faire l'objet d'un examen par le biais de l'article 7.
- 10 90. Selon le procureur général, les articles 15 *LAM* et 11 *LAH* ne devraient pas eux-mêmes être soumis à l'article 7 pour la seule raison que leur application est sanctionnée par une disposition pénale, comme c'est le cas pour la quasi-totalité des régimes législatifs de nature réglementaire. Dans le cas où un vice constitutionnel propre à la sanction était constaté, le législateur pourrait d'ailleurs y remédier sans compromettre le régime de réglementation dont elle assure le respect.
91. Ainsi, dans le *Renvoi sur la Motor Vehicle Act (C.-B.)* (précité), ce n'est pas l'interdiction de conduire durant une suspension de permis qui mettait en jeu l'article 7 mais le fait que ce geste devenait, par les dispositions du *Code criminel*, une infraction de responsabilité absolue passible d'emprisonnement.
- 20 - COLVIN Eric, *Section Seven of the Canadian Charter of Rights and Freedoms*, précité, p. 566-567.
92. Si la seule possibilité de se voir imposer une amende suffisait pour donner ouverture à l'article 7, le législateur pourrait décider de retirer ce type de sanction et d'y substituer une conséquence civile, soustrayant ainsi son régime réglementaire à l'application de l'article 7. À l'évidence, le critère de l'existence d'une sanction pénale ne saurait constituer à lui seul un lien de rattachement suffisant avec le système d'administration de la justice pour contester la conduite réglementée qui fait l'objet de la sanction.
- 30 93. La Cour d'appel du Nouveau-Brunswick souligne avec justesse qu'il faut que la conduite faisant l'objet d'une disposition pénale mette directement en jeu les droits garantis par l'article 7 pour être assujettie à l'examen des tribunaux, même si la sanction pénale imposée est susceptible de priver un individu de sa liberté :

10 « L'application de l'article 7 de la Charte au Code criminel mise à part, il faut voir que l'observation des lois tant fédérales que provinciales s'obtient invariablement par des sanctions pénales qui empiètent souvent sur la liberté individuelle du fait de la possibilité d'un emprisonnement. Il ne suffit pourtant pas en soi qu'une loi de réglementation prévoie des sanctions pénales, dont l'incarcération, pour fonder à conclure que la réglementation de l'activité met en jeu l'article 7 de la Charte. Si tel était le cas, les tribunaux se trouveraient constamment face à l'argument qu'une loi de réglementation est contraire aux principes de justice fondamentale au fond. Si l'article 7 entre en jeu, c'est que la réglementation même de la conduite empiète sur le droit à la liberté. Par ailleurs, il se peut que la disposition pénale proprement dite fasse intervenir ce droit. Ce n'est toutefois pas parce qu'une disposition pénale met en jeu l'article 7 que la réglementation de la conduite doit également le mettre en jeu. Il ne s'ensuit pas non plus de l'inconstitutionnalité de la peine que la disposition de réglementation soit également inconstitutionnelle. »

- *Rombaut c. Nouveau-Brunswick (Ministre de la Santé et des Services communautaires)*, [2001] N.B.C.A. 75 (C.A. N.-Br.), par. 107; voir également par. 104 à 116 (onglet 56).

20 94. En l'espèce, les articles 15 LAM et 11 LAH ne sont pas directement la source d'une mesure coercitive de l'État sur l'individu mettant en jeu le système judiciaire. Les intérêts revendiqués par les appelants sont donc exclus de la portée de l'article 7 parce qu'ils n'ont pas de lien suffisant avec l'administration de la justice :

30 « (...) it seems quite clear that the Charter concept of security of the person will come into play only in situations of "active deprivation" such as specific legislative barriers to a medical procedure, as in *Morgentaler No. 2*. All of the decisions discussed above contain a strong implication that restricting access to health-care by reducing public funding or "de-legislating" health-care delivery will not constitute the type of deprivation which will give rise to an infringement of s. 7. »

- WINDWICK Brent F., *Health-Care and Section 7 of the Canadian Charter of Rights and Freedoms*, (1994) 3 Health L. Rev., n° 1, 20-23, par. 25 (onglet 73);

Voir également:

- GRESCHNER Donna, *Quels seront les effets de la Charte des droits et libertés et l'évolution de la jurisprudence sur les coûts des soins de santé? Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada*, 2002, Étude n° 20, p. 11-12 (onglet 68).

40

- **Le caractère juridique des principes de justice fondamentale indique la nature des droits qui sont protégés par l'article 7**

95. Par ailleurs, les principes de justice fondamentale sont un outil précieux pour définir la portée des droits qui relèvent du domaine d'application de l'article 7. Inscrits dans la *Charte canadienne* au chapitre des « garanties juridiques », ces modificatifs des droits reconnus à l'article 7 que sont les principes de justice fondamentale « ne doivent pas être généraux au point d'être réduits à de vagues généralisations sur ce que notre société estime juste et moral » et permettre ainsi aux tribunaux de revoir la sagesse de la loi. Ils sont plutôt reconnus comme des « éléments essentiels d'un système d'administration de la justice ».

- *Renvoi sur la Motor Vehicle Act (C.-B.)*, précité, p. 503, 513 (M. le juge Lamer, pour la majorité);
- *Renvoi relatif à l'art. 193 et l'al. 195.1 (1) c)*, précité, p. 1173-1174 (M. le juge Lamer);
- *Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, précité, p. 590-591, 607 (M. le juge Sopinka, pour la majorité);
- *B.(R.) c. Children's Aid Society of Metropolitan Toronto*, précité, p. 339 (M. le juge en chef Lamer); p. 374 (M. le juge La Forest, pour la majorité);
- *Nouveau-Brunswick (Ministre de la Santé et des Services communautaires) c. G.(J.)*, précité, par. 65-66 (M. le juge en chef Lamer, pour la Cour);
- *États-Unis c. Burns*, précité, par. 70-71 (La Cour);
- *Gosselin c. Québec (Procureur général)*, précité, par. 215 (M. le juge Bastarache); par. 386 (Mme la juge Arbour, dissidente);
- *R. c. Malmo-Levine; R. c. Caine*, précité, par. 112-113 (MM. les juges Gonthier et Binnie, pour la majorité).

96. Or, la question de la constitutionnalité des interdictions législatives de contracter une assurance privée pour des services de santé déjà assurés par le régime public ne met en cause aucun principe de justice fondamentale de nature juridique. De même, l'examen du mode d'organisation du système de santé diffère fondamentalement des litiges entre deux intérêts divergents que les tribunaux tranchent habituellement. En

ces matières où l'État ne restreint pas les droits individuels par le biais du système judiciaire et qui, de surcroît, porte sur les enjeux qui relèvent du domaine de l'ordre public en général, aucun principe de justice fondamentale ne trouve application.

- *Auton (Guardian ad Litem of) v. British Columbia (Attorney general)*, (2002) 220 D.L.R. (4<sup>th</sup>) 411 (B.C. C.A.), par. 73; autorisation de pourvoi accueillie, 15 mai 2003, n° 29508 (**onglet 2**).

10 97. Selon le procureur général, la contestation des articles 15 *LAM* et 11 *LAH* tente plutôt d'appliquer aux décisions politiques et au processus législatif lui-même des principes de justice fondamentale qui relèvent par essence du système d'administration de la justice, ce qui conduit à détourner la finalité de l'article 7.

20 98. C'est également le résultat que recherchent certains auteurs qui soutiennent que toute politique générale de santé ou décision législative et réglementaire qui risque d'avoir une incidence sur la vie, la liberté et la sécurité des individus devrait respecter « les mêmes exigences d'application régulière de la loi » que lorsque l'État porte directement atteinte à l'intégrité physique d'un individu. Pour ceux-ci, l'article 7 exigerait que les décisions relatives à l'affectation des ressources et des services de santé « fassent l'objet d'un débat public (audiences publiques ou autres formes de consultation publique) avant d'être mises en œuvre », « qu'une plus grande participation individuelle et collective à la prise de décision » soit assurée (diffusion de l'information, représentation efficace du public, des patients et des groupes d'intérêts aux organes décisionnels dans le domaine de la santé) et que soit instaurée une obligation de rendre compte à la population.

- JACKMAN Martha, Les conséquences de l'article 7 de la Charte des droits et libertés pour les dépenses en soins de santé au Canada, *Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada*, 2002, Étude n° 31, p. 12 à 14 (**onglet 70**).

30

99. L'application de telles exigences au processus législatif ainsi qu'aux décisions politiques et budgétaires du gouvernement contrevient aux principes bien établis voulant qu'une cour de justice ne puisse contraindre le législateur à modifier son processus législatif<sup>(1)</sup> ou à réformer ses prises de position sur des enjeux relevant du domaine politique<sup>(2)</sup>.

- (1) - *Authorson c. Canada (Procureur général)*, 2003 CSC 39, par. 37-41 (M. le juge Major, pour la Cour) (**onglet 1**);
- *Renvoi relatif au Régime d'assistance publique du Canada (C.-B.)*, [1991] 2 R.C.S. 525, p. 558-560 (M. le juge Sopinka, pour la Cour) (**onglet 52**);
- (2) - *Québec (Procureur général) c. R.C.*, [2003] R.J.Q. 2027 (C.A. Qué), par. 145, 164-165 (**onglet 33**);
- 10 - *Westmount (Ville de) c. Québec (Procureur général)*, [2001] R.J.Q. 2520 (C.A. Qué), par. 249; autorisation de pourvoi refusée, [2001] 3 R.C.S. xi (**onglet 64**);
- *Lachine General Hospital Corp. c. Québec (Procureur général)*, [1996] R.J.Q. 2804 (C.A. Qué), p. 2844 (**onglet 21**);
- *Just c. Colombie-Britannique*, [1989] 2 R.C.S. 1228, p. 1244-1245 (M. le juge Cory, pour la majorité) (**onglet 18**);
- 20 - *Thorne's Hardware Ltd c. La Reine*, [1983] 1 R.C.S. 106, p. 111-113 (M. le juge Dickson, pour la Cour) (**onglet 60**).
100. Ainsi, les principes de justice fondamentale ne sauraient imposer au législateur qu'il respecte des exigences d'audition publique et d'équité procédurale avant d'adopter une loi. De même, les manifestations de décisions à caractère politique que sont les règlements, décrets et choix budgétaires ne devraient pas être révisées par les tribunaux sur la base d'un jugement d'opportunité.
101. En outre, il apparaît des travaux ayant précédé l'adoption de l'article 7 de la *Charte canadienne* que le Constituant a choisi d'éviter l'usage de l'expression « due process », préférant le vocable « fundamental justice », pour ne pas risquer de transposer en droit canadien les abus de la doctrine américaine reliée au « substantive due process » qui étaient apparus avec l'arrêt *Lochner v. New York*, 198 U.S. 45 (1905).
- 30 - HOGG Peter W., *Constitutional Law of Canada*, vol. 2, Ed. feuilles mobiles, Carswell, p. 44-9, 44-14 (**onglet 69**);
- STEPHENS K. Michael, *Fidelity to Fundamental Justice: An Originalist Construction of Section 7 of the Canadian Charter of Rights and Freedoms*, (2002) 13 N.J.C.L. 183, p. 217 et s. (**onglet 71**).
- 40

102. Ce choix délibéré des rédacteurs de la Charte respecte la tradition constitutionnelle du Canada, laquelle est fondée sur la suprématie législative du Parlement et la retenue judiciaire en matière de politique générale. Ainsi, la légitimité même des objectifs politiques, sociaux ou économiques poursuivis par les articles 15 LAM et 11 LAH ne saurait être révisée sous le couvert de l'article 7.
- 10 - Pour une analyse des différences propres aux traditions juridiques américaine et anglo-saxonne en matière d'examen des choix législatifs ainsi que l'application de ces différences au regard de l'article 7 de la *Charte canadienne*, voir : TREMBLAY Luc, *Section 7 of the Charter : Substantive Due Process?*, (1984) U.B.C. Law Rev., vol. 18 :2, 201, p. 227-234 (**onglet 72**); cité avec approbation dans *Renvoi sur la Motor Vehicle Act (C.-B.)*, précité, p. 513 (M. le juge Lamer, pour la majorité).
- **Les enjeux socioéconomiques en cause ne se prêtent pas au débat judiciaire en raison de leur caractère complexe et politique**
103. Même dans l'hypothèse où la Cour estimait que l'article 7 peut être invoqué pour protéger des droits ou intérêts n'ayant pas de lien véritable avec l'administration de la justice, le procureur général soutient que l'examen du mode de financement du système de santé devrait être exclu du domaine d'application de l'article 7.
- 20
104. En effet, les questions de politique sociale et économique sont d'une grande complexité. Les tribunaux ne disposent pas des ressources institutionnelles nécessaires pour réviser les décisions prises en matière d'organisation et de financement des services de santé alors que celles-ci sont intimement reliées à d'autres paramètres organisationnels et budgétaires fort techniques (comme le mode et le niveau de rémunération des médecins, la politique d'achat du matériel de technologie médicale, l'organisation du travail au sein des établissements, etc.) et qu'elles requièrent de soupeser des intérêts sociétaux souvent opposés, faisant ainsi écho au débat public :
- 30

*« Le débat touchant les mesures correctives qu'exige le problème des délais d'attente illustre une des grandes difficultés que présente l'examen de la politique de la santé en fonction de la Charte. Le système de soins de santé étant d'une extrême complexité, on risque, en essayant d'apporter des solutions simples aux difficultés (par exemple en autorisant l'assurance privée pour résoudre le problème des listes d'attente), de causer des dommages considérables au système et de*

*porter atteinte aux droits constitutionnels d'autres catégories de citoyens. Les juges n'ont pas les compétences nécessaires pour mesurer les énormes conséquences que peut entraîner le changement de tel ou tel élément du système de soins de santé. Et ils ne peuvent guère compter sur l'aide des avocats, dont il y a lieu de craindre qu'ils n'aient ni l'expertise voulue pour aider les juges à bien comprendre les variables et la dynamique de la politique de la santé, ni intérêt à le faire. » (Nous soulignons)*

- 10 - GRESCHNER Donna, *Quels seront les effets de la Charte des droits et libertés et l'évolution de la jurisprudence sur les coûts les soins de santé?*, précité, p. 13-14.
105. Comme l'écrivait le professeur Peter W. Hogg, le rôle des tribunaux serait considérablement élargi si l'article 7 permettait de statuer sur des décisions de politiques sociales et sur les règles d'application et de financement de ces politiques. Il s'agit, selon lui, de questions qui devraient plutôt être soumises au jugement des électeurs.
- 20 - HOGG Peter W., *Constitutional Law of Canada*, précité, p. 44-12.1;
- Voir également:
- *Gosselin c. Québec (Procureur général)*, précité, par. 330-331 (M. le juge Bastarache).
106. Dans cet esprit, la Cour d'appel du Nouveau-Brunswick, dans l'affaire *Rombaut* portant sur le plan de gestion des ressources médicales, écrivait :
- 30 « Je reconnais, comme il se doit, le pouvoir constitutionnel de la Province de légiférer en matière de santé, pourvu bien sûr que les lois n'empiètent pas sur les droits garantis par la Charte. Je sais par ailleurs qu'il serait en soi difficile, voire téméraire, d'avancer une opinion sur l'efficacité du plan provincial de gestion des ressources médicales. Pour parler franchement, l'appareil judiciaire n'est pas mieux avisé que le gouvernement en des matières dont l'expérience humaine et les urnes sont meilleurs juges. Heureusement, en l'espèce, la Charte n'exige pas de notre Cour qu'elle s'engage dans la sphère complexe de l'économie sociale et politique. Tout au plus, vu les faits de l'instance, la Province n'a qu'à justifier la décision de protéger les droits acquis des médecins existants, et non la décision législative de réglementer l'offre de médecins et leur répartition au Nouveau-Brunswick. »
- 40 - *Rombaut c. Nouveau-Brunswick (Ministre de la Santé et des Services communautaires)*, précité, par. 12.

107. En l'espèce, la complexité de la question des effets d'un régime de santé privé parallèle sur les délais d'attente ainsi que la recherche de solutions propres à améliorer l'accès aux services de santé illustrent bien que l'évaluation des politiques générales en cette matière relève davantage d'un débat public interdisciplinaire que d'un débat judiciaire.

108. D'ailleurs, l'alinéa 36(1)c) de la *Loi constitutionnelle de 1982* confirme que les engagements qui incombent aux gouvernements en matière de services publics essentiels sont de nature politique et non juridique.

10

109. Enfin, les décisions prises par l'administration en matière d'organisation des services de santé doivent également pouvoir évoluer pour répondre aux besoins changeants de la clientèle. À cet égard, de nombreux comités d'experts et commissions se penchent régulièrement sur les correctifs à apporter au réseau de la santé. Les tribunaux ne devraient pas cristalliser l'évolution du système de santé par l'établissement de règles obligatoires de financement qui résulteraient d'exigences constitutionnelles.

20

110. Le procureur général estime donc que les prétentions constitutionnelles des appelants portent sur des enjeux sociaux qui relèvent essentiellement du domaine politique et n'ont pas de lien de rattachement suffisant avec le système judiciaire. Par conséquent, l'article 7 de la *Charte canadienne* ne trouve pas application en l'espèce.

### **3.2 SUBSIDIAIREMENT, LES APPELANTS N'ONT PAS DÉMONTRÉ QU'UNE ATTEINTE À L'ARTICLE 7 DE LA CHARTE CANADIENNE RÉSULTE DES ARTICLES 15 LAM ET 11 LAH**

30

111. Les appelants n'ont pas satisfait au fardeau de preuve qu'il leur incombait d'établir :

- que le système de santé n'assure pas adéquatement l'accès aux services de santé médicalement requis;