

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada



Commission on the
Future of Health Care
in Canada

ÉTUDE N° 2

La santé et le partage des compétences au Canada

par

André Braën

Université d'Ottawa



juillet 2002

N° de catalogue CP32-79/2-2002F-IN

ISBN 0-662-87702-0

Bien que les opinions exprimées dans ces études n'engagent que celles du ou des auteurs, toutes ces études furent soumises à un processus indépendant d'examen par des pairs. La Commission tient à remercier l'Institut des services et de politiques de la santé (ISPS) des Instituts de recherche en santé du Canada pour avoir assuré la surveillance et la bonne marche de ce processus d'examen des études par des pairs. La participation des auteurs, des examinateurs et de l'ISPS à la réalisation de ces études constitue un apport important aux travaux de la Commission et contribuera à l'héritage qu'elle laissera.

Le générique masculin sera utilisé uniquement dans le but d'alléger le texte.

Table des matières

Points saillants	v
Sommaire	vi
Introduction	1
A - Les services de santé au Canada	1
B - Le mandat	1
C - Plan et méthodologie	2
I - Le partage constitutionnel des compétences	3
A - Les difficultés de définition	3
B - Le contexte historique et législatif	3
C - Les principes d'interprétation	4
D - L'incidence de la <i>Charte canadienne</i>	5
II - Le fondement constitutionnel des interventions provinciales	7
A - Remarques générales	7
B - Les dispositions applicables	7
• L'établissement et l'administration des hôpitaux	8
• Les matières d'une nature purement locale ou privée	8
• La propriété et les droits civils	8
• L'éducation	9
• Autres compétences	9
III - Le fondement constitutionnel des interventions fédérales	10
A - Remarques générales	10
B - Les dispositions applicables	10
• La quarantaine et les hôpitaux de marine	10
• Le droit criminel	10
• Le pouvoir de dépenser	11
• La paix, l'ordre et le bon gouvernement	13
• Autres compétences	14
IV - La santé dans d'autres fédérations	15
A - L'Australie	15
B - Les États-Unis	16
C - La Belgique	17

Conclusion	18
Notes	19
Jurisprudence	25
Bibliographie	27

Points saillants

Cette étude porte sur le partage des compétences en matière de services de santé et tel qu'il découle de la Constitution canadienne. Elle procède à l'analyse des dispositions constitutionnelles pertinentes ainsi que de leur interprétation par les tribunaux. En traçant ainsi l'état du droit dans ce domaine, elle vise à informer la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada sur les principes qui, au plan juridique, fondent les interventions tant fédérales que provinciales en santé publique et à lui permettre de recommander au gouvernement fédéral les politiques et mesures jugées nécessaires pour assurer à long terme la viabilité d'un système de soins universellement accessible et financé à même les deniers publics.

Sommaire

La hausse constante des coûts des soins de santé, le développement de la recherche et technologie médicales et le vieillissement de la population ainsi que ses attentes constituent autant de facteurs qui secouent le système canadien des services de santé et qui mettent en péril son universalité et son mode public de financement. La Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada a été chargée de recommander au gouvernement fédéral les mesures susceptibles d'assurer la viabilité et le développement de ce système. Au plan constitutionnel, les deux ordres de gouvernement, chacun dans ses domaines respectifs de compétence, sont habilités à intervenir en santé publique. La présente étude fait le point sur l'état du droit relatif aux fondements constitutionnels qui autorisent ces interventions.

Avant de procéder à l'analyse proprement dite des règles de droit applicables, l'étude insiste dans un premier temps sur les difficultés qu'engendre la définition de son thème principal, à savoir la santé, et sur leur incidence sur le partage des pouvoirs. Elle met aussi de l'avant les principes interprétatifs utilisés par les tribunaux en ce qui concerne les textes constitutionnels et s'interroge sur les conséquences que peut avoir en la matière la *Charte canadienne des droits et libertés*. En vertu du droit constitutionnel canadien, ce sont les provinces qui, au premier chef, sont habilitées à intervenir dans le domaine des soins de santé. Traditionnellement, c'est là un domaine qui fut très tôt considéré comme étant une affaire de nature purement locale et privée. La mise en place d'un système basé sur l'assurance (hospitalisation, soins médicaux ...) renvoie aussi à la compétence provinciale en matière de propriété et droits civils. C'est donc à l'analyse de ces principes que procède dans un second temps la présente étude. D'autres compétences spécifiquement énumérées dans la *Loi constitutionnelle de 1867* permettent aussi aux provinces de consolider leur autorité que ce soit à l'égard de l'organisation et du maintien des établissements hospitaliers, de l'éducation ou des professions médicales. Mais le Parlement du Canada joue aussi un rôle significatif en matière de santé publique et c'est là l'objet de la troisième partie de l'étude. C'est surtout via sa compétence en droit criminel que le Parlement agit. Il le fait aussi au moyen de compétences spécifiques comme celles relatives à la quarantaine et aux hôpitaux de la marine, au commerce interprovincial et international, aux brevets et marques de commerce ou encore, au moyen de son pouvoir relatif à la paix, l'ordre et le bon gouvernement du Canada. Surtout, c'est grâce à son pouvoir de dépenser que le gouvernement fédéral a puissamment contribué à l'implantation d'un système gratuit et universel de soins de santé. L'étude procède donc à l'analyse des paramètres et limitations applicables à l'exercice de ce pouvoir. Finalement et en dernière analyse, l'étude procède sur une base comparative à la revue des systèmes applicables dans d'autres fédérations.

La Constitution canadienne permet donc aux deux ordres de gouvernement d'intervenir dans le domaine des soins de santé même si, par ailleurs, elle reconnaît en faveur des provinces une responsabilité première à ce chapitre. C'est là l'état actuel du droit, lequel invite davantage à la concertation et collaboration plutôt qu'à la compétition entre les gouvernements. Si le rôle de ces derniers doit être modifié, il revient aux acteurs politiques d'y pourvoir, le droit n'étant dans ce domaine que le reflet de leurs décisions.

Introduction

A - Les services de santé au Canada

1. Au moment de l'union canadienne en 1867, les soins de santé sont d'abord une préoccupation d'individus et d'organisations religieuses ou charitables. Ce n'est que graduellement et en particulier après le deuxième conflit mondial que le rôle de l'État, fédéral et provincial, ira en grandissant dans le domaine socio-sanitaire. Les coûts des services de santé étant en hausse, les gouvernements apparaîtront alors comme étant un moyen privilégié pour établir au Canada un régime de services de santé accessibles au public. Aujourd'hui, l'instauration et surtout le maintien d'un système public de soins de santé de grande qualité, viable et accessible, demeurent une priorité pour la société canadienne. Dans un contexte de vieillissement de la population, d'augmentation rapide des coûts, d'essor remarquable de la recherche scientifique et de la technologie médicale et alors que les attentes vont en s'accroissant, des questions essentielles sont posées. Elles ont trait tant à la recherche d'un financement suffisant et durable qu'à la disponibilité et l'universalité des soins et au développement des ressources humaines qui y sont impliquées.
2. Au Canada, les gouvernements, fédéral et provinciaux, sont des acteurs importants dans ce domaine. Alors qu'une réflexion s'impose à cet égard et déterminé à y jouer un rôle important, le gouvernement fédéral a mis sur pied la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Celle-ci a pour mandat de recommander au gouvernement canadien les politiques et les mesures nécessaires pour assurer à long terme la viabilité d'un système de soins de santé universellement accessible et financé sur les deniers publics. L'exercice doit toutefois s'accomplir en tenant compte de la répartition des compétences et des pouvoirs au Canada. Pour ce faire, quatre thèmes principaux de recherche ont été identifiés par la Commission, à savoir (a) les valeurs canadiennes, (b) la viabilité, (c) les relations de coopération entre les principaux intervenants publics et privés dans le domaine de la santé et (d) la gestion du changement.

B - Le mandat

3. C'est donc dans ce contexte que nous avons été invités à préparer une étude portant sur le partage constitutionnel des compétences en matière de santé et de services de santé. Cette étude a pour objectif d'informer la Commission sur les principes juridiques qui fondent le rôle de chaque niveau de gouvernement dans ce domaine ainsi que sur leur développement et transformation. De manière générale, il s'agit de vérifier l'origine historique et juridique à la base de l'allocation et du partage des compétences entre les différents niveaux de gouvernement au Canada dans le domaine de la santé. De manière spécifique, nous sommes requis de vérifier (a) les fondements constitutionnels des interventions fédérales et provinciales en matière de santé, (b) le fondement du pouvoir fédéral de dépenser en la matière, (c) l'incidence, s'il en est, de la *Charte canadienne des droits et libertés* sur le partage des pouvoirs

et (d) le développement du rôle exercé à cet égard par les gouvernements tant fédéral que provinciaux. Au plan comparatif, on nous demande aussi d'aborder brièvement la situation prévalant dans d'autres fédérations¹.

C - Plan et méthodologie

4. Le droit constitutionnel canadien dont en particulier la *Loi constitutionnelle de 1867* procède au partage de la compétence législative entre d'une part, le Parlement du Canada et d'autre part, l'Assemblée législative d'une province. Généralement, ce sont les provinces qui d'abord interviennent dans le domaine des services de santé. Nous analyserons donc les dispositions constitutionnelles qui autorisent cette intervention, puis nous verrons celles qui fondent l'intervention fédérale. Au Canada, les tribunaux de droit commun sont les gardiens de l'ordre constitutionnel. Aussi, notre analyse des textes constitutionnels s'accomplira conformément aux décisions judiciaires rendues dans ce domaine. En dernier lieu, nous aborderons le cas d'autres fédérations. Mais avant et dans un premier temps, nous insisterons sur les difficultés de définition de notre sujet, à savoir la «santé», et ses conséquences au plan de l'analyse juridique. Nous verrons aussi le contexte historique dans lequel s'est élaboré le régime public de soins de santé au Canada et à titre introductif les principales règles d'interprétation qu'il convient d'adopter à l'égard des textes constitutionnels. Finalement, nous aborderons l'incidence que peut avoir dans le domaine de l'allocation des compétences la *Charte canadienne*.

I - Le partage constitutionnel des compétences

A - Les difficultés de définition

5. La Constitution canadienne attribue, généralement de manière exclusive, au Parlement du Canada ou à l'Assemblée législative d'une province, le pouvoir de faire des lois sur toutes les matières tombant dans les catégories de sujets qui y sont énumérés². En tant que telle, l'attribution constitutionnelle de la compétence en matière de santé n'a pas fait l'objet d'une disposition précise et spécifique. En effet, nulle part on n'y mentionne le pouvoir de faire des lois relativement à la «santé», aux «services de santé» ou encore aux «soins de santé». Le mot «santé» tel qu'il est lui-même défini par le *Petit Robert* renvoie au bon état physiologique et mental d'un être vivant ou au fonctionnement équilibré et harmonieux d'un individu³. En anglais le mot «health» est aussi défini en relation avec un état de bien-être physique et mental⁴.
6. Ce caractère indéterminé de la «santé» n'a pas échappé à la Cour suprême du Canada dans l'arrêt *Schneider c. La Reine*⁵.

La «santé» n'est pas l'objet d'une attribution constitutionnelle spécifique, mais constitue plutôt un sujet indéterminé que les lois fédérales ou provinciales valides peuvent aborder selon la nature ou la portée du problème en cause dans chaque cas.⁶

On peut alors facilement concevoir que les interventions publiques qui sont susceptibles d'affecter ou de modifier, directement ou indirectement, l'équilibre ou le bien-être humain peuvent prendre des formes infinies et reposer au plan constitutionnel sur des fondements disparates. Par exemple, une mesure visant au premier chef la protection de l'environnement peut ultimement avoir une incidence sur ce bien-être en question. Comme nous le verrons, plusieurs interventions fédérales en matière de santé publique se fondent d'abord sur la compétence du Parlement canadien en matière de ... droit criminel. Bref, la santé comporte plusieurs facettes qui peuvent tomber sous différents chefs de compétence et dans le cadre de cette étude, nous nous en tiendrons, au niveau du contenu, à la conception contemporaine d'un système public de soins de santé, que ce soit en termes d'organisation des établissements de santé ou de prestation de services de santé.

B - Le contexte historique et législatif

7. Même si depuis longtemps l'État se préoccupait de certaines questions de santé publique (comme l'élimination des épidémies), en 1867 ses interventions dans le domaine des soins de santé à proprement parler restent limitées et complémentaires à celles des organismes religieux ou charitables⁷. La *Loi constitutionnelle de 1867* est le reflet de cette époque lorsqu'elle prévoit que les provinces ont une compétence sur «l'établissement, l'entretien et l'administration des hôpitaux, asiles et hospices de charité dans la province, autres que les hôpitaux de marine»⁸ et que les autorités

- fédérales quant à elles ont compétence sur «la quarantaine et l'établissement et maintien des hôpitaux de marine»⁹. La santé de l'individu est en effet perçue par la société, et donc politiquement, comme étant une question purement privée¹⁰.
8. Ce n'est qu'au fil de l'évolution des mentalités que graduellement l'État interviendra pour adopter des mesures sociales et que l'idée d'un programme d'assurance-maladie germe dans la pensée politique canadienne¹¹. Lors du second conflit mondial, une proposition relative à l'établissement d'un régime provincial d'assurance-santé subventionné par le Dominion est mise de l'avant mais rejetée. Un plan fédéral sur le partage des coûts dans ce domaine ne sera pas non plus retenu en 1945¹². C'est en 1957 que le Parlement canadien adopte la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*¹³. En 1961, toutes les provinces auront adopté un régime d'assurance-hospitalisation pour y donner suite. En 1966 et pour donner suite aux travaux de la Commission royale d'enquête sur les services de santé¹⁴, le Parlement adopte la *Loi sur les soins médicaux*¹⁵. Ces deux lois avaient évidemment pour objet de partager entre les deux ordres de gouvernement les coûts reliés à l'implantation d'un régime public d'hospitalisation et de soins médicaux.
9. Le gouvernement fédéral a donc joué un rôle de catalyseur dans l'implantation au Canada de régimes provinciaux de services de santé et il est intervenu au moyen de programmes directs ou, plus généralement, de programmes de transferts et de subventions conditionnelles. C'est à l'intérieur de ce système que les provinces ont procédé à la mise en place de leur régime public de soins de santé¹⁶. La formule relative au partage des coûts sera modifiée à quelques reprises¹⁷. En 1984, la *Loi canadienne sur la santé*¹⁸ a procédé à la fusion des lois de 1957 sur l'assurance-hospitalisation et de 1966 sur les soins médicaux. Le programme de subventions conditionnelles qui s'y trouve énumère les critères d'admissibilité des régimes provinciaux à l'aide fédérale, à savoir : un régime administré publiquement, intégral, universel, transférable et accessible¹⁹. Les difficultés financières qui accableront par la suite le gouvernement fédéral l'amèneront à réduire de façon très substantielle sa participation financière aux régimes mis en place par les provinces. Il faut noter que c'est donc sans modifier l'allocation et le partage constitutionnel des compétences que le gouvernement fédéral a modelé les régimes provinciaux de soins de santé et qu'il s'est taillé un rôle d'acteur très important dans ce domaine²⁰.

C - Les principes d'interprétation

10. Les dispositions constitutionnelles qui traitent du partage des pouvoirs sont en elles-mêmes insuffisantes et trop imprécises pour permettre la détermination des tâches qui peuvent incomber à chaque ordre de gouvernement en matière de santé. À leur lecture, il faut ajouter les décisions des tribunaux judiciaires qui ont eu à les interpréter. En effet, ce sont ces derniers qui, en dernière analyse, sont appelés à interpréter une disposition législative ou constitutionnelle et à lui accoler un sens, un contenu et une portée. En matière de partage des pouvoirs, les tribunaux se sont attachés à vérifier la nature et le caractère véritable des dispositions législatives dont

la validité était contestée au plan constitutionnel. Pour ce faire, ils ont mis de l'avant plusieurs principes qu'il importe de rappeler ici brièvement²¹.

11. D'abord, l'interprétation des dispositions constitutionnelles qui procèdent au partage des pouvoirs, en particulier les articles 91 et 92 de la *Loi constitutionnelle de 1867*, doit s'accomplir en considérant l'intention fédérative à la base du système politique et juridique canadien. Puis, ces dispositions s'interprètent non pas isolément au moyen d'une interprétation littérale, mais bien les unes par rapport aux autres au moyen d'une interprétation corrélative. C'est l'ensemble de la compétence législative qui est ainsi partagé au moyen de la Constitution, et conséquemment, toute matière peut être régie par l'un ou l'autre ordre de gouvernement. En principe, la compétence qui est attribuée à un ordre de gouvernement lui est exclusive et ne peut être envahie par l'autre, que le gouvernement titulaire l'ait exercée ou non²². Il existe toutefois des limitations à ce principe. Un sujet peut en effet avoir un double aspect de sorte de relever quant à un aspect de la compétence fédérale et quant à un autre aspect de la compétence provinciale. Puis et accessoirement, un législateur peut dans l'exercice valide de sa compétence affecter de façon incidente un sujet qui relève de la compétence de l'autre. En procédant explicitement au partage de la compétence législative, l'on a aussi et implicitement procédé au partage du pouvoir exécutif lequel suit le premier²³.
12. Pour vérifier si une loi est valide au plan du partage des pouvoirs, les tribunaux examineront son caractère véritable. Au moyen de l'analyse des objectifs réels poursuivis par la loi contestée, en tenant compte s'il y a lieu mais pas nécessairement des effets qu'elle produit, les tribunaux chercheront à vérifier le sujet auquel la loi est relative et à identifier le titulaire de la compétence. En cas d'incompatibilité entre une loi fédérale et une loi provinciale, par ailleurs toutes deux valides au plan constitutionnel, la première l'emportera.

D - L'incidence de la *Charte canadienne*

13. La *Charte canadienne* garantit les droits et libertés qui y sont énoncés. On ne peut y déroger ou les limiter que dans la mesure permise²⁴. Elle s'impose au législateur, ainsi qu'au gouvernement, fédéral et provincial, pour tous les domaines qui relèvent de leur compétence. A ce niveau, l'effet principal de la *Charte canadienne* est de limiter la souveraineté de l'État. C'est pourquoi l'État fédéral ou provincial, dans l'exercice de ses fonctions législative et exécutive, ne peut y porter atteinte. Puisqu'il s'agit d'un texte constitutionnel, elle s'applique dans les matières tant de compétence fédérale que provinciale. Le partage des pouvoirs entre les deux ordres de gouvernement n'a donc pas d'effet sur la *Charte canadienne*, comme cette dernière n'a pas d'effet sur le partage des pouvoirs. On ne pourrait par exemple invoquer les droits à l'égalité prévus à l'article 15 de la *Charte canadienne* pour contester devant les tribunaux une distinction qui existerait entre deux régimes provinciaux²⁵. La *Charte canadienne* ne peut en effet être invoquée de sorte à modifier le partage des compétences²⁶.

14. Donc, la *Charte canadienne* limite la souveraineté du législateur et n'affecte pas en tant que tel le partage des pouvoirs. Mais c'est au niveau de l'exercice de ces pouvoirs qu'elle fait sentir ses effets. Ainsi, une mesure législative ou l'exercice par une entité gouvernementale d'une compétence peut être contesté au plan de sa compatibilité avec la *Charte canadienne*. Comme dans n'importe quel autre secteur d'activités, des contestations fondées sur la *Charte canadienne* pourront être l'objet de procédures judiciaires. En termes de contenu, la *Charte canadienne* ne confère aux individus aucun droit à la santé²⁷. Mais d'autres dispositions peuvent être invoquées. Par exemple, la Cour suprême du Canada dans l'arrêt *Eldridge c. British Columbia (A.G.)*²⁸, a jugé qu'une institution hospitalière, même s'il s'agit d'un organisme privé²⁹, contrôlée par le gouvernement provincial et mettant en oeuvre des politiques de ce gouvernement, est assujettie au respect de la *Charte canadienne* et peut être requise sur la base des droits à l'égalité (art. 15) d'offrir à ses patients malentendants des services d'interprétation gestuelle. De la même façon, si le gouvernement fédéral offre en matière de santé des services à la population, il devra en ce faisant respecter les prescriptions de l'article 20 de la *Charte canadienne* et les rendre accessibles dans les deux langues officielles. Dans ses négociations avec les provinces portant sur le système public de soins de santé et conformément au principe de la dualité linguistique (art. 16 de la *Charte canadienne*) et à ses engagements en vertu de la *Loi sur les langues officielles*³⁰, il devra prendre à cet égard toutes les mesures nécessaires pour promouvoir le plein épanouissement des langues officielles là où elles se trouvent.

II - Le fondement constitutionnel des interventions provinciales

A - Remarques générales

15. Ce sont les provinces qui, en première ligne, interviennent dans le domaine de la santé. Si celui-ci n'a pas fait l'objet d'une attribution spécifique dans les textes constitutionnels, c'est parce qu'en 1867, la santé était perçue comme étant une affaire de nature privée³¹. Les interventions des autorités publiques restaient donc exceptionnelles dans ce domaine et elles constituaient une réponse à des situations d'urgence créées par des épidémies ou encore, par le besoin d'établir dans les milieux urbains des mesures élémentaires d'hygiène publique. Or la plupart du temps, ces mesures étaient édictées par les édiles municipaux. La *Loi constitutionnelle de 1867* semble refléter ce contexte quand certaines de ses dispositions attribuent à la province une compétence à l'égard des hôpitaux (art. 92(7)), des matières de nature locale (art. 92(16)) et des institutions municipales (art. 92(8))³². C'est d'ailleurs en renvoyant à ces dispositions que dès le départ, la jurisprudence interprète de façon très libérale le pouvoir provincial en santé³³. Ainsi, «toute législation sur la santé publique dans chaque province, à l'exception des établissements de quarantaine et des hôpitaux de marine, tombe dans les attributions législatives de chaque province»³⁴.

B - Les dispositions applicables

16. Aujourd'hui, l'exercice par une province de sa compétence sur les soins de santé revêt de multiples facettes qui toutes se rattachent à diverses catégories de sujets énumérés dans la *Loi constitutionnelle de 1867*. Les plus importantes sont celles qui, de façon exclusive, lui permettent de faire des lois relatives,
- à «l'établissement, l'entretien et l'administration des hôpitaux, asiles, institutions et hospices de charité dans la province, autres que les hôpitaux de marine» (art. 92(7));
 - à généralement «toutes les matières d'une nature purement locale ou privée dans la province» (art. 92(16));
 - à «la propriété et les droits civils dans la province»(art. 92(13)); et,
 - à «l'éducation» (art. 93).

Prises isolément ou ensemble, ces dispositions sont considérées comme attribuant à la province la responsabilité principale dans le domaine de la santé, qu'il s'agisse de services hospitaliers ou de soins de santé, de la pratique médicale, de la formation des professionnels de la santé et de la réglementation de leur profession, de l'assurance-maladie et hospitalisation et de la santé et de l'hygiène en milieu de travail³⁵.

- *L'établissement et l'administration des hôpitaux*
 17. C'est l'article 92(7) qui confère à la province la compétence spécifique sur l'établissement du réseau hospitalier ainsi que sur son organisation administrative³⁶. La nature publique ou privée d'un établissement n'importe pas à cet égard et c'est la province qui en détermine la vocation et les services. La seule limite expressément mentionnée dans cette disposition est celle des hôpitaux de marine. L'exception s'explique du fait que l'article 91(11) attribue quant à lui au Parlement canadien la compétence exclusive relative à la quarantaine et à l'établissement et au maintien des hôpitaux de marine. C'est sur la base de cette compétence que les tribunaux ont, entre autres, confirmé la compétence d'une province pour légiférer sur la détention des malades mentaux³⁷, sur l'établissement de comités thérapeutiques sur l'avortement à l'intérieur d'un centre hospitalier³⁸ ainsi que sur le droit de grève et les relations de travail à l'intérieur d'un hôpital³⁹.

- *Les matières d'une nature purement locale ou privée*
 18. Certains avancent que c'est sur la base de l'article 92(16) que l'on reconnaît à la province une compétence générale sinon extensive en matière d'hygiène et de santé publique⁴⁰. En effet, il semble que la santé puisse elle-même être qualifiée dans son ensemble comme constituant une matière purement locale. Si tel est le cas, il faut noter qu'une telle compétence, aussi générale soit-elle, ne saurait s'étendre aux catégories de sujets qui relèvent exclusivement du pouvoir fédéral⁴¹. Quoiqu'il en soit, la Cour suprême du Canada dans l'arrêt *Schneider c. La Reine*⁴² a confirmé la validité constitutionnelle d'une loi de la Colombie-Britannique imposant un traitement aux héroïnomanes en se fondant, entre autres, sur l'article 92(16). La dépendance aux drogues constitue une matière locale même si, sous d'autres aspects, elle peut relever du droit criminel.

- *La propriété et les droits civils*
 19. Il a déjà été jugé que le Parlement canadien ne pouvait pas au plan constitutionnel instituer un régime d'assurance-chômage⁴³. C'est là un programme qui porte sur l'assurance et qui affecte les droits civils des employeurs et employés. C'est donc sur la base de l'article 92(13) que la province est habilitée à établir un régime contributif en matière de santé et à en définir les modalités, que ce soit l'assurance-hospitalisation, l'assurance médicale ou encore, l'assurance-médicaments. En 1977, la Cour suprême du Canada a confirmé le pouvoir provincial d'établir un régime obligatoire et universel d'assurance automobile en se fondant sur l'article 92(13)⁴⁴. Cela vaut aussi pour l'assurance santé⁴⁵. La jurisprudence a aussi très tôt jugé que les échanges et le commerce à l'intérieur d'une province constituent, parce qu'ils se fondent sur des contrats, une matière de droit privé relevant de la compétence de cette dernière selon l'article 92(13)⁴⁶. La province peut donc intervenir dans toutes les étapes de la production et de la commercialisation d'un produit et aussi, en contrôler la qualité et les quantités. La compétence provinciale s'exercera dans notre cas aux produits alimentaires, aux médicaments et aux autres produits de santé⁴⁷. Mais ce

pouvoir est limité par le principe de l'extra-territorialité, lequel ouvre la porte à l'intervention fédérale⁴⁸. Enfin et d'une manière générale, le droit privé relève de la compétence provinciale en vertu de l'article 92(13). Conséquemment, les relations entre un patient et un médecin ou avec un autre professionnel de la santé, et entre un patient ou médecin et un centre hospitalier constituent une matière relevant de l'autorité provinciale comme le sont généralement les questions de responsabilité contractuelle et délictuelle. Il en va de même en ce qui concerne l'établissement, la régie et le contrôle des professions de la santé, en particulier de la pratique médicale, ainsi que la discipline professionnelle et d'une manière générale, le domaine des relations de travail⁴⁹.

- *L'éducation*

20. C'est l'article 93 de la *Loi constitutionnelle de 1867* qui attribue, de manière exclusive, à la province le pouvoir de faire des lois relativement à l'éducation. Les programmes universitaires, le contrôle des diplômes, les tests de compétences dans le domaine de la santé constituent donc autant de matières qui relèvent de l'autorité provinciale⁵⁰. Cette compétence lui permet également d'intervenir dans le domaine de la recherche.

- *Autres compétences*

21. La capacité d'une province d'intervenir dans le domaine de la santé ne se limite pas aux compétences spécifiques déjà énumérées. En droit constitutionnel, l'exercice de ses pouvoirs sera également valide dans la mesure où il peut se rattacher à tout autre chef de compétence expressément énuméré à l'article 92⁵¹. Ainsi, l'on a jugé qu'une province peut en vertu de l'article 92(9) imposer une procédure d'enregistrement obligatoire des professionnels de la santé⁵² ou encore, conférer aux ordres professionnels le pouvoir d'imposer des amendes et autres pénalités en vertu de l'article 92(15)⁵³. Ses pouvoirs en matière d'agriculture⁵⁴ (art. 95), de taxation directe (art. 92(2)) ou sur les prisons et maisons de réforme (art. 92(15)) lui permettent aussi d'agir de façon incidente en santé⁵⁵.

III - Le fondement constitutionnel des interventions fédérales

A - Remarques générales

22. On constate somme toute qu'au plan constitutionnel, la santé a été considérée comme étant une enveloppe générale dont la responsabilité première appartient à la province. Pourtant, on sait qu'aujourd'hui, les autorités fédérales interviennent également et de façon significative dans ce domaine. Aussi, ce fut lorsque le Parlement du Canada a commencé à s'intéresser aux mesures sociales que les tribunaux ont été appelés à identifier les fondements constitutionnels autorisant de telles interventions et à en préciser les limites⁵⁶. A l'exception d'une compétence expressément nommée, le pouvoir fédéral sur les questions de santé procède généralement d'une triple source, à savoir la compétence du Parlement canadien de faire des lois en droit criminel, son pouvoir de dépenser et peut-être celui d'assurer la paix, l'ordre et le bon gouvernement⁵⁷. La doctrine quant à elle examine cette question surtout pour vérifier si, au plan constitutionnel, le Parlement peut, en tant qu'architecte d'un régime public et pan-canadien de soins de santé, imposer aux provinces le respect de normes ou standards nationaux qu'il fixe lui-même⁵⁸.

B - Les dispositions applicables

- *La quarantaine et les hôpitaux de marine*
23. L'article 91(11) attribue au Parlement le pouvoir exclusif de faire des lois relatives à «la quarantaine et l'établissement et le maintien des hôpitaux de marine». On sait que c'est là une exception nommément désignée au pouvoir provincial en la matière⁵⁹. Elle s'explique du fait que la compétence principale en matière maritime a été attribuée au Parlement canadien, en particulier la compétence sur la navigation et marine marchande (art. 91(10)) et celle sur le service naval (art. 91(7)).
- *Le droit criminel*
24. L'article 91(27) attribue au Parlement le pouvoir exclusif de légiférer relativement à «la loi criminelle, sauf la constitution des tribunaux de juridiction criminelle, mais y compris les procédures en matière criminelle». Cette attribution de compétence doit s'entendre dans son sens le plus large⁶⁰. La définition du droit criminel n'est pas figée à une époque ou à un domaine donné et elle est évolutive, la seule caractéristique commune à tous les crimes étant leur interdiction assortie de sanction⁶¹. Cette attribution de compétence autorise le Parlement à interdire, à titre préventif ou punitif⁶², tout acte ou toute conduite et à imposer des sanctions en cas de violation. Il peut créer de nouveaux crimes⁶³. Mais parce qu'un crime n'est pas édicté dans le vide, il doit se rattacher à des situations jugées indésirables. En matière criminelle, la loi fédérale doit non seulement comporter une interdiction et édicter des sanctions, mais elle doit aussi viser un objectif de nature publique et qui est habituellement reconnu en droit criminel. A cet égard, la Cour suprême du Canada a déjà défini un

- objet de nature publique comme étant – et la liste n’est pas exhaustive, la paix publique, l’ordre, la sécurité, la *santé* et la moralité⁶⁴. Finalement, la loi fédérale ne doit pas non plus constituer un empiètement spécieux sur la compétence appartenant à la province. La législation déguisée n’est pas permise en droit constitutionnel canadien⁶⁵.
25. La santé en matière constitutionnelle présente un caractère informel et dans leur champ de compétences respectives, tant la province que le Parlement peuvent intervenir. C’est pourquoi il importe dans ce domaine de faire ressortir la nature plénière de la compétence que le Parlement exerce en droit criminel. On a jugé qu’en vertu de cette compétence, le Parlement peut interdire ou contrôler la fabrication, la vente, la distribution de produits qui présentent un risque pour la santé publique. Il peut imposer des exigences en matière d’étiquetage et d’emballage de produits dangereux et imposer des mises en garde sur les paquets de cigarettes⁶⁶. Aussi, la législation fédérale sur les aliments et drogues est parfaitement valide⁶⁷ comme c’est le cas pour celle portant sur les narcotiques⁶⁸. Le Parlement est aussi autorisé à criminaliser l’avortement⁶⁹ et à interdire la vente de meubles jugés dangereux pour les enfants⁷⁰. Il peut rendre illégal la production et la vente de produits dangereux et donc, interdire certaines substances dans les productions alimentaires⁷¹. Mais il ne peut imposer des standards dans la composition des aliments; cet aspect ne ressortissant pas de la santé publique⁷². De même, la prohibition de la vente de la margarine n’est pas une mesure qui vise à protéger la santé publique mais constitue plutôt une mesure de protection de l’industrie laitière⁷³. En résumé, si la compétence en droit criminel permet aux autorités fédérales de jouer un rôle significatif en matière de protection de la santé publique, ce simple chef de compétence a peu d’impact quant à l’implantation et au maintien d’un régime public de soins de santé.
- *Le pouvoir de dépenser*
26. Généralement, un ordre de gouvernement peut dépenser dans des matières relevant de l’autre ordre de gouvernement. C’est là simplement l’exercice par un propriétaire de son pouvoir de disposer comme il l’entend de sa propriété. Mais en ce faisant et au plan constitutionnel, il ne doit pas tenter de régir ou de réglementer ces matières qui relèvent de la compétence de l’autre⁷⁴. En matière de santé, on sait que le gouvernement fédéral a joué un rôle-moteur dans l’implantation d’un régime public de soins de santé dans toutes les provinces. À cette fin, il a fait appel à son pouvoir de dépenser. Celui-ci n’est pas prévu explicitement dans les textes constitutionnels. Il procède plutôt de l’interprétation qu’on en fait, en particulier des dispositions de la *Loi constitutionnelle de 1867* qui traitent du pouvoir fédéral de taxation (art. 91(3)), de celui de légiférer sur les biens du domaine public (art. 91(1A)) et du pouvoir d’affectation des fonds fédéraux (art. 106)⁷⁵.
27. La législation fédérale, qui pourvoit à l’octroi de fonds dans les domaines provinciaux au moyen de programmes de transferts ou de subventions, contient parfois des conditions lesquelles doivent être respectées par les provinces si elles désirent profiter de ces fonds. Pour éviter les disparités régionales, il n’est pas rare, en

- effet, de retrouver dans cette législation ce qu'on appelle maintenant des «standards nationaux». Pour être valides au plan constitutionnel, les conditions ne doivent pas modifier le caractère véritable de la loi et équivaloir à une réglementation d'une matière qui relève de l'autorité provinciale. Une province qui adopte une loi pour se conformer à ces standards est alors considérée comme le faisant de son propre chef, puisque rien ne l'y oblige au plan juridique⁷⁶.
28. Mais le contenu de ces conditions ou «standards nationaux» peut-il changer le caractère véritable de la loi fédérale en cause et ainsi constituer une forme déguisée de réglementation d'un domaine provincial? On sait que la *Loi canadienne sur la santé*⁷⁷ contient des conditions auxquelles doivent souscrire les provinces si elles veulent rester éligibles aux fonds fédéraux. Cette législation n'a jamais fait l'objet d'une contestation judiciaire – on comprend pourquoi, de la part des provinces. Mais dans un autre contexte, la Cour suprême du Canada a déjà déclaré que la simple retenue par les autorités fédérales de fonds en cas de non-respect par une province des conditions prescrites dans la loi fédérale ne constitue pas en soi un cas de réglementation d'une matière provinciale⁷⁸. Dans l'arrêt *Winterhaven Stables Ltd. c. A.G. Canada*⁷⁹, la Cour d'appel de l'Alberta fut d'opinion qu'en vertu de son pouvoir de dépenser, le Parlement canadien peut en exerçant ce pouvoir imposer des conditions même si cela crée des pressions sur les provinces pour qu'elles adaptent leur législation en conséquence. Cela n'équivaut pas à réglementer une matière provinciale. On a aussi énoncé qu'il faut dans ce domaine distinguer entre le pouvoir de légiférer et celui de contracter. Dans ce dernier cas, rien n'empêcherait les autorités fédérales de fixer les conditions qu'elles veulent dans un accord ou contrat auquel les provinces restent libres d'adhérer⁸⁰.
29. Quoiqu'il en soit, les interventions fédérales dans le domaine des soins de santé sont une affirmation claire du pouvoir fédéral de dépenser. Il est évident que l'exercice de ce pouvoir génère d'énormes tensions dans le système fédéral canadien. D'une part, le gouvernement canadien donne suite à son engagement inscrit à l'article 36 de la *Charte canadienne* qui énonce sa volonté de fournir à tous les Canadiens à un niveau acceptable les services publics essentiels et de fiscalité sensiblement comparable. D'autre part, les gouvernements provinciaux réclament le plein exercice de leur souveraineté dans ce domaine. A cet égard, une province n'a pas véritablement le choix d'accepter ou de refuser les conditions mises de l'avant unilatéralement par les autorités fédérales. En cas de refus de la part d'une province de donner suite à une initiative fédérale pour l'implantation d'un nouveau programme par exemple, les contribuables de cette province paieraient au moyen de leurs impôts fédéraux l'établissement dudit programme dans les provinces participantes sans, par ailleurs, pouvoir en bénéficier chez eux. Aussi, la capacité du gouvernement fédéral d'influer ainsi au moyen de son pouvoir de dépenser sur les régimes provinciaux et d'imposer des standards dits nationaux dépend en grande partie de sa capacité financière; l'influence est appelée à décroître au fur et à mesure que les fonds fédéraux transférés aux provinces diminuent ... d'autant plus qu'une province peut hésiter à mettre en oeuvre une proposition fédérale, même accompagnée de fonds importants, sachant que les autorités fédérales pourraient quelques années plus tard décider

unilatéralement de cesser leurs paiements à la province. Enfin, il faut noter qu'un tel système présente le désavantage de créer une certaine confusion au niveau de l'imputabilité. Parce que le maintien des programmes existants ainsi que leur qualité dépendent de fonds tant provinciaux que fédéraux, il devient difficile de déterminer qui est responsable de quoi et en cas de difficultés, on assiste plutôt à un match où les deux ordres de gouvernement se renvoient la balle.

- *La paix, l'ordre et le bon gouvernement*
30. Le paragraphe introductif de l'article 91 de la *Loi constitutionnelle de 1867* permet au Parlement canadien «de faire des lois pour la paix, l'ordre et le bon gouvernement du Canada». Parce que le partage des pouvoirs est exhaustif, ce pouvoir de légiférer pour la paix, l'ordre et le bon gouvernement s'exerce à l'égard de toutes matières qui ne sont pas rattachées à une catégorie de sujets relevant de la compétence exclusive d'une province ou encore, à une catégorie de sujets non énumérés à l'article 91⁸¹. Selon l'interprétation qu'en a donnée la jurisprudence, ce pouvoir comprend deux composantes. La première permet au Parlement de légiférer dans les situations d'urgence ou de crise nationale. De par sa nature, l'exercice de ce pouvoir n'est que temporaire⁸². L'autre composante a trait à la capacité du Parlement de légiférer sur toute matière qui présente un intérêt pour l'ensemble de la fédération. C'est là la théorie des dimensions nationales ou de l'intérêt national.
31. Dans l'arrêt *R. c. Crown Zellerbach Canada Ltd.*⁸³, la Cour suprême du Canada a explicité cette théorie de l'intérêt national.
1. La théorie de l'intérêt national est séparée et distincte de la théorie de la situation d'urgence nationale...;
 2. La théorie de l'intérêt national s'applique autant à de nouvelles matières qui n'existaient pas à l'époque de la Confédération qu'à des matières qui, bien qu'elles fussent à l'origine de nature locale ou privée dans une province, sont devenues des matières d'intérêt national, sans qu'il y ait situation d'urgence nationale;
 3. Pour qu'on puisse dire qu'une matière est d'intérêt national dans un sens ou dans l'autre, elle doit avoir une unicité, une particularité et une indivisibilité qui la distinguent clairement des matières d'intérêt provincial, et un effet sur la compétence provinciale qui soit compatible avec le partage fondamental des pouvoirs législatifs effectué par la Constitution;
 4. Pour décider si une matière atteint le degré requis d'unicité, de particularité et d'indivisibilité ... il est utile d'examiner quel effet aurait sur les intérêts extra-provinciaux l'omission d'une province de s'occuper efficacement du contrôle ou de la réglementation des aspects intraprovinciaux de cette matière⁸⁴.
32. Ce n'est donc pas parce qu'une matière revêt une importance pour l'ensemble de la population canadienne qu'elle atteint pour autant une dimension nationale ou qu'elle devient d'intérêt national. Le simple fait que l'assurance-maladie soit perçue comme étant une valeur canadienne n'en change pas, au plan constitutionnel, sa nature. Dans l'arrêt *A.G. Canada c. A.G. Ontario*⁸⁵, l'argument des autorités fédérales à l'effet que

l'assurance-chômage avait atteint une dimension nationale n'a pas été retenu⁸⁶. La nature purement locale ou privée de la santé constitue un fondement important pour les interventions provinciales dans ce domaine⁸⁷. Mais, on sait aussi que la santé présente des aspects qui relèvent du pouvoir fédéral⁸⁸. Certains aspects du système public de soins de santé, en particulier les normes nationales relatives à sa gestion publique, son intégralité, son accessibilité, son universalité et son transfert, constituent-ils une matière unique, particulière, indivisible et distincte des pouvoirs provinciaux en la matière? Surtout, l'omission ou l'incapacité pour une province de traiter efficacement de ces aspects à l'intérieur de son territoire peut-elle avoir un effet préjudiciable pour des intérêts extraprovinciaux? Certains avancent qu'en vertu de ce pouvoir, le Parlement canadien pourrait effectivement intervenir dans des domaines tels le SIDA, l'avortement, le tabagisme ou encore l'accès pour les étrangers à la profession médicale ...⁸⁹. Mais tous ces aspects n'affectent pas en tant que telle la nature du système actuel de soins de santé. L'intérêt de la discussion est évidemment de pouvoir asseoir un fondement à l'intervention des autorités fédérales sans que, pour autant, ces dernières n'aient à utiliser leur pouvoir de dépenser.

- *Autres compétences*

33. Comme dans le cas d'une province, la capacité du gouvernement fédéral d'intervenir dans des questions de santé reste également possible dans la mesure où cette intervention peut se rattacher à un autre chef de compétence nommément attribuée au Parlement canadien par la *Loi constitutionnelle de 1867*. Ainsi, c'est en vertu de leur compétence à l'égard de la milice, du service militaire et de la défense nationale (art. 91(7)), que les autorités fédérales ont établi et gèrent des hôpitaux pour anciens combattants. La compétence exclusive du Parlement sur les brevets d'invention et de découverte (art. 91(22)) ainsi que sur les droits d'auteurs (art. 91(23)) permet aux autorités fédérales d'intervenir dans le domaine de la recherche scientifique et, plus particulièrement, dans ceux de la recherche bio-médicale, génétique et pharmaceutique. Le pouvoir du Parlement sur le commerce interprovincial et international permet au gouvernement fédéral de contrôler les échanges de technologie médicale et d'équipements hospitaliers. En matière d'agriculture et en ce qui concerne les questions de santé relatives à l'immigration, la législation fédérale est prépondérante (art. 95). Dans les entreprises qui relèvent de sa juridiction, le Parlement peut réglementer les questions de santé et de sécurité ainsi que les relations de travail (art. 92(10))⁹⁰. La *Loi constitutionnelle de 1871* lui permet d'exercer les pouvoirs d'une province en matière de santé dans les territoires fédéraux⁹¹. Finalement, la compétence du Parlement à l'égard des Indiens et des terres réservées aux Indiens (art. 91(24)) permet aux autorités fédérales de s'occuper assurément des questions de santé des autochtones⁹². Curieusement, dans ce domaine, les autorités fédérales considèrent plutôt qu'il s'agit d'une responsabilité qui incombe aux provinces⁹³.

IV - La santé dans d'autres fédérations

34. A l'opposé d'un régime unitaire, un régime fédératif partage l'exercice de la souveraineté intérieure entre un État central et des États membres. Ce modèle s'implante dans un État parce qu'il constitue une forme de gouvernement adaptée à ses besoins et caractéristiques spécifiques. Comment les autres fédérations ont-elles procédé au partage des pouvoirs dans le domaine de la santé? A cet égard, le régime canadien ne représente qu'un modèle parmi d'autres et toutes les variantes restent possibles. Nous ne voulons pas ici passer systématiquement en revue le fonctionnement des autres régimes fédératifs dans ce domaine. Nous voulons plutôt rappeler brièvement, à titre comparatif et à grands traits, quelques expériences étrangères susceptibles d'intéresser le Canada, compte tenu de leur niveau de développement économique, de leur population et territoire, de leur proximité et influence.

A - L'Australie

35. Au moment de la confédération en 1867 et influencée en cela par les États-Unis où la même idée prévalait, la population du Canada percevait les soins de santé comme étant une question d'ordre privé. À la même époque et à l'inverse, l'Australie était très réceptive aux idées européennes dans ce domaine et selon lesquelles les soins de santé apparaissaient être un droit de l'individu. Aussi, l'accès de la population aux soins de santé et aux hôpitaux semblait aller de soi. Alors qu'au Canada, les établissements hospitaliers étaient à cette époque généralement privés et souvent gérés par des communautés religieuses, l'Australie connaissait déjà un réseau d'hôpitaux publics⁹⁴.
36. Au départ, ce furent les États fédérés plutôt que l'État fédéral qui pourvurent à dispenser des services de santé à la population. La responsabilité dans ce domaine découlait de l'exercice du pouvoir résiduaire dont étaient investis les États fédérés en vertu de la constitution australienne. Celle-ci n'attribuait à l'État fédéral que la compétence à l'égard de la quarantaine. Mais l'intérêt de ce dernier à promouvoir les mesures sociales le porta à créer un ministère fédéral de la santé en 1921 et à accroître sa participation au processus d'élaboration des politiques de santé. La coopération aurait ainsi caractérisé les relations entre les deux ordres de gouvernement d'autant plus que, contrairement aux cas des provinces canadiennes, les États fédérés sont beaucoup plus dépendants de l'État central au plan financier. De même, alors qu'au Canada la préoccupation des autorités politiques visait à faire disparaître les barrières financières à l'accès aux soins de santé, l'Australie s'était quant à elle résolument engagée à développer la prestation à proprement parler des services de santé⁹⁵.
37. Aussi, un amendement apporté à la constitution en 1943 autorise spécifiquement l'État fédéral à adopter des mesures relatives aux produits pharmaceutiques, à la maladie, aux services hospitaliers et aux services médicaux et dentaires. Aujourd'hui,

les deux ordres de gouvernement interviennent, de façon concurrente, dans le domaine de la santé et souvent de concert avec les collectivités locales. L'Australie dispose d'un système universel de prestation maladie («Medicare») assurant aux résidents l'accès aux soins médicaux et aux médicaments pour un coût raisonnable ainsi qu'un accès gratuit aux soins hospitaliers. Les trois-quarts des établissements hospitaliers sont publics et leurs services sont complétés par un réseau de cliniques privées. C'est l'État fédéral, le seul à lever un impôt, qui assure l'essentiel du financement du système par le biais de l'impôt général et d'un prélèvement d'assurance-maladie lié au revenu⁹⁶.

B - Les États-Unis

38. Le système des soins de santé dans ce pays est relativement complexe. Il fait intervenir autant le secteur public, à savoir l'État fédéral, les États membres et les collectivités locales, que le secteur privé des assurances et des plans individuels. Les soins de santé sont dispensés au plan local au sein d'un système faiblement structuré. Le marché des services hospitaliers est libre. Il n'y a pas de planification de la santé à l'échelon fédéral même si plusieurs réformes ont été mises de l'avant dans le but de contrôler la croissance des coûts et d'améliorer l'accessibilité aux soins. Au niveau des États membres, l'action des autorités publiques paraît modeste et se limite souvent à contrôler les projets de création d'hôpitaux ou de centres de soins. Les hôpitaux sont généralement aux mains d'institutions privées à but non lucratif. La minorité appartient à des sociétés privées à but lucratif ou aux autorités publiques⁹⁷.
39. Les États-Unis ne disposent pas d'un régime général d'assurance-maladie. Le secteur public propose le régime «Medicare», qui est un régime d'assurance-maladie universel et national destiné aux personnes âgées et aux handicapés. Le gouvernement fédéral est le gestionnaire de ce régime applicable à environ 13 pour cent de la population. Le régime est financé à partir d'une formule qui associe un prélèvement salarial, des fonds fédéraux et des primes. Il propose aussi un autre régime appelé «Medicaid». C'est un programme d'assurance-maladie destiné à des catégories de personnes défavorisées et qui dessert environ 10 pour cent de la population. Ce programme est financé à la fois par le gouvernement fédéral et les États fédérés. La participation financière fédérale varie en fonction de la richesse d'un État fédéré (entre 50 et 83 pour cent du total). Ce sont les États fédérés qui sont les gestionnaires de «Medicaid». Mais cette gestion s'accomplit conformément aux directives fédérales concernant les catégories de bénéficiaires, les gammes de services couverts. Les autorités fédérales, les États fédérés et les collectivités locales subventionnent aussi des centres de soins ou des hôpitaux pour les plus démunis ou encore, remboursent les établissements qui leur fournissent des soins. Mais la très grande partie de la population a recours aux programmes proposés par le secteur privé⁹⁸.

C - La Belgique

40. État unitaire au moment de sa création en 1831, la Belgique est devenue un État fortement décentralisé depuis les dernières réformes constitutionnelles. Elle possède un régime fédéral qui regroupe, outre le gouvernement fédéral, trois communautés culturelles (française, flamande et germanophone) ainsi que trois régions (flamande, wallonne et celle de Bruxelles-Capitale). Les régions sont investies en vertu de la constitution de compétences surtout à caractère économique; elles interviennent aussi au niveau des politiques d'hygiène et de salubrité. Ce sont les communautés qui se sont vues attribuer une compétence exclusive dans les domaines de nature culturelle, dont l'enseignement, et aussi dans les «matières personnalisables». Celles-ci sont des matières étroitement liées à la vie de l'individu au sein de sa communauté⁹⁹.

41. Les «matières personnalisables» englobent les services hospitaliers et sociaux, lesquels sont organisés et gérés par les communautés. Ces dernières appliquent la politique de santé qui comprend les mesures de dispensation de soins, l'éducation sanitaire et les activités et services de médecine préventive. Les individus ont l'obligation d'adhérer à des mutuelles qui s'occupent de rembourser le coût des services. Mais le gouvernement fédéral joue un rôle très important dans le domaine grâce à son appui financier, à des interventions dans le secteur de la santé publique et surtout parce qu'il réglemente l'accès aux professions de la santé ainsi que leur exercice¹⁰⁰.

Conclusion

42. Au plan constitutionnel, la responsabilité principale en matière de service et de soins de santé constitue donc une affaire qui relève au premier chef de la compétence provinciale. Il en est ainsi en particulier parce que le régime public actuel emprunte le modèle de l'assurance, une matière de propriété et de droits civils dans les provinces et aussi, parce que très tôt la santé a été perçue comme étant une affaire de nature locale ou privée. La création et l'organisation des établissements hospitaliers et des centres de soins, l'éducation, les professions de la santé, la couverture des soins assurés, l'affectation et les répartitions des ressources financières et médicales ... voilà autant de secteurs d'intervention pour la province. Cela apparaît dans l'ordre des choses dans la mesure où une province, du fait de sa proximité avec la population, en connaît bien les besoins véritables et apparaît être l'ordre de gouvernement le plus apte à satisfaire ses besoins à ce niveau.
43. Mais la santé, compte tenu de la réalité qu'elle implique, comporte définitivement des aspects qui relèvent de l'autorité fédérale. Le gouvernement canadien intervient dans ce domaine au moyen de compétences spécifiques. Sa compétence en droit criminel et en particulier son pouvoir de dépenser lui permet de jouer un rôle important. Même si au plan judiciaire l'exercice du pouvoir fédéral de dépenser n'a pas été contesté, il n'en reste pas moins une source de tension. Par ailleurs, même si aucun droit d'accès aux soins de la santé ne découle de la *Charte canadienne*, il n'en reste pas moins qu'à l'heure actuelle, la population canadienne croit posséder ce droit. À notre avis, ce n'est pas parce que l'accès aux soins de santé constitue une valeur pour l'ensemble de la société canadienne qu'il devient pour autant une matière d'intérêt national permettant au gouvernement fédéral d'intervenir pour la paix, l'ordre et le bon gouvernement. Mais, il reste évident que les autorités fédérales, ne serait-ce qu'à cause de leurs engagements, ont un rôle important à jouer dans le domaine.
44. Le système public des soins de santé est en crise. Les décisions qui doivent être prises à cet égard relèvent davantage des politiques sociales des gouvernements ainsi que de leur situation financière. Les règles de droit permettent d'identifier qui peut faire quoi. Elles ne peuvent résoudre les difficultés qui accablent actuellement le système de soins de santé. Comme dans les autres fédérations, c'est à travers un processus de consultation et de négociation que les gouvernements fédéral et provinciaux sont appelés à prendre leurs décisions, plutôt qu'à travers l'unilatéralisme. N'est-ce pas là le véritable esprit du fédéralisme? C'est donc au moyen de l'action politique que doit se préciser tout développement quant au rôle joué par chaque niveau de gouvernement en la matière. Ultimement, le droit n'est que le reflet des accords qui surviennent dans ce domaine et toute proposition à cet égard dépasse le cadre strictement juridique de la présente étude.

Notes

1. Selon les termes de notre mandat.
2. *Loi constitutionnelle de 1867*, art. 91 et 92.
3. Voir le *Petit Robert*, dixième édition.
4. Voir le *Webster's Collegiate Dictionary* ou encore le *Concise Oxford Dictionary*.
5. [1982] 2 R.C.S. 112.
6. *Ibid.*, à la p. 142 (J. Estey).
7. Voir : *Un droit à la santé ? Réflexions en vue d'une réforme canadienne*, groupe de travail de l'Association du barreau canadien, 1994, p. 2-14; Swartz, D., *The Politics of Reform : Public Health Insurance in Canada*, (1993) 23 (2) Int. J. of Health Services, 219; Lajoie, A. et Molinari, P.A., *Le partage constitutionnel des compétences en matière de santé*, (1978) 56 Revue du barreau canadien, 579.
8. Art. 92(7).
9. Art. 91(11).
10. *Un droit à la santé ? Réflexions en vue d'une réforme canadienne*, supra, note 7, p. 3.
11. *Ibid.* Déjà en 1919, le Parti libéral fédéral incluait cet élément dans son programme politique. Voir aussi : Taylor, M.G., *Health Insurance and Canadian Public Policy*, 2 éd., (Kingston et Montréal : McGill-Queen's University Press, 1987).
12. *Ibid.* Il faut noter que certaines provinces, dont la Saskatchewan, sous l'impulsion de gouvernements néo-démocrates ont joué un rôle très actif pour l'implantation d'un système public de santé. L'assurance-hospitalisation fut introduite en Saskatchewan en 1947. La Colombie-Britannique fit de même en 1949.
13. S.C. 1957, c. 28.
14. Voir le *Rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964-65 (président : E. Hall).
15. S.C., 1966-67, c. 64.
16. Duperré, T., *La perspective fédérale/provinciale dans le système de santé et de services sociaux du Québec*, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec, août 1987, p. 2-3.
17. Voir la *Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et le financement des programmes établis*, L.C. 1977, c. 10. Cette législation sera ultérieurement modifiée au fur et à mesure de la diminution de la contribution financière fédérale.
18. L.R.C., c. C-6.

19. *Ibid.*, art. 7-12.
20. *Un droit à la santé? Réflexions en vue d'une réforme canadienne, supra*, note 7, à la p. 12.
21. Sur ce sujet, on pourra consulter : Brun, H. et Tremblay, G., *Droit constitutionnel*, 3e éd., (Montréal : Éd. Yvon Blais, 1997) p. 457-475 et Hogg, P.W., *Constitutional Law in Canada*, Student Edition (Toronto : Carswell, 2001), p. 387-399.
22. Quelques sujets, comme l'immigration et l'agriculture, ont été attribués aux deux ordres de gouvernement qui interviennent «concurrentement» dans ces domaines. Mais en cas de conflit entre une loi fédérale et une loi provinciale, la prépondérance est attribuée à la première. Voir l'article 95 de la *Loi constitutionnelle de 1867*.
23. Il faut noter que le législateur fédéral ou provincial est autorisé à déléguer l'exercice de compétences à un organisme subordonné à l'autre ordre de gouvernement. Cette forme de coopération est conforme à l'esprit du fédéralisme et a été jugée valide au plan constitutionnel par les tribunaux. Voir : *P.E.I. Potato Marketing Board c. H.B. Willis Inc.*, [1952] 2 R.C.S. 392; *Coughlin c. Ontario Highway Transport Board*, [1968] R.C.S. 569.
24. L'article 33 de la *Charte canadienne* prévoit un mécanisme de dérogation expresse aux libertés fondamentales (art. 2) ou encore aux garanties juridiques et aux droits à l'égalité (arts 7 à 15). Par ailleurs et en vertu de l'article 1, les droits et garanties énoncés dans la *Charte canadienne* ne peuvent être restreints que par une règle de droit, dans des limites qui soient raisonnables et dont la justification puisse se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique.
25. En incluant les territoires selon l'article 32 de la *Charte canadienne*. Voir l'arrêt *R. c. S.(S)*, [1990] 2 R.C.S. 254.
26. Brun, H. et Tremblay, G., *op. cit.*, *supra*, note 21, à la p. 886.
27. *Un droit à la santé? Réflexions en vue d'une réforme canadienne, supra*, note 7, p. 21-29.
28. (1997) 151 D.L.R. (4) 577.
29. Contrairement aux chartes provinciales sur les droits et libertés, la *Charte canadienne* n'est généralement pas applicable dans le domaine privé. Voir : *Douglas/Kwantlen Faculty Association c. Douglas College*, [1990] 3 R.C.S. 570.
30. L.C., 1988, c. 38. L'article 41 énonce : «Le gouvernement fédéral s'engage à favoriser l'épanouissement des minorités francophones et anglophones du Canada et à appuyer leur développement, ainsi qu'à promouvoir la pleine reconnaissance et l'usage du français et de l'anglais dans la société canadienne».
31. *Supra*, para. 7.
32. McKall, R.T., *Constitutional Jurisdiction Over Public Health*, (1975) 6 Manitoba Law Journal, 317, p. 317-318.
33. Lajoie, A. et Molinari, P.A., *op. cit.*, *supra*, note 7, p. 581-584.

34. *Rinfret c. Pope*, (1886) 12 Q.L.R. 303, à la p. 315. Voir aussi : *La municipalité du village de Saint-Louis du Mile-End c. Cité de Montréal*, (1886) 2 M.L.R. S.C. 218; *Re George Bowack*, (1892) 2 B.C.R. 216; *Canadian Pacific Navigation c. City of Vancouver*, (1892) 2 B.C.R. 193.
35. Beaudoin, G.A., *La constitution du Canada*, (Montréal : Wilson & Lafleur, 1990), p. 509-512; Hogg, P.W., *op. cit., supra*, note 21, p. 463-464; Gibson, D., *The Canadian Health Act and the Constitution*, (1996) 4 Health Law Journal, p. 1-5; Jackman, M., *The Constitutional Basis for Federal Regulation of Health*, (1977) 5 Health Law Journal, 3, à la p. 4; McKall, R.T., *op. cit., supra*, note 32, p. 320-323; Brun, H. et Tremblay, G., *op. cit., supra*, note 21, p. 547; et en général voir Lajoie, A. et Molinari, P.A., *op. cit., supra*, note 7.
36. *In re Shelly*, (1913) 4 W.W.R. 741.
37. *Fawcett c. A.G. of Ontario & A.G. of Canada* [1964] R.C.S. 625.
38. *Carruthers c. Therapeutic Abortion Committee*, (1983) 6 D.L.R. (4) 57.
39. *C.E. Jamieson and Co. c. P.G. Canada*, [1988] 1 C.F. 590; *Bell Canada c. Québec (C.S.S.T.)*, [1988] 1 R.C.S. 749. Voir aussi : *Alltrans Express Ltd. c. Worker's Compensation Board*, [1988] 1 R.C.S. 897; *C.N. c. Courtois*, [1988] 1 R.C.S. 868; *R. c. Hydro-Québec*, [1997] 3 R.C.S. 213.
40. Lajoie, A. et Molinari, P.A., *op. cit.*, note 7, p. 581 et 597; HOGG, P.W., *op. cit., supra*, note 21, p. 464.
41. L'article 91 *in fine* énonce : «Et aucune des matières énoncées dans les catégories de sujets énumérés dans le présent article ne sera réputée tomber dans la catégorie des matières d'une nature locale ou privée comprises dans l'énumération des catégories de sujets exclusivement assignées par la présente loi aux législatures des provinces».
42. *Supra*, note 5. Voir aussi : *Reference re : Intoxicated Persons Detention Act (Manitoba)*, (1981) 1 W.W.R. 333.
43. *In the Matter of a Reference as to Whether the Parliament of Canada Had Legislative Jurisdiction to Enact the Employment and Social Insurance Act*, [1936] R.C.S. 427; *A.G. Canada c. A.G. Ontario*, (1937) A.C. 355. En 1940, la Constitution sera amendée par l'ajout de l'article 91(2A) sur l'assurance-chômage. Voir la *Loi constitutionnelle de 1940*, 3-4 George VI, c. 81.
44. *Canadian Indemnity Co. c. P.G. Colombie-Britannique*, [1977] 2 R.C.S. 504.
45. Beaudoin, G.A., *op. cit., supra*, note 35, p. 510.
46. *Citizens Insurance Co. c. Parsons*, (1881) 7 A.C. 96.
47. *Reference : Validity of Section 5(A) of the Dairy Industry Act*, [1950] 4 D.L.R. 689. Voir aussi : *Labatt Breweries c. A.G. of Canada*, [1980] 1 R.C.S. 914.
48. En vertu du pouvoir fédéral sur la réglementation du trafic et du commerce, voir l'article 91(2) de la *Loi constitutionnelle de 1867*. Voir aussi : HOGG, P.W., *op. cit., supra*, note 21, p. 489-502.
49. *Ex Parte Fairbain*, (1877) 18 N.B.R. 4; *Metherwell c. The Medical Council of British Columbia*, (1892) 2 B.C.R. 186; *Stinson c. College of Physicians & Surgeons (Ont.)*, (1911) 22 O.L.R. 627;

- Hunt c. College of Physicians & Surgeons (Sask.)*, (1925) 3 W.W.R. 758; *R. c. Sirkis*, (1930) 2 W.W.R. 93; *Re Hayward*, (1934) O.R. 133; *Landers c. Dental Society (New Brunswick)*, (1957) 7 D.L.R. (2) 583 et en général : *Re Underwood McLellan Associated Ltd. & Ass. of Professional Engineers*, (1980) 103 D.L.R. (3) 268.
50. *Metherwell c. The Medical Council of British Columbia*, *supra*, note précédente.
 51. Lajoie, A. et Molinari, P.A., *op. cit.*, *supra*, note 7, p. 600.
 52. *Ex Parte Fairbain*, *supra*, note 49. L'article 92(9) confère à la province une compétence sur «les licences de boutiques, de cabarets, d'encanteurs et autres licences, dans le but de prélever un revenu pour des objets provinciaux, locaux ou municipaux».
 53. *Landers c. Dental Society (New Brunswick)*, *supra*, note 49. L'article 92(15) attribue à la province une compétence sur «l'infliction de punitions par voie d'amende, pénalité, ou emprisonnement, dans le but de faire exécuter toute loi de la province décrétée au sujet des matières tombant dans aucune des catégories de sujets énumérés dans le présent article».
 54. En cas de conflit, la législation provinciale doit cependant céder le pas devant une loi fédérale.
 55. Voir Beaudoin, G.A., *op. cit.*, *supra*, note 35, p. 510.
 56. Lajoie, A. et Molinari, P.A., *op. cit.*, *supra*, note 7, p. 586 et ss.
 57. *Un droit à la santé? Réflexions en vue d'une réforme canadienne*, *supra*, note 7.
 58. Voir *supra*, note 36. Voir aussi : HOGG, P.W., *op. cit.*, *supra*, note 21, p. 163-168.
 59. *Supra*, para. 17.
 60. *RJR-Macdonald Inc. c. Canada (P.G.)*, [1995] 3 R.C.S. 199; *Scowby c. Glendinning*, [1986] 2 R.C.S. 226; *A.G. for Ontario c. Hamilton Street Railway Co.*, (1930) A.C. 524.
 61. *RJR-Macdonald Inc. c. Canada (P.G.)*, *supra*, note précédente; *R. c. Zelensky*, [1978] 2 R.C.S. 940; *Proprietary Articles Trade Association c. A.G. of Canada*, (1931) A.C. 310.
 62. *R. c. Swain*, [1991] 1 R.C.S. 933; *Morgentaler c. R.*, [1976] 1 R.C.S. 616; *R. c. Furtney* [1991] 3 R.C.S. 89.
 63. *Goodyear Tire & Rubber Co. c. The Queen*, [1956] R.C.S. 303.
 64. *Reference: Validity of Section 5(A) of the Dairy Industry Act*, *supra*, note 47; *R. c. Vaillancourt*, [1987] 2 R.C.S. 636; *R. c. Morgentaler*, [1993] 3 R.C.S. 463.
 65. Brun, H. et Tremblay, G., *op. cit.*, *supra*, note 21, p. 503.
 66. *RJR - MacDonald Inc. c. Canada (P.G.)*, *supra*, note 60.
 67. *R. c. Wetmore*, [1983] 2 R.C.S. 284; *Standard Sausage Co. c. Lee*, (1934) 1 D.L.R. 706; *R. c. Perfection Creameries Ltd.*, (1939) 3 D.L.R. 185. Voir la *Loi sur les aliments et drogues*, maintenant L.R.C., 1985, c. F-27.

68. *Ex Parte Wakaboyaski*, [1928] 49 C.C.C. 392; *Belleau c. Minister of National Health and Welfare*, (1948) R.C.E. 288. Contra : *R. c. Hauser*, [1979] 1 R.C.S. 984 où on a maintenu la validité de la législation fédérale sur la base du pouvoir du Parlement de faire des lois pour la paix, l'ordre et le bon gouvernement. Maintenant voir la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, L.C., 1996, c. 19.
69. *Morgentaler c. R.*, *supra*, note 62; *R. c. Morgentaler*, [1988] 1 R.C.S. 30.
70. *R. c. Cossman's Furniture (1992) Ltd.*, (1976) 73 D.L.R. (3) 312.
71. *R. c. Wetmore*, [1983] 2 R.C.S. 284; *Standard Sausage Co. c. Lee*, *supra*, note 67; *Berryland Canning Co. c. La Reine*, [1974] C.F. 91.
72. *Labatt Breweries c. A.G. Canada*, *supra*, note 47.
73. *Reference: Validity of Section 5(A) of the Dairy Industry Act*, *supra*, note 47.
74. Brun, H. et Tremblay, G., *op. cit.*, *supra*, note 21, p. 443-444; Hogg, P.W., *op. cit.*, *supra*, note 21, p. 163-173. Par exemple, dans *Dunbar c. A.G. Saskatchewan*, (1984) 11 D.L.R. (4) 374, une autorisation législative provinciale permettant le versement d'une aide internationale de 1 million de dollars a été jugée valide.
75. Voir : Gibson, D., *op. cit.*, *supra*, note 35; Jackman, M., *op. cit.*, *supra*, note 35. Voir aussi en général : Lederman, W., *Some Forms and Limitations of Cooperative Federalism*, (1967) 45 *Revue du barreau canadien*, 409; Driedger, E., *The Spending Power*, (1981) 7 *Queen's Law Journal*, 124; Magnet, J.E., *The Constitutional Distribution of Taxation Powers in Canada*, (1978) 10 *Ottawa Law Review*, 473. Pour une opinion contraire, voir : Petter, A., *Federalism and the Myth of the Federal Spending Power*, (1989) 68 *Revue du barreau canadien*, 448.
76. *Mercer c. A.G. for Canada*, (1971) 3 W.W.R. 375; *Central Mortgage & Housing Corp. c. Cooperative College Residence Inc.*, (1977) 71 D.L.R. (3) 183; *YMHA Jewish Community Centre c. Brown*, [1989] 1 R.C.S. 1532; *Finlay c. Canada*, [1986] 2 R.C.S. 607; *Re Canada Assistance Plan*, [1991] 2 R.C.S. 525.
77. *Supra*, note 18 et para. 9.
78. Dans *Re Canada Assistance Plan*, *supra*, note 76, la Colombie-Britannique contestait la réduction des fonds fédéraux vers les provinces les plus riches dans les domaines de l'assistance publique et des politiques sociales.
79. (1988) 53 D.L.R. (4) 413.
80. Hogg, P.W., *op. cit.*, *supra*, note 21, p. 166. Voir aussi Scott, F.R., *The Constitutional Background of Taxation Agreements* in "Essays on the Constitution", (Toronto : University of Toronto Press, 1977), à la p. 297 où il dit : "Generosity in Canada is not unconstitutional, making a gift is not the same as making a law".
81. Brun, H. et Tremblay, G., *op. cit.*, *supra*, note 21, p. 552-567; Hogg, P.W., *op. cit.*, *supra*, note 21, p. 421 et ss.

82. Pour une explication de ce pouvoir et de son exercice, voir : *Reference Re Anti Inflation Act*, [1976] 2 R.C.S. 373.
83. [1988] 1 R.C.S. 401. Il s'agissait de savoir si le Parlement canadien peut réglementer l'immersion dans les eaux provinciales de déchets dont il n'avait pas été prouvé qu'ils avaient un effet polluant dans les eaux extraprovinciales.
84. *Ibid.*, p. 431-432. (J. Le Dain).
85. *Supra*, note 43.
86. L'assurance-chômage a été jugée comme étant d'abord une matière contractuelle relevant de l'autorité provinciale en matière de propriété et de droits civils.
87. *Supra*, para. 18.
88. *Supra*, para. 6.
89. Gibson, D., *op. cit.*, *supra*, note 35, p. 19-24; Jackman, M., *op. cit.*, *supra*, note 35, p. 8-11. Voir aussi : *Un droit à la santé ? : Réflexions en vue d'une réforme canadienne*, *supra*, note 7, p. 18-20. Contra : Lajoie, A. et Molinari, P.A., *op. cit.*, *supra*, note 7, p. 600-601.
90. *Bell Canada c. Québec (C.S.S.T.)*, *supra*, note 39.
91. Beaudoin, G.A., *op. cit.*, *supra*, note 35, p. 510.
92. *R. c. Swimmer*, (1971) 1 W.W.R. 756.
93. Affaires Indiennes et du Nord Canadien, «Les Affaires indiennes au Canada et aux États-Unis», le 1er mai 2001, http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/info/info122_f.html.
94. Gray, G., *Federalism and Health Policy, the Development of Health Systems in Canada and Australia*, (Toronto : University of Toronto Press, 1991), p. 26-49 pour l'historique.
95. *Ibid.*, p. 50-52.
96. Organisation de coopération et de développement économiques, *La réforme des systèmes de santé, étude de dix-sept pays de l'OCDE*, 1994, c. 6, p. 59-61.
97. *Ibid.*, c. 22, p. 343-347.
98. *Ibid.*
99. *Québec-Communauté française de Belgique : autonomie et spécificité dans le cadre d'un système fédéral* (sous la direction de P. PATENAUDE) (Université de Sherbrooke : Wilson & Lafleur, 1991), p. 21-39.
100. *Ibid.*

Jurisprudence

- A.G. Canada c. A.G. Ontario*, (1937) A.C. 355.
A.G. for Ontario c. Hamilton Street Railway Co., (1930) A.C. 524.
Alltrans Express Ltd. c. Worker's Compensation Board, [1988] 1 R.C.S. 897.
Bell Canada c. Québec (C.S.S.T.), [1988] 1 R.C.S. 749.
Belleau c. Minister of National Health and Welfare, (1948) R.C.E. 288.
Berryland Canning Co. c. La Reine, [1974] C.F. 91.
Canadian Indemnity Co. c. P.G. Colombie-Britannique, [1977] 2 R.C.S. 504.
Canadian Pacific Navigation c. City of Vancouver, (1892) 2 B.C.R. 193.
Carruthers c. Therapeutic Abortion Committee, (1983) 6 D.L.R. (4) 57.
C.E. Jamieson and Co. c. P.G. Canada, [1988] 1 C.F. 590.
Central Mortgage & Housing Corp. c. Cooperative College Residence Inc., (1977) 71 D.L.R. (3) 183.
Citizens Insurance Co. c. Parsons, (1881) 7 A.C. 96.
C.N. c. Courtois, [1988] 1 R.C.S. 868.
Coughlin c. Ontario Highway Transport Board, [1968] R.C.S. 569.
Douglas/Kwantlen Faculty Association c. Douglas College, [1990] 3 R.C.S. 570.
Dunbar c. A.G. Saskatchewan, (1984) 11 D.L.R. (4) 374.
Eldridge c. British Columbia (A.G.), (1997) 151 D.L.R. (4) 577.
Ex Parte Fairbain, (1877) 18 N.B.R. 4.
Ex Parte Wakaboyaski, [1928] 49 C.C.C. 392.
Fawcett c. A.G. of Ontario & A.G. of Canada [1964] R.C.S. 625.
Finlay c. Canada, [1986] 2 R.C.S. 607.
Goodyear Tire & Rubber Co. c. The Queen, [1956] R.C.S. 303.
Hunt c. College of Physicians & Surgeons (Sask.), (1925) 3 W.W.R. 758.
In re Shelly, (1913) 4 W.W.R. 741.
Labatt Breweries c. A.G. of Canada, [1980] 1 R.C.S. 914.
Landers c. Dental Society (New Brunswick), (1957) 7 D.L.R. (2) 583.
Mercer c. A.G. for Canada, (1971) 3 W.W.R. 375.
Metherwell c. The Medical Council of British Columbia, (1892) 2 B.C.R. 186.
Morgentaler c. R., [1976] 1 R.C.S. 616.
La municipalité du village de Saint-Louis du Mile-End c. Cité de Montréal, (1886) 2 M.L.R. S.C. 218.
P.E.I. Potato Marketing Board c. H.B. Willis Inc., [1952] 2 R.C.S. 392.
Proprietary Articles Trade Association c. A.G. of Canada, (1931) A.C. 310.
R. c. Cossman's Furniture (1992) Ltd., (1976) 73 D.L.R. (3) 312.
R. c. Crown Zellerbach Canada Ltd., [1988] 1 R.C.S. 401.
R. c. Furtney [1991] 3 R.C.S. 89.
R. c. Hauser, [1979] 1 R.C.S. 984.
R. c. Hydro-Québec, [1997] 3 R.C.S. 213.
R. c. Morgentaler, [1988] 1 R.C.S. 30.
R. c. Morgentaler, [1993] 3 R.C.S. 463.
R. c. Perfection Creameries Ltd., (1939) 3 D.L.R. 185.
R. c. Sirkis, (1930) 2 W.W.R. 93.
R. c. Swain, [1991] 1 R.C.S. 933.
R. c. Swimmer, (1971) 1 W.W.R. 756.
R. c. Vaillancourt, [1987] 2 R.C.S. 636.
R. c. Wetmore, [1983] 2 R.C.S. 284.
R. c. Zelensky, [1978] 2 R.C.S. 940.
Re Canada Assistance Plan, [1991] 2 R.C.S. 525.
Re George Bowack, (1892) 2 B.C.R. 216.

Re Hayward, (1934) O.R. 133.

Re Underwood McLellan Associated Ltd. & Ass. of Professional Engineers, (1980) 103 D.L.R. (3) 268.

Reference Re Anti Inflation Act, [1976] 2 R.C.S. 373.

Reference re : Intoxicated Persons Detention Act (Manitoba), (1981) 1 W.W.R. 333.

Reference : Validity of Section 5(A) of the Dairy Industry Act, [1950] 4 D.L.R. 689.

Rinfret c. Pope, (1886) 12 Q.L.R. 303, à la p. 315.

Schneider c. La Reine, [1982] 2 R.C.S. 112.

Scowby c. Glendinning, [1986] 2 R.C.S. 226.

Standard Sausage Co. c. Lee, (1934) 1 D.L.R. 706.

Stinson c. College of Physicians & Surgeons (Ont.), (1911) 22 O.L.R. 627.

Winterhaven Stables Ltd. c. A.G. Canada, (1988) 53 D.L.R. (4) 413.

YMHA Jewish Community Centre c. Brown, [1989] 1 R.C.S. 1532.

Bibliographie

1) Doctrine

- Beaudoin, G.A., *La constitution du Canada*, (Montréal : Wilson & Lafleur, 1990).
- Brun, H. et Tremblay, G., *Droit constitutionnel*, 3e éd., (Montréal : Éd. Yvon Blais, 1997).
- Driedger, E., *The Spending Power*, (1981) 7 Queen's Law Journal, 124.
- Dupéré, T., *La perspective fédérale/provinciale dans le système de santé et de services sociaux du Québec*, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec, août 1987.
- Gibson, D., *The Canadian Health Act and the Constitution*, (1996) 4 Health Law Journal.
- Gray, G., *Federalism and Health Policy, the Development of Health Systems in Canada and Australia*, (Toronto : University of Toronto Press, 1991).
- Hogg, P.W., *Constitutional Law in Canada*, Student Edition (Toronto : Carswell, 2001).
- Jackman, M., *The Constitutional Basis for Federal Regulation of Health*, (1977) 5 Health Law Journal.
- Lajoie A. et Molinari, P.A., *Le partage constitutionnel des compétences en matière de santé*, (1978) 56 Revue du barreau canadien, 579.
- Lederman, W., *Some Forms and Limitations of Cooperative Federalism*, (1967) 45 Revue du barreau canadien, 409.
- McKall, R.T., *Constitutional Jurisdiction Over Public Health*, (1975) 6 Manitoba Law Journal.
- Magnet, J.E., *The Constitutional Distribution of Taxation Powers in Canada*, (1978) 10 Ottawa Law Review, 473.
- Petter, A., *Federalism and the Myth of the Federal Spending Power*, (1989) 68 Revue du barreau canadien, 448.
- Scott, F.R., *The Constitutional Background of Taxation Agreements* in "Essays on the Constitution," (Toronto : University of Toronto Press, 1977), à la p. 297.
- Swartz, D., *The Politics of Reform : Public Health Insurance in Canada*, (1993) 23 (2) Int. J. of Health Services.
- Taylor, M.G., *Health Insurance and Canadian Public Policy*, 2 éd., (Kingston et Montréal : McGill-Queen's University Press, 1987).

2) Rapports

Un droit à la santé ? Réflexions en vue d'une réforme canadienne, groupe de travail de l'Association du barreau canadien, 1994.

Organisation de coopération et de développement économiques, *La réforme des systèmes de santé, étude de dix-sept pays de l'OCDE*, 1994, c. 6, p. 59-61.

Québec-Communauté française de Belgique : autonomie et spécificité dans le cadre d'un système fédéral (sous la direction de P. Patenaude) (Université de Sherbrooke : Wilson & Lafleur, 1991), p. 21-39.