

CANADA
PROVINCE DE QUÉBEC
DISTRICT DE MONTRÉAL
N° 500-06-000695-144

(Actions collectives)
COUR SUPÉRIEURE

PHILIPPE LÉVEILLÉ

demandeur

c.

LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC

défendeur

et

**LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES DU QUÉBEC**, domiciliée au
3000-2 Tour Est du Complexe Desjardins,
C.P. 216, succ. Desjardins, dans la ville de
Montréal, district de Montréal, province de
Québec, H5B 1G8

et

**LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC**, domiciliée
au 3500 boulevard de Maisonneuve Ouest,
bureau 2000, dans la ville de Westmount,
district de Montréal, province de Québec,
H3Z 3C1

et

**L'ASSOCIATION DES OPTOMÉTRISTES
DU QUÉBEC**, domiciliée au 1255, boulevard
Robert-Bourassa, bureau 1400, dans la ville
de Montréal, district de Montréal, province de
Québec, H3B 3X1

intimées

**DEMANDE POUR PERMISSION DE MODIFIER LA DEMANDE INTRODUCTIVE
D'INSTANCE ET POUR AUTORISER L'ACTION COLLECTIVE CONTRE DE
NOUVELLES DÉFENDERESSES**

**À L'HONORABLE LUKASZ GRANOSIK J.C.S., LE DEMANDEUR EXPOSE
RESPECTUEUSEMENT CE QUI SUIT :**

1. Le 18 août 2017, le Tribunal a autorisé monsieur Philippe Léveillé à agir comme représentant afin d'exercer une action collective contre le ministère de la Santé et des services sociaux (« **MSSS** »), la Régie de l'assurance-maladie du Québec (« **RAMQ** ») et plusieurs médecins, optométristes et cliniques privées (« **Professionnels** ») pour le compte du groupe suivant :

Toutes les personnes qui ont déboursé une somme d'argent suite à une facturation, au-delà du prix coûtant, pour des frais de médicaments ou d'agents anesthésiques accessoires à un service assuré prodigué par un médecin, un optométriste ou une clinique privée qui a été rémunéré par la Régie de l'assurance maladie du Québec, entre le 15 mai 2011 et le 26 janvier 2017.

2. Le 23 avril 2021, la Cour d'appel a accueilli une demande en exception déclinatoire *ratione materiae* de la RAMQ, rejetant cependant la demande au même effet du Procureur général du Québec et des Professionnels¹.
3. Le 30 mai 2023, le Tribunal a approuvé une entente de règlement à l'amiable entre le demandeur et les Professionnels et a autorisé le demandeur à se désister de son action contre ceux-ci.
4. Par la présente, le demandeur demande la permission de modifier la Demande introductive d'instance afin de retirer les Professionnels conformément au jugement du 30 mai 2023 et d'autoriser l'exercice de l'action collective à l'encontre de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (« **FMSQ** »), la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (« **FMOQ** ») et l'Association des optométristes du Québec (« **AOQ** ») (collectivement les « **Fédérations** ») conformément à Demande introductive d'instance modifiée jointe à la présente, **pièce P-1**.

I. L'autorisation d'exercer une action collective à l'encontre des Fédérations

5. Dans la décision autorisant l'exercice de la présente action collective, l'Honorable juge Yergeau résume le syllogisme juridique comme suit :

¹ Procureur général du Québec c. Léveillé, 2021 QCCA 653.

[37] Le demandeur aligne une série de faits au soutien d'un raisonnement déductif^[38] qui se décline ainsi :

- a) le régime public d'assurance maladie a pour pierre d'angle que les services de santé assurés sont dispensés sans frais pour les personnes assurées;
- b) la facturation aux personnes assurées des médicaments et agents anesthésiques allant au-delà du prix coûtant équivaut en réalité à exiger d'elles qu'elles paient aux médecins et optométristes une rémunération supplémentaire par rapport à ce qui est prévu aux ententes tarifaires pour un acte assuré, allant ainsi à l'encontre du principe cardinal de la gratuité;
- c) cette pratique constitue une surfacturation des services assurés, est contraire à l'économie comme à la lettre de la LAM et est donc de ce fait illégale.

[38] Il en résulte selon le demandeur que les personnes assurées ainsi facturées ont le droit de recouvrer des cliniques, médecins et optométristes^[39] soumis à l'application d'une entente tarifaire le montant des services assurés facturés illégalement et les dommages qu'elles ont subis;

[39] De plus, les membres du groupe ont-ils le droit de faire de même du MSSS et de la RAMQ pour avoir commis une faute civile en tolérant pendant des années une telle pratique contraire à la loi alors que les autorités publiques en étaient pleinement informées.

[40] Au soutien de ces propositions, le demandeur, comme on l'a vu, produit une preuve documentaire abondante à l'appui de plus de 400 paragraphes d'allégations de droit et de fait. Il puise à diverses sources, les unes sans doute plus fiables que d'autres, mais au total de nature à appuyer les éléments de son raisonnement déductif : frais facturés par les défendeurs à des personnes assurées dans le cadre d'un soin assuré, recours à la carte d'assurance maladie de ces dernières, preuves de paiement par celles-ci à titre de personnes assurées, DIN des médicaments et agents anesthésiques administrés, prix coûtant des médicaments et agents anesthésiques, contenu des ententes, identification de la pratique de surfacturation comme moyen de financement de cabinets et cliniques privées, connaissance et tolérance de cette pratique par les pouvoirs publics comme par les fédérations de médecins et optométristes.

6. Sur la base de ce syllogisme, l'Honorable juge Yergeau conclut que chacun des critères de l'article 575 C.p.c. est satisfait et autorise le demandeur à exercer l'action collective contre le MSSS, la RAMQ et les Professionnels, tout en référant à plusieurs reprises au rôle des Fédérations, particulièrement dans la négociation d'ententes avec le MSSS et la connaissance et la tolérance de la pratique de surfacturation comme moyen de financement des Professionnels².
7. Parallèlement à la présente action, une demande pour autorisation d'exercer une action collective est également déposée contre le MSSS, la RAMQ et les Fédérations dans le dossier *Raunet c. Procureur général du Québec et al* (C.S.M. :

² *Léveillé c. Procureure générale du Québec*, 2017 QCCS 3762, par. 18, 20, 22, 30, 40 et 85 (appel rejeté *Groupe Vision New Look inc. c. Léveillé*, 2018 QCCA 819).

500-06-000793-162). Essentiellement, l'action *Raunet* vise également des frais accessoires illégalement perçus dans le cadre de services assurés, mais l'illégalité provient de la facturation de frais qui n'est pas permise, car non prévue à une entente, alors que la présente action vise la facturation de fournitures qui est permise, car prévue dans une entente, mais qui excède largement le prix coûtant.

8. À la suite d'une audience commune dans les dossiers *Léveillé* et *Raunet*, la Cour d'appel a confirmé la compétence de la Cour supérieure pour entendre ces recours, mais a accueilli l'appel de la RAMQ dans le présent dossier³.
9. À l'égard du MSSS et de la RAMQ, la Cour d'appel conclut que les allégations dans ces deux dossiers sont de la même nature, soit « que les principaux acteurs gouvernementaux ont systématiquement esquivé leurs responsabilités en omettant de faire respecter les lois et les engagements portant sur la gratuité des services de santé assurés, permettant ainsi aux cliniques et professionnels de la santé d'ériger un système illégal de surfacturation des frais accessoires à ces services. »⁴
10. À l'égard des Fédérations, la Cour d'appel conclut que l'action *Raunet* « vise à tenir les Fédérations redevables pour leur participation active à des pratiques qui seraient contraires à la *Loi sur l'assurance maladie* et pour avoir sciemment encouragé de telles pratiques illégales. »⁵
11. Le 7 décembre 2022, l'Honorable juge Lacoste a autorisé l'action collective *Raunet* et, signe des liens étroits avec la présente affaire, la description du groupe autorisé exclut expressément les frais accessoires visés par la présente action :

Toutes les personnes qui ont déboursé une somme d'argent en paiement de frais accessoires liés à un service assuré et reçu d'un médecin ou d'un optométriste, entre le 2 juin 2013 et le 26 janvier 2017.

Tels frais accessoires excluent ceux payés, au-delà du prix coûtant, pour des frais de médicaments ou d'agents anesthésiques, étant compris que les personnes les ayant payés forment un groupe distinct dans l'action collective *Philippe Léveillé c. Procureur général du Québec*, Cour supérieure du Québec, district de Montréal, n° 500-06-000695-144.⁶

12. L'Honorable juge Lacoste conclut que les fautes du MSSS, de la RAMQ et des Fédérations sont liées, mais présentent indépendamment des chances de succès, soit l'incitation des Fédérations à leurs membres de facturer des frais accessoires illégaux, et la tolérance par le MSSS et la RAMQ de cette facturation illégale⁷.

³ *Fédération des médecins spécialistes du Québec c. Raunet*, 2021 QCCA 654 et *Procureur général du Québec c. Léveillé*, 2021 QCCA 653.

⁴ *Fédération des médecins spécialistes du Québec c. Raunet*, 2021 QCCA 654, par. 34.

⁵ *Fédération des médecins spécialistes du Québec c. Raunet*, 2021 QCCA 654, par. 37.

⁶ *Raunet c. Procureur général du Québec*, 2022 QCCS 4563, par. 89 (permission d'appeler refusée *Association des optométristes du Québec c. Raunet*, 2023 QCCA 490).

⁷ *Raunet c. Procureur général du Québec*, 2022 QCCS 4563, par. 11, 29 à 32 (permission d'appeler refusée *Association des optométristes du Québec c. Raunet*, 2023 QCCA 490).

13. Le 13 avril 2023, l'Honorable juge Geneviève Marcotte rejette les demandes de permission d'appeler des défenderesses dans le dossier *Raunet*⁸.

A. Les allégations révèlent une apparence de droit à l'encontre des Fédérations (art. 575 (2) C.p.c.)

14. Les allégations de la demande introductive d'instance modifiée, pièce **P-1**, démontrent une cause d'action défendable à l'encontre des Fédérations.

15. Les allégations spécifiques aux Fédérations révèlent dans leur essence que :

- a. Les Fédérations sont des syndicats professionnels qui représentent les intérêts économiques de leurs membres (par. 91.2 DII modifiée, pièce P-1).
- b. En vertu de l'art. 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* (« **LAM** »), elles ont négocié les ententes sur la rémunération de leurs membres avec le MSSS lors de la période visée par l'action collective, ententes qui sont étroitement liées à la facturation des frais accessoires (par. 92.5 DII modifiée, pièce P-1).
- c. Or, les membres du groupe ont fait les frais des négociations sur la rémunération entre les Fédérations et le MSSS (par. 0.6 DII modifiée, pièce P-1).
- d. Les Fédérations ont ouvertement et agressivement affirmé que les frais facturés aux patients étaient liés à un sous-financement chronique des professionnels pratiquant en cliniques (par. 0.7 DII modifiée, pièce P-1).
- e. La relation entre les frais illégaux et un sous-financement allégué au niveau de la rémunération a été constatée par plusieurs intervenants importants, tels que le Collège des médecins, le Protecteur du citoyen et le Vérificateur général du Québec (par. 0.8 DII modifiée, pièce P-1).
- f. Les Fédérations, en encourageant leurs membres à facturer ces frais illégaux, notamment par la publication de grilles tarifaires à leur attention, ont incité les professionnels de la santé à violer la LAM, engageant par le fait même leur responsabilité (par. 0.10 et 92.1 et suivant, DII modifiée, pièce P-1).
- g. L'interprétation à la lumière les uns des autres des articles 3, 19, 22 et 23 LAM, et de l'exception de la compensation pour les frais de médicaments et d'agents anesthésiques prévue à l'entente, ne peut que mener à conclure à l'interdiction formelle faite aux Professionnels de transformer la compensation à laquelle ils ont droit pour couvrir le coût des médicaments et agents anesthésiques en une source de profit ou en une rémunération supplémentaire à celle négociée par les Fédérations que lui verse la RAMQ

⁸ *Association des optométristes du Québec c. Raunet*, 2023 QCCA 490.

pour l'acte médical accessoirement auquel ils ont été administrés (par. 62 DII modifiée, pièce P-1).

16. Ces allégations démontrent que la faute reprochée aux Fédérations est directement liée à la cause d'action autorisée par l'Honorable juge Yergeau, soit la surfacturation des services assurés érigée en système impliquant plusieurs acteurs.
17. De plus, elles sont de même nature que les allégations de la demande pour autorisation d'exercer une action collective dans le dossier *Raunet*, **pièce P-2**, quoique bonifiées, et sont similaires aux allégations de la demande introductive d'instance déposée dans le dossier *Raunet* à la suite de l'autorisation du recours, **pièce P-3**.
18. Pour ces motifs, la cause d'action à l'égard des Fédérations est à tout le moins défendable et devrait être autorisée, à l'instar du dossier *Raunet*.

B. Les questions sont communes (art. 575 (1) C.p.c.)

19. L'ajout des Fédérations comme parties défenderesses ne change pas les principales questions communes autorisées en l'instance (par. 4 DII modifiée, pièce P-1) et ne remettent pas en question les motifs ayant mené à l'autorisation de la présente action collective.
20. La seule modification requise par l'ajout des Fédérations est celle de leur responsabilité pour avoir incité leurs membres à facturer des frais illégaux.
21. Or, la question de la responsabilité des Fédérations est commune à l'ensemble des membres du groupe, comme le conclut l'Honorable juge Marcotte en rejetant la demande de permission d'appeler du jugement autorisant l'exercice de l'action collective dans le dossier *Raunet*⁹.
22. Pour ces motifs, les questions sont communes à l'égard des Fédérations en ce qu'elles permettront de faire progresser le débat pour l'ensemble du groupe de manière non négligeable, ce qui satisfait au critère de l'article 575 (1) C.p.c.

C. La composition du groupe rend difficile ou peu pratique l'application des règles sur le mandat d'ester en justice pour le compte d'autrui ou sur la jonction d'instance (art. 575 (3) C.p.c.)

23. Compte tenu de la pratique généralisée de la surfacturation au Québec depuis de nombreuses années, la taille du groupe est considérable (par. 73 DII modifiée).

⁹ *Association des optométristes du Québec c. Raunet*, 2023 QCCA 490, par. 10.

24. L'ajout des Fédérations comme parties défenderesses ne modifie pas la description du groupe et, par le fait même, les motifs de l'Honorable juge Yergeau à cet égard s'appliquent intégralement.

25. Pour ce motif, le critère de l'article 575 (3) C.p.c. est satisfait.

D. M. Léveillé est un représentant adéquat (art. 575 (4) C.p.c.)

26. L'ajout des Fédérations comme parties défenderesses n'a aucun impact sur le statut de représentant accordé à M. Léveillé. Ce critère est satisfait.

POUR CES MOTIFS, PLAISE AU TRIBUNAL :

ACCUEILLIR la présente demande.

AUTORISER l'action collective contre la Fédération des médecins spécialistes du Québec, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et l'Association des optométristes du Québec.

MODIFIER les questions communes de l'action collective comme suit :

Des personnes assurées, au sens de la *Loi sur l'assurance maladie*, ont-elles dû payer aux médecins, optométristes et cliniques privées originellement appelés comme défendeurs des frais accessoires à des services assurés au sens de l'article 3 LAM sous forme de médicaments et agents anesthésiques facturés au-delà du prix coûtant?

Quelle est l'interprétation à donner aux membres de phrases suivantes : « compensation pour le coût des médicaments et des agents anesthésiques utilisés » dans le *Manuel des médecins omnipraticiens*; « compensation pour certains frais de pratique que détermine ce tarif. Ces frais comprennent les médicaments et les agents anesthésiques » dans le *Manuel des médecins spécialistes* et « compensation pour le coût des médicaments et des agents anesthésiques utilisés en rapport avec la dispensation d'un service assuré » dans le *Manuel des optométristes*?

Ces membres de phrases autorisent-ils les médecins, optométristes et cliniques privées à facturer aux personnes assurées des frais accessoires qui ne correspondent pas au coût des médicaments et agents anesthésiques accessoires à des services assurés, tout en indiquant que la facture couvre ces médicaments et agents anesthésiques?

Cette facturation représente-t-elle une rémunération supplémentaire à la rémunération de base versée par la Régie de l'assurance maladie du Québec pour un acte assuré?

Dans l'affirmative, s'agit-il d'une forme de facturation prohibée par la *Loi sur l'assurance maladie*?

Dans ce cadre, le ministre de la Santé et des Services sociaux et les Fédérations ont-ils commis une faute civile les exposant à devoir payer solidairement un montant équivalant à tous les frais illégalement facturés aux membres du groupe, plus l'intérêt légal et l'indemnité additionnelle prévue à l'article 1619 C.c.Q.?

MODIFIER les conclusions de l'action collective comme suit :

ACCUEILLIR l'action collective contre les défendeurs;

CONDAMNER le MSSS et les Fédérations à verser solidairement à chacun des membres du groupe une somme équivalant au montant illégalement facturé par un médecin, optométriste ou clinique privée de même que l'intérêt légal et l'indemnité additionnelle prévue à l'article 1619 C.c.Q. et **ORDONNER** le recouvrement collectif de ces sommes;

ORDONNER aux défendeurs, en fonction de leur responsabilité, de déposer au greffe de cette Cour la totalité des sommes faisant l'objet d'une ordonnance de recouvrement collectif, ainsi que les intérêts et l'indemnité additionnelle;

PRENDRE toute autre mesure que le Tribunal estime nécessaire pour sauvegarder les droits des parties;

LE TOUT avec dépens y compris les frais d'experts et d'avis.

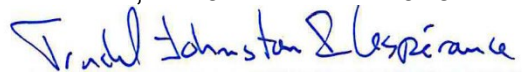
AUTORISER la modification de la demande introductive d'instance selon la *Demande introductive d'instance modifiée*, pièce **P-1**.

PERMETTRE la production de la demande introductive d'instance modifiée conforme à la pièce **P-1**.

ORDONNER aux parties de soumettre au Tribunal un projet d'avis aux membres et un plan de diffusion dans les trente (30) jours du présent jugement.

LE TOUT avec frais, y compris les frais d'avis.

Montréal, le 19 décembre 2023



TRUDEL JOHNSTON & LESPÉRANCE

Avocats du demandeur



HADEKEL SHAMS S.E.N.C.R.L.

Avocats du demandeur



GRENIER VERBAUWHEDE AVOCATS INC.

Avocats du demandeur

DÉCLARATION SOUS SERMENT

Je, soussigné, **MATHIEU CHAREST-BEAUDRY**, avocat exerçant ma profession au sein du cabinet d'avocats **TRUDEL JOHNSTON & LESPERANCE S.E.N.C.**, situé au 750, Côte de la Place d'Armes, bureau 90, en les cité et district de Montréal, déclare solennellement ce qui suit :

1. Je suis l'un des avocats du demandeur dans cette cause;
2. Tous les faits allégués dans la présente demande sont vrais.

ET J'AI SIGNÉ :

Mathieu Charest-Beaudry
Avocat du demandeur

Serment reçu par moi par un moyen technologique,
à Montréal, ce 19 décembre 2021



Commissaire à l'assermentation
pour le Québec

AVIS D'ASSIGNATION
(Articles 145 et suivants C.p.c.)

Dépôt d'une demande en justice

Prenez avis que la partie demanderesse a déposé au greffe de la Cour Supérieure du district judiciaire de Montréal la présente *Demande pour permission de modifier la demande introductive d'instance et pour autoriser l'action collective contre de nouvelles défenderesses* et le projet de la *Demande introductive en action collective amendée en date du 19 décembre 2023*.

Pièces au soutien de la demande

Au soutien de sa *Demande introductive en action collective amendée en date du 19 décembre 2023*, la partie demanderesse invoque les pièces suivantes :

1	Manuel des omnipraticiens de décembre 2015
2	Manuel des spécialistes de janvier 2016
3	Manuel des optométristes d'avril 2014
4	Lettre de monsieur Pierre Roy du 29 janvier 2007
5	En liasse, étude des crédits 2012-2013 et 2015-2016
6	« InfoNégo » de la FMSQ du 31 janvier 2017
7	Réponse de la RAMQ du 19 mars 2014 suite à une demande d'accès de la part du demandeur
8	En liasse, règlements intérieurs de la RAMQ
9	En liasse, grilles tarifaires de la FMSQ, de la FMOQ, de la AMOM et de l'Association des dermatologues
10	Liste de médicaments de la RAMQ de décembre 2016
11	Lettre du pharmacien Laurent Tétreault du 9 mai 2014
12	« Products and Pricing on the Alberta Blue Cross Drug Price List (ABCDPL) Effective May 15, 2014 »
13	En liasse, factures du Centre oculaire de Québec et fiches historiques de la RAMQ, sous scellés
14	Extrait du manuel des spécialistes de septembre 2013
15	(...)
16	En liasse, factures du Centre oculaire de Québec, sous scellés
17	En liasse, facture de RRX médical et fiche historique de la RAMQ, sous scellés
18	Extrait du site web Pharmacompass

19	Fiche historique de la RAMQ, sous scellés
20	Extrait du manuel des spécialistes d'avril 2014
21	Extrait du site web Dufort Lavigne
22	Émission de TVA du 18 juin 2015
23	Liste des professionnels de la santé non participants ou désengagés au régime de l'assurance maladie du Québec avec adresse de pratique au Québec en date du 7 décembre 2017
24	(...)
25	Liste des médicaments des établissements du 15 décembre 2017
26	Transcription de l'émission « Maisonneuve à l'écoute » du 20 mai 2011 (Entrevue par Pierre Maisonneuve de Marc Lortie, porte-parole de la RAMQ)
27	Transcription d'une entrevue de Pierre Maisonneuve avec Marc Lortie du 24 novembre 2011
28	En liasse, documents d'assureurs et facture de clinique, sous scellés
29	Demande de la RAMQ à la Commission d'accès à l'information du 18 juin 2015 en réponse à une demande d'accès à l'information du demandeur
30	Dossiers communiqués par la RAMQ au demandeur le 5 octobre 2015 suite à sa demande d'accès à l'information
31	Rapport d'enquête de la RAMQ concernant la Clinique médicale Châteauguay du 20 décembre 2007
32	Rapport d'enquête de la RAMQ concernant Plexo Médiclub du 17 janvier 2013
33	Rapport d'enquête de la RAMQ concernant la Clinique médicale Bois-Franc du 31 août 2007
34	Rapport d'enquête de la RAMQ concernant la Clinique Rockland du 16 février 2012
35	Rapport d'enquête de la RAMQ concernant la Clinique chirurgicale de Laval du 22 mars 2012
36	Rapport d'enquête de la RAMQ concernant la Clinique médicale Élite du 23 septembre 2008
37	Rapport d'enquête de la RAMQ concernant le Service de concierge pédiatrique Medisys 123 du 28 février 2013
38	Association pour l'accès à l'avortement c. Québec (Procureur général), 2006 QCCS 4694
39	Document du gouvernement intitulé « Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité - Document de consultation » de février 2006

40	Rapport du Comité de travail sur les frais accessoires du 1 octobre 2007
41	En liasse, réponses du MSSS (9 novembre 2017) et de la RAMQ (5 décembre 2017) à une demande d'accès à l'information du demandeur
42	Rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé de février 2008
43	En liasse, factures émises à monsieur André Lavoie par le Centre oculaire de Québec
44	Facture émise à monsieur André Lavoie pour le médicament Lucentis
45	En liasse, courriel envoyé par monsieur André Lavoie au Commissaire aux plaintes de la RAMQ et son annexe
46	Courriel interne envoyé par le bureau du Commissaire aux plaintes de la RAMQ concernant la plainte de monsieur André Lavoie
47	Lettre de monsieur André Julien, Commissaire aux plaintes de la RAMQ, à monsieur André Lavoie du 26 novembre 2010
48	Lettre envoyée par la RAMQ au médecin de monsieur André Lavoie du 4 mai 2010
49	Note de service interne de la RAMQ concernant la plainte de monsieur André Lavoie du 23 juillet 2010
50	En liasse, lettre envoyée par le médecin de monsieur André Lavoie à la RAMQ du 2 septembre 2010 et ses annexes
51	Lettre de refus envoyée par la RAMQ à monsieur André Lavoie du 16 septembre 2010
52	Lettre de révision envoyée par la RAMQ à monsieur André Lavoie du 16 novembre 2010
53	Lettre envoyée par monsieur André Lavoie au Commissaire aux plaintes de la RAMQ du 29 septembre 2010
54	Notes manuscrites par monsieur André Lavoie et son pharmacien concernant le prix de certains médicaments
55	Réponses de la RAMQ à des demandes de remboursement de patients concernant les frais accessoires facturés lors d'injections de Lucentis
56	Article du <i>Soleil</i> publié le 8 novembre 2010 intitulé « Médicament Lucentis : la RAMQ se fie aux médecins »
57	Courriel de l'avocat de la RAMQ faisant état de l'entente de communication de dossiers dans le cadre d'une demande d'accès à l'information du demandeur
58	En liasse, demandes au stade de l'autorisation pour déposer une preuve appropriée de plusieurs défendeurs et notes et autorités du bureau McCarthy

59	Courriel de monsieur Michel Bureau, directeur général du MSSS, en réponse à une lettre de monsieur Lavoie, du 19 octobre 2010
60	En liasse, articles de presse concernant les frais accessoires lors d'injections pour traiter la dégénérescence maculaire entre octobre 2010 et avril 2011
61	Article du <i>Soleil</i> publié le 25 novembre 2010 intitulé « Lucentis: les ophtalmologistes veulent une solution réaliste »
62	Article de <i>La Presse</i> publié le 13 mars 2009 intitulé « Trop cher pour l'hôpital, des patients envoyés au privé »
63	Article du <i>Soleil</i> publié le 13 décembre 2010 intitulé « Traitement contre la dégénérescence maculaire: baisse du coût des injections »
64	Infolettre de la RAMQ du 21 décembre 2010 intitulé « Rappel à propos de la facturation de frais illégaux »
65	Communiqué du MSSS du 8 février 2011 intitulé « Le ministre Bolduc annonce la gratuité des traitements offerts aux patients atteints de dégénérescence maculaire »
66	Article du <i>Devoir</i> du 7 avril 2011 intitulé « Lucentis - Le PQ dénonce la volte-face du ministre Bolduc »
67	Extrait de pétition déposée à l'Assemblée nationale le 10 mai 2011
68	Document du Collège des médecins du Québec de mars 2011 intitulé « Frais médicaux facturés aux patients : Le Collège des médecins du Québec veut clarifier les règles »
69	Document envoyé par la RAMQ au MSSS en septembre 2010 intitulé « Frais facturés aux personnes assurées - Éléments de réflexion et pistes de solution », partiellement caviardé par la RAMQ
70	Requête pour autorisation d'exercer un recours collectif amendée du 11 janvier 2012 dans le dossier André Lavoie c. P.G. et al.
71	Communiqué de la FMSQ du 19 mai 2011 intitulé « Recours collectif sur les frais accessoires facturés par des cliniques ophtalmologiques - La FMSQ lance un ultimatum au ministre de la Santé »
72	Infolettre de la RAMQ du 21 juillet 2011 intitulé « Lettre d'entente no 183 concernant l'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique dans le cadre du traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge »
73	Communiqué de la FMSQ du 24 mai 2011 intitulé « Traitement de la dégénérescence maculaire : Entente intervenue entre la FMSQ et le ministère de la Santé et des Services sociaux »
74	En liasse, rétroactions par la RAMQ sur les pratiques de facturation de divers défendeurs
75	Extrait du Journal des débats de l'Assemblée nationale du jeudi 13 juin 2013 - Vol. 43 N° 66

76	Brochure publiée par le CSSS de Saint-Jérôme
77	Rapport d'intervention du Protecteur du citoyen du 24 septembre 2013 intitulé « Intervention au Centre de santé et de services sociaux de Saint-Jérôme et à l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides »
78	Décret 1113-2014 du 10 décembre 2014
79	Document du Collège des médecins du Québec de mars 2015 intitulé « Indépendance professionnelle et frais réclamés aux patients »
80	Avis de demande de <i>mandamus</i> à la Cour fédérale dans le dossier Réseau FADOQ et al. c. P.G. (Canada), dossier no 7-695-16
81	Lettre de la ministre fédérale de la Santé au ministre québécois de la Santé du 6 septembre 2016
82	Extrait du Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2016-2017 intitulé « Vérification de l'optimisation des ressources » publié au printemps 2016
83	Analyse d'impact réglementaire du MSSS de septembre 2016 concernant le « Règlement abolissant les frais accessoires liés à la dispensation des services assurés et régissant les frais de transport des échantillons biologiques »
84	Infolettre de la RAMQ du 21 janvier 2017 intitulé « Abolition des frais facturés aux personnes assurées dès le 26 janvier 2017 »
85	Article de <i>La Presse</i> du 22 mars 2007 intitulé « Le Québec champion du privé »
86	Article de <i>La Presse</i> du 4 février 2013 intitulé « Le ministre de la Santé met la hache dans les frais accessoires »
87	Entrevue d'Anne-Marie Dussault de Radio-Canada avec le Dr Gaétan Barrette, président de la FMSQ, du 5 février 2013
88	Article de <i>La Presse</i> 6 février 2013 intitulé « Abolition de frais accessoires: des soins menacés? »
89	Article du magazine de la FMSQ <i>Le spécialiste</i> écrit par Maître Sylvain Bellavance, Directeur des Affaires juridiques et Négociation – FMSQ intitulé « Frais accessoires. Une problématique perpétuelle » de mars 2013
90	Article du <i>Devoir</i> du 25 janvier 2014 intitulé « Se prémunir contre les frais accessoires »
91	Entrevue du ministre de la Santé Gaétan Barrette sur CBC par Sue Smith dans le cadre de l'émission Homerun le 18 juin 2015
92	Entrevue de Michel C. Auger avec le Dr Gaétan Barrette, ministre de la Santé le 17 juin 2015

93	En liasse, factures émises au demandeur par la clinique Bellevue - Institut du glaucome de Montréal
94	Document d'historique médicale du demandeur émis par la RAMQ
95	Extrait du Registre des entreprises pour Groupe Vision New Look
96	Point de presse de M. Gaétan Barrette, ministre de la Santé et des Services sociaux, mercredi 14 septembre 2016, 14 h
97	En liasse, factures des défendeurs et d'autres médecins/cliniques/optométristes, sous scellés
98	Extraits du Registraire des entreprises du Québec concernant les défenderesses, <i>en liasse</i>
99	Extrait du site internet de la FMSQ
100	Extrait du site internet de la FMOQ
101	Extrait du site internet de l'AOQ
102	Article du magazine de la FMSQ <i>Le spécialiste</i> écrit par Maître Sylvain Bellavance, Directeur des Affaires juridiques et Négociation – FMSQ intitulé « Un jour à se souvenir » de décembre 2015
103	Article du magazine de l'AOQ <i>L'Optométriste</i> écrit par Steven Carrier, président, intitulé « Honoraires et frais » de janvier-février 2014
104	A) Rapport et publication du Collège des médecins de mars 2011 et d'automne 2012; B) Déclarations variées de la part des représentants du gouvernement, de la RAMQ, du MSSS et d'autres intervenants connexes devant les médias; C) Sorties médiatiques variées appelant à une intervention des autorités; D) <i>Avis sur les frais accessoires en matière de santé et de services sociaux à l'intention du ministre de la Santé et des Services sociaux et de la Commission de la Santé et des Services sociaux</i> du Protecteur du citoyen du premier octobre 2015; E) Lettre du Protecteur du citoyen au ministre de la Santé et des Services Sociaux et aux membres de la Commission de la santé et des services sociaux concernant <i>Le financement des frais accessoires reliés aux services assurés</i> du 5 octobre 2015; F) Rapport de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles intitulé <i>Facturation aux patients : Le portefeuille en prend pour son rhume</i>, de novembre 2015; G) Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2016-2017 – Vérification de l'optimisation des ressources, du mois de mai 2016.
105	A) Optopresse Bulletin officiel de l'Ordre des optométristes du Québec, hiver 2016;

	B) Optopresse Bulletin officiel de l'Ordre des optométristes du Québec, été 2016;
106	Article publié sur <i>indexsanté.ca</i> intitulé « Confusion au sujet des frais accessoires : L'Association des optométristes du Québec exige des réponses », daté du 16 janvier 2017
107	Article de <i>La Presse</i> intitulé « Québec annonce l'abolition des frais accessoires », daté du 14 septembre 2016
108	Article du magazine <i>L'actualité</i> intitulé « Frais accessoires : les omnipraticiens s'entendent en partie avec Québec », daté du 26 janvier 2017
109	Article du journal <i>Le Soleil</i> intitulé « Frais accessoires: les spécialistes dénoncent la "politique-spectacle" de Barrette », daté du 15 septembre 2016
110	Article du journal <i>Le Quotidien</i> intitulé « Frais accessoires : pas d'abus ici, assure la FMOQ », daté du 7 février 2016
111	Article de TVA Nouvelles intitulé « Les services aux patients seront affectés disent les médecins », daté du 26 janvier 2017

Ces pièces sont disponibles sur demande.

Réponse à cette demande

Vous devez répondre à cette demande par écrit, personnellement ou par avocat, au palais de justice de Montréal situé au 1, rue Notre-Dame Est, Montréal, Québec, H2Y 1B6, dans les 15 jours de la signification de la présente demande ou, si vous n'avez ni domicile, ni résidence, ni établissement au Québec, dans les 30 jours de celle-ci. Cette réponse doit être notifiée à l'avocat de la partie demanderesse ou, si ce dernier n'est pas représenté, à la partie demanderesse elle-même.

Défaut de répondre

Si vous ne répondez pas dans le délai prévu, de 15 ou de 30 jours, selon le cas, un jugement par défaut pourra être rendu contre vous sans autre avis dès l'expiration de ce délai et vous pourriez, selon les circonstances, être tenu au paiement des frais de justice.

Contenu de la réponse

Dans votre réponse, vous devez indiquer votre intention, soit :

- de convenir du règlement de l'affaire;
- de proposer une médiation pour résoudre le différend;
- de contester cette demande et, dans les cas requis par le Code, d'établir à cette fin, en coopération avec la partie demanderesse, le protocole qui régira le déroulement de l'instance. Ce protocole devra être déposé au greffe de la Cour du district mentionné plus haut dans les 45 jours de la signification du présent avis. Toutefois, ce délai est de 3 mois en matière familiale ou si vous n'avez ni domicile, ni résidence, ni établissement au Québec;

- de proposer la tenue d'une conférence de règlement à l'amiable.

Cette réponse doit mentionner vos coordonnées et, si vous êtes représenté par un avocat, le nom de celui-ci et ses coordonnées.

Lieu du dépôt de la demande en justice

Cette demande est, sauf exceptions, entendue dans le district judiciaire où est situé votre domicile ou, à défaut, votre résidence ou le domicile que vous avez élu ou convenu avec la partie demanderesse. Si elle n'a pas été déposée dans le district où elle peut être entendue et que vous voulez qu'elle y soit transférée, vous pouvez présenter une demande au tribunal à cet effet.

Cependant, si cette demande porte sur un contrat de travail, de consommation ou d'assurance ou sur l'exercice d'un droit hypothécaire sur l'immeuble vous servant de résidence principale, elle est entendue dans le district où est situé le domicile ou la résidence du salarié, du consommateur ou de l'assuré, qu'il soit demandeur ou défendeur, dans le district où est situé cet immeuble ou dans le district où le sinistre a eu lieu s'il s'agit d'une assurance de biens. Si cette demande n'a pas été déposée dans le district où elle peut être entendue et que vous voulez qu'elle y soit transférée, vous pouvez, sans qu'une convention contraire puisse vous être opposée, présenter une demande à cet effet au greffier spécial de ce district.

Transfert de la demande à la Division des petites créances

Si vous avez la capacité d'agir comme partie demanderesse suivant les règles relatives au recouvrement des petites créances, vous pouvez également communiquer avec le greffier du tribunal pour que cette demande soit traitée selon ces règles. Si vous faites cette demande, les frais de justice de la partie demanderesse ne pourront alors excéder le montant des frais prévus pour le recouvrement des petites créances.

Convocation à une conférence de gestion

Dans les 20 jours suivant le dépôt du protocole mentionné plus haut, le tribunal pourra vous convoquer à une conférence de gestion en vue d'assurer le bon déroulement de l'instance. À défaut, ce protocole sera présumé accepté.

Demande accompagnée d'un avis de présentation

Une demande présentée en cours d'instance, une demande visée par les livres III ou V, à l'exception notamment de celles portant sur les matières familiales mentionnées à l'article 409 et de celles relatives aux sûretés mentionnées à l'article 480, ou encore certaines demandes visées par le livre VI du Code, dont le pourvoi en contrôle judiciaire, sont accompagnées, non pas d'un avis d'assignation, mais d'un avis de présentation. Dans ce cas, la préparation d'un protocole de l'instance n'est pas requise.

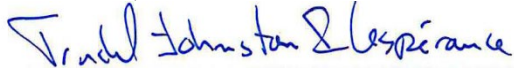
AVIS DE PRÉSENTATION

À : **Procureur général du Québec**
BERNARD, ROY
Me Gabriel Lavigne
gabriel.lavigne@justice.gouv.qc.ca
Me Éric Cantin
Eric.cantin@justice.gouv.qc.ca
Notifications
bernardroy@justice.gouv.qc.ca

PRENEZ AVIS que la présente *Demande pour permission de modifier la demande introductive d'instance et pour autoriser l'action collective contre de nouvelles défenderesses* sera présentée devant l'honorable juge Lukasz Granosik, juge de la Cour supérieure, au Palais de justice de Montréal, situé au 1, rue Notre-Dame Est, Montréal, Québec, H2Y 1B6, à une date, heure et salle à être déterminées.

VEUILLEZ AGIR EN CONSÉQUENCE.

Montréal, le 19 décembre 2023



TRUDEL JOHNSTON & LESPÉRANCE
Avocats du demandeur



HADEKEL SHAMS S.E.N.C.R.L.
Avocats du demandeur



GRENIER VERBAUWHEDE AVOCATS INC.
Avocats du demandeur

CANADA
PROVINCE DE QUÉBEC
DISTRICT DE MONTRÉAL
N° 500-06-000695-144

COUR SUPÉRIEURE
(Actions collectives)

PHILIPPE LÉVEILLÉ

Demandeur

c.

LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC

et

**LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES DU QUÉBEC**, domiciliée au
3000-2 Tour Est du Complexe Desjardins,
C.P. 216, succ. Desjardins, dans la ville de
Montréal, district de Montréal, province de
Québec, H5B 1G8

et

**LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC**, domiciliée
au 3500 boulevard de Maisonneuve Ouest,
bureau 2000, dans la ville de Westmount,
district de Montréal, province de Québec,
H3Z 3C1

et

**L'ASSOCIATION DES OPTOMÉTRISTES
DU QUÉBEC**, domiciliée au 1255, boulevard
Robert-Bourassa, bureau 1400, dans la ville
de Montréal, district de Montréal, province de
Québec, H3B 3X1

Défendeurs

DEMANDE INTRODUCTIVE EN ACTION COLLECTIVE AMENDÉE EN DATE DU 19 DÉCEMBRE 2023

À L'HONORABLE LUKASZ GRANOSIK J.C.S.,
LE DEMANDEUR EXPOSE RESPECTUEUSEMENT CE QUI SUIT :

INTRODUCTION	4
1 L'ACTION COLLECTIVE AUTORISÉE	5
2 LE CONTEXTE LÉGISLATIF ET RÉGLEMENTAIRE	7
2.1 La gratuité des services assurés et la rémunération des professionnels de la santé participants.....	7
2.1.1 La gratuité des services assurés pour les patients	7
2.1.2 La rémunération des professionnels de la santé participants	8
2.1.3 La rémunération des professionnels participants ne passe pas par les patients.....	8
2.2 Les frais engagés aux fins de la dispensation de services assurés	9
2.2.1 En établissement public	9
2.2.2 En clinique privée.....	9
2.2.2.1 Les suppléments compensatoires payés par la RAMQ	10
2.2.2.2 La compensation de certains frais auprès des patients.....	13
2.2.2.2.1 Les cas prescrits par règlement.....	14
2.2.2.2.2 Les cas prévus dans une entente.....	14
2.3 L'illégalité des pratiques de facturation aux patients.....	16
2.4 Les obligations et les pouvoirs de la RAMQ et du MSSS.....	17
3 LA RESPONSABILITÉ DES DÉFENDEURS	19
3.1 La facturation illégale	19
3.1.1 Des illégalités érigées en système	19
3.1.2 La choquante et inexcusable disproportion des montants facturés.....	21
3.1.3 L'incitation de la part des Fédérations	22
3.1.4 Cas illustratifs.....	25
3.1.4.1 En général : certains ordres de grandeur par rapport au prix coûtant	26
3.1.4.2 Un patient du Centre oculaire de Québec.....	28
3.1.4.3 Vivien Freedman, patiente de RRX médical Inc.	29
3.1.4.4 J. S. Benhamron M.D. Inc.	30
3.1.4.5 Le cas de l'azote liquide.....	32
3.1.5 La facturation par les Professionnels originalement appelés comme défendeurs ...	32
3.2 La responsabilité solidaire des défendeurs	33
3.2.1 Survol.....	33
3.2.1 Connaissance des pratiques de gonflement des prix	37
3.2.2 Interprétation absurde et de mauvaise foi de la LAM.....	38
3.2.3 Obligation d'intervenir	46
3.2.4 Chronologie des événements démontrant la responsabilité du MSSS.....	47
3.2.4.1 Les demandes de remboursement reçues par la RAMQ des personnes assurées	47
3.2.4.2 Les enquêtes de la RAMQ	49
3.2.4.3 La cause Accès à l'avortement de 2006	51
3.2.4.4 Le Rapport Chicoine de 2007	52
3.2.4.5 Le Rapport Castonguay de 2008	56

3.2.4.6	Les démarches des patients atteints de dégénérescence maculaire en 2010-2011 et l'action collective <i>Lavoie</i> : la confection par la RAMQ d'une véritable feuille de route pour faciliter la facturation illégale.....	57
3.2.4.6.1	Facturation en double par le Centre oculaire de Québec.....	58
3.2.4.6.2	Plaintes à la RAMQ et au MSSS	59
3.2.4.6.3	La RAMQ demande l'émission de nouvelles factures et rejette la plainte malgré la double facturation.....	59
3.2.4.6.4	Des pratiques démontrant la complaisance de la RAMQ à la facturation illégale....	62
3.2.4.6.5	Inaction du MSSS malgré des « questionnements ».....	64
3.2.4.6.6	Réaction médiatique et baisse des montants facturés par les cliniques de Québec	64
3.2.4.6.7	Infolettre de la RAMQ	65
3.2.4.6.8	Rapport de la RAMQ demeuré partiellement inaccessible à date.....	67
3.2.4.6.9	Tentative du MSSS de ramener le traitement de la DMLA dans les hôpitaux et revirement	68
3.2.4.6.10	Pétition à l'Assemblée nationale	69
3.2.4.6.11	Rapport du Collège des médecins	69
3.2.4.6.12	Action collective et négociations menant à l'interdiction de toute facturation aux patients atteints de DMLA en échange d'une majoration de 115 \$ par injection et la possibilité de facturer certains actes diagnostiques aux autres patients	72
3.2.4.7	Les inspections faites par la RAMQ à partir de 2011 concernant l'affichage et la facturation de frais aux patients	73
3.2.4.8	L'entente entre le ministre Hébert et les optométristes en 2013	76
3.2.4.9	La motion unanime de l'Assemblée nationale pour une application plus rigoureuse de la LAM en juin 2013	78
3.2.4.10	L'enquête du Protecteur du citoyen en 2013	78
3.2.4.11	L'action collective <i>Léveillé</i>	80
3.2.5	Événements pertinents suite au dépôt de l'action collective	80
3.2.5.1	Le renforcement du <i>Code de déontologie des médecins</i> en janvier 2015	80
3.2.5.2	Recours contre le gouvernement fédéral en vertu de la LCS	81
3.2.5.3	Avis de la ministre de la Santé fédérale concernant des pénalités à être imposées au Québec en raison de sa tolérance de la surfacturation	81
3.2.5.4	Adoption du Règlement abolissant les frais accessoires liés à la dispensation des services assurés et régissant les frais de transport des échantillons biologiques.....	83
3.2.6	Les admissions du ministre de la Santé Gaétan Barrette dans l'espace médiatique et sa connaissance des pratiques illégales.....	86
3.2.7	Conclusion	89
4	LE DEMANDEUR.....	89
	CONCLUSIONS :	90

INTRODUCTION

- 0.1. Pendant les années couvertes par la présente action collective, les défendeurs ont érigé en système une surfacturation massive de frais accessoires afin de pallier un sous-financement allégué des coûts de fonctionnement des cliniques privées.
- 0.2. Le modèle d'affaires des médecins et optométristes pratiquant en clinique privée pendant cette période reposait en partie sur des revenus issus de la facturation aux membres du groupe pour des médicaments ou des agents anesthésiques requis pour prodiguer des soins assurés à des prix excédant, souvent par des marges énormes, le prix coûtant.
- 0.3. Aucun défendeur ne conteste que les médicaments et agents anesthésiques étaient chargés à des prix sans commune mesure avec leur prix coûtant. Or, cette surfacturation, destinée à combler un déficit perçu au niveau de la rémunération, était incontestablement illégale.
- 0.4. La gratuité est un principe fondamental et un pilier central du régime d'assurance maladie au Québec. Ce principe a été réitéré et renforcé à plusieurs reprises afin de préserver l'universalité de l'accès aux soins pour les services assurés et constitue une condition à laquelle doivent souscrire les régimes d'assurance-santé des provinces pour recevoir la contribution fédérale payable en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*.
- 0.5. Comme l'a noté la Cour d'appel en rejetant la demande en exception déclinatoire du Procureur général du Québec en avril 2021, la surfacturation était tellement tolérée par le gouvernement qu'elle a fait l'objet d'un rapport du Vérificateur général du Québec qui a provoqué une intervention du ministre fédéral de la Santé.
- 0.6. Les membres du groupe ont ainsi fait les frais des négociations sur la rémunération entre la Fédération des médecins spécialistes du Québec (« **FMSQ** »), la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (« **FMOQ** ») et l'Association des optométristes du Québec (« **AOQ** ») (collectivement les « **Fédérations** ») et le ministère de la Santé et des services sociaux (« **MSSS** »).
- 0.7. Les Fédérations ont ouvertement et agressivement affirmé que les frais facturés aux patients étaient liés à un sous-financement chronique des professionnels pratiquant en cliniques.
- 0.8. Cette relation entre les frais illégaux et un sous-financement allégué au niveau de la rémunération a également été constatée par plusieurs intervenants importants, tels que le Collège des médecins, le Protecteur du citoyen et, comme mentionné, par le Vérificateur général du Québec.

- 0.9. Face à cette situation, plutôt que de protéger l'accès aux soins et de faire respecter le principe cardinal de la gratuité des services médicaux assurés, le MSSS a fait preuve d'un laxisme intéressé et de mauvaise foi, avalisant des pratiques qu'il savait être illégales.
- 0.10. Les Fédérations, en encourageant leurs membres à facturer ces frais illégaux, notamment par la publication de grilles tarifaires à leur attention, ont incité les professionnels de la santé à violer la *Loi sur l'assurance maladie* (« **LAM** »), engageant par le fait même leur responsabilité.
- 0.11. La présente cause est la deuxième action collective sur trois à s'attaquer à cette problématique et a contribué à ce qu'elle soit résolue.
- 0.12. Le demandeur a déposé cette action collective afin que cesse ce système de facturation illégale de frais accessoires pour des soins de santé assurés et d'obtenir une indemnisation pour les patients québécois qui en ont été victimes.

1 (...) L'ACTION COLLECTIVE AUTORISÉE

- 1. (...)
- 2. (...)
- 3. Le 18 août 2017, cette honorable Cour a autorisé monsieur Philippe Léveillé à agir comme représentant pour l'exercice d'une action collective contre les défendeurs pour le compte du groupe suivant :

Toutes les personnes qui ont déboursé une somme d'argent suite à une facturation, au-delà du prix coûtant, pour des frais de médicaments ou d'agents anesthésiques accessoires à un service assuré prodigué par un médecin, un optométriste ou une clinique privée qui a été rémunéré par la Régie de l'assurance maladie du Québec, entre le 15 mai 2011 et le 26 janvier 2017.

- 3.1. Le 23 avril, 2021, la Cour d'appel a accueilli une demande en exception déclinatoire *ratione materiae* de la Régie de l'assurance maladie du Québec (« **RAMQ** »), rejetant cependant la demande au même effet du Procureur général du Québec.
- 3.2. Le 30 mai 2023, cette honorable Cour a approuvé une entente de règlement à l'amiable entre le demandeur et les médecins, optométristes et cliniques (les « **Professionnels** ») qui avaient initialement été poursuivis en vertu de laquelle le demandeur s'est désisté de son action à l'égard de ceux-ci.
- 4. La Cour a identifié les questions communes suivantes, qui ont été modifiées pour enlever la RAMQ comme défenderesse à la suite de l'arrêt de la Cour d'appel du 23

avril 2021, et enlever les Professionnels suite à l'entente de règlement et ajouter les Fédérations :

Des personnes assurées, au sens de la *Loi sur l'assurance maladie*, ont-elles dû payer aux médecins, optométristes et cliniques privées originellement appelés comme défenseurs des frais accessoires à des services assurés au sens de l'article 3 LAM sous forme de médicaments et agents anesthésiques facturés au-delà du prix coûtant?

Quelle est l'interprétation à donner aux membres de phrases suivantes : « compensation pour le coût des médicaments et des agents anesthésiques utilisés » dans le *Manuel des médecins omnipraticiens*; « compensation pour certains frais de pratique que détermine ce tarif. Ces frais comprennent les médicaments et les agents anesthésiques » dans le *Manuel des médecins spécialistes* et « compensation pour le coût des médicaments et des agents anesthésiques utilisés en rapport avec la dispensation d'un service assuré » dans le *Manuel des optométristes*?

Ces membres de phrases autorisent-ils les médecins, optométristes et cliniques privées à facturer aux personnes assurées des frais accessoires qui ne correspondent pas au coût des médicaments et agents anesthésiques accessoires à des services assurés, tout en indiquant que la facture couvre ces médicaments et agents anesthésiques?

Cette facturation représente-t-elle une rémunération supplémentaire à la rémunération de base versée par la Régie de l'assurance maladie du Québec pour un acte assuré?

Dans l'affirmative, s'agit-il d'une forme de facturation prohibée par la *Loi sur l'assurance maladie*?

(...)

Dans ce cadre, le ministre de la Santé et des Services sociaux et les Fédérations ont-ils commis une faute civile les exposant à devoir payer solidairement un montant équivalant à tous les frais illégalement facturés aux membres du groupe, plus l'intérêt légal et l'indemnité additionnelle prévue à l'article 1619 C.c.Q.?

(...)

5. Les conclusions recherchées sont désormais les suivantes :

ACCUEILLIR l'action collective contre les défendeurs;

(...)

CONDAMNER le MSSS et les Fédérations à verser solidairement à chacun des membres du groupe une somme équivalant au montant illégalement facturé par un médecin, optométriste ou clinique privée de même que l'intérêt légal et l'indemnité additionnelle prévue à l'article 1619 C.c.Q. et **ORDONNER** le recouvrement collectif de ces sommes;

(...)

ORDONNER aux défendeurs, en fonction de leur responsabilité, de déposer au greffe de cette Cour la totalité des sommes faisant l'objet d'une ordonnance de recouvrement collectif, ainsi que les intérêts et l'indemnité additionnelle;

PRENDRE toute autre mesure que le Tribunal estime nécessaire pour sauvegarder les droits des parties;

LE TOUT avec dépens y compris les frais d'experts et d'avis.

2 LE CONTEXTE LÉGISLATIF ET RÉGLEMENTAIRE

2.1 La gratuité des services assurés et la rémunération des professionnels de la santé participants

2.1.1 La gratuité des services assurés pour les patients

6. Cette cause touche le cœur des principes fondateurs du régime public d'assurance maladie, soit la gratuité des services assurés.
7. En effet, la *Loi sur l'assurance maladie* (« LAM ») interdit aux professionnels de la santé participant au régime d'exiger ou de recevoir quelque paiement que ce soit de patients ou de tiers pour ces services (articles 22 et 23 LAM).
8. Où que soient dispensés les services assurés, que ce soit dans des établissements publics ou dans des cliniques privées, le principe de la gratuité intégrale des soins de santé assurés au point de service est un principe cardinal des régimes de santé à travers le Canada, et notamment au Québec.

2.1.2 La rémunération des professionnels de la santé participants

9. La RAMQ rémunère, de façon exclusive, les professionnels de la santé participants pour les services assurés, peu importe qu'ils travaillent à l'hôpital ou dans une clinique privée (articles 3 et 19 LAM).
10. La rémunération des actes est prévue dans des ententes négociées entre le MSSS et les (...) Fédérations. En ce qui a trait aux médecins omnipraticiens et spécialistes et aux optométristes, ces ententes sont appelées respectivement *Manuel des médecins omnipraticiens*, pièce **P-1**, *Manuel des médecins spécialistes*, pièce **P-2**, et *Manuel des optométristes*, pièce **P-3**.
11. Le terme « entente » à l'article 1(f) LAM est défini comme étant « une entente conclue en vertu de l'article 19 ».
12. Selon l'article 19 LAM, les ententes peuvent prévoir différents modes de rémunération. Les négociations prennent en considération plusieurs facteurs, dont notamment la complexité de l'acte, le lieu où l'acte est dispensé, les contraintes budgétaires, les montants déjà accordés lors de négociations antérieures, ainsi que les frais engagés aux fins de la dispensation de services assurés.

2.1.3 La rémunération des professionnels participants ne passe pas par les patients

13. Bien que (...) les Fédérations aimeraient que toute compensation qui n'est pas incluse dans les ententes soit de ce fait exigible des patients, ce n'est tout simplement pas le cas dans le régime législatif actuel, lequel prévoit que toute facturation compensatoire aux patients qui n'est pas explicitement autorisée est de ce fait prohibée, et que toute rémunération supplémentaire pour des actes assurés l'est aussi.
14. En effet, l'interdiction de facturation aux patients s'applique aux services assurés quels que soient les montants versés par la RAMQ et quand bien même que le professionnel n'aurait pas facturé quelque montant que ce soit à cette dernière ou qu'il n'y aurait pas de supplément prévu pour tel ou tel acte effectué en cabinet privé.
15. C'est le principe de la non-mixité de la pratique : afin de pouvoir facturer des services assurés à des patients, le professionnel doit devenir un non-participant, ce qui (...) par ailleurs implique qu'il ne peut pas facturer quoi que ce soit à la RAMQ (sauf exceptions, dont les cas d'urgence – art. 36 LAM).

2.2 Les frais engagés aux fins de la dispensation de services assurés

2.2.1 En établissement public

16. Lorsque les services assurés sont dispensés dans un établissement public, le MSSS prend en charge tous les frais engagés aux fins de la dispensation de services assurés, en vertu de la *Loi sur l'assurance hospitalisation* et de son règlement d'application.
17. En vertu de l'article 3 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance hospitalisation*, ces frais incluent notamment :
 - « la fourniture des médicaments [...] »;
 - « l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, avec l'équipement et le matériel nécessaires »;
 - « la fourniture du matériel de chirurgie courante »;
 - « l'usage des installations de radiothérapie »;
 - « l'usage des installations de physiothérapie »;
 - « les services rendus par le personnel du centre hospitalier ».

2.2.2 En clinique privée

18. Lorsque les services assurés sont dispensés ailleurs que dans un établissement public, c'est le professionnel de la santé qui prend en charge tous les frais engagés aux fins de la dispensation de services assurés.
19. L'article 19 de la LAM permet aux ententes de prévoir une « compensation » ou un « remboursement » pour certains « frais » (« *expenses* » en anglais) des professionnels de la santé participants.
20. Pendant la période couverte par cette action collective, la LAM prévoyait deux façons de compenser les professionnels de la santé pour ces frais :
 - par une majoration du montant payé par la RAMQ pour le service assuré lorsque celui-ci est dispensé ailleurs que dans un établissement public (sous-section **2.2.2.1** ci-dessous); ou

- de façon exceptionnelle et circonscrite, par le paiement de la part des patients « dans les cas prescrits ou prévus dans une entente et aux conditions qui y sont mentionnées » (article 22 LAM alinéa 9) (sous-section **2.2.2.2** ci-dessous).

21. Toute autre facturation pour couvrir ces frais était illégale.
22. Par ailleurs, toute entente en vertu de l'article 19 LAM visant ces frais qui outrepassa la fonction compensatrice est *ultra vires*.

2.2.2.1 Les suppléments compensatoires payés par la RAMQ

23. Les ententes incluent plusieurs mécanismes afin de compenser les frais de pratique en cabinet privé. À cette fin, elles prévoient notamment une majoration de la plupart des tarifs des services donnés en cabinet privé.
24. Bien que ce système de majoration ne soit pas parfait, il aide à mettre en relief l'illégalité de la pratique de facturation des médicaments et agents anesthésiques pour couvrir ces frais, puisqu'il s'agit dans la plupart des cas d'une facturation en double pour les mêmes services.
25. À cet effet, il est intéressant de noter que le docteur Philippe Couillard, alors qu'il était ministre de la Santé, a rappelé à la RAMQ, dans une lettre adressée à son p.-d.g., monsieur Pierre Roy, datant du 29 janvier 2007, pièce **P-4**, que les frais de fonctionnement des cliniques, à l'exception du coût des médicaments et agents anesthésiques, font déjà l'objet de majorations aux tarifs payables lorsque les services sont donnés à l'extérieur des établissements publics.
26. La RAMQ estime cette majoration du montant payé pour compenser les « frais de cabinet » historiquement à 35 % pour tous les médecins, sauf pour les radiologistes, qui en raison de leurs frais d'équipement historiquement plus élevés ont droit à une majoration plus importante, qu'elle estime à 70 %, le tout tel qu'il appert par exemple de ses réponses aux questions particulières de l'opposition officielle pour les années 2012-2013 et 2015-2016, pièce **P-5** en liasse.
27. Ceci peut expliquer pourquoi il y a une pratique consistant, pour plusieurs médecins, à payer entre 25 % et 35 % de leur rémunération à la clinique où ils pratiquent afin de couvrir ces frais.
28. Par exemple, selon le *Manuel des médecins spécialistes*, pièce **P-2**, les « visites » dans le cabinet privé d'un spécialiste sont encadrées par la règle 5 du Préambule général, page A-4 :

5.3 Le médecin spécialiste qui voit un malade en cabinet privé ou en externe, a droit au paiement d'une visite principale, pour son premier examen.

[...]

En toute autre occasion, il se prévaut de la tarification d'une visite de contrôle.

29. Ainsi, selon la volumineuse sous-section « Tarification des visites » (section « B » des « Dispositions tarifaires »), en ophtalmologie, pages B-131 à B-136, une « visite principale » chez un ophtalmologiste est payée 73,65 \$ en cabinet privé, alors qu'une « visite de contrôle » est payée 42 \$.
30. Or, lorsque ces mêmes actes assurés sont posés dans un « local sous gestion du gouvernement », ils sont respectivement payés 54,55 \$ et 31,10 \$.
31. La règle 17 du Préambule général, page A-13, indique qu'un tel « local sous gestion du gouvernement » inclut notamment les « cabinets de consultation aménagés dans un centre hospitalier ».
32. En contrepartie, le paragraphe 17.2 prévoit :

[qu'u]n établissement ne peut demander compensation au médecin spécialiste auquel il fournit un cabinet de consultation, de l'équipement ou les services de son personnel.
33. Ainsi, la majoration pour la pratique en cabinet privé par rapport à la pratique en cabinet public est d'environ 35 %, tant pour les visites principales $((73,65 \$ - 54,55 \$) / 54,55 \$)$ que pour les visites de contrôle $((42 \$ - 31,10 \$) / 31,10 \$)$.
34. Le lien entre la majoration en cabinet privé et les frais engagés aux fins de la dispensation de services assurés devient ainsi clair : à l'hôpital, ces frais sont défrayés par l'établissement, lequel n'a pas le droit de réclamer de compensation aux professionnels de la santé; par ailleurs, en cabinet privé, un supplément est payé afin de compenser les frais que ces derniers n'auraient pas avoir à supporter en établissement.
35. Lorsque des situations particulières se présentent, des suppléments spécifiques peuvent être négociés afin de prendre en compte les frais de dispensation des services assurés en cabinet privé, comme c'est notamment le cas en radiologie.
36. Le résultat de telles négociations à la pièce est que la rémunération par acte n'est pas uniformément majorée et que des différences et lacunes importantes peuvent exister.

37. Ainsi, si dans certaines situations les majorations dépassent les 35 %, dans d'autres il n'y en a tout simplement aucune, malgré les frais que le professionnel de la santé a à engager afin de dispenser l'acte en question.
38. Par exemple, selon la section « Appareil visuel » (section « T »), page T-7, une injection intravitréenne de médicaments en cabinet d'ophtalmologie est payée un supplément de 115 \$ alors que le tarif de l'acte est de 175 \$, soit une majoration de $(115 \$ / 175 \$) = 66 \%$.
39. Ce supplément baisse à 57,50 \$ pour le deuxième œil traité la même séance, soit une majoration de $(57,50 \$ / 175 \$) = 33 \%$.
40. Or, nous verrons plus bas, à la section **3.2.5.6**, que ces suppléments n'ont été ajoutés à l'entente que quelques jours après le dépôt de l'action collective dans la cause *Lavoie c. Régie de l'assurance maladie du Québec*, 2013 QCCS 866 (CanLII), laquelle alléguait que les ophtalmologistes facturaient illégalement un supplément de rémunération aux patients atteints de dégénérescence maculaire liée à l'âge sous couvert d'obtenir une compensation pour les frais de médicaments et agents anesthésiques qu'ils auraient eus à engager.
41. Avant ces ajouts, il n'y avait aucun supplément de prévu pour cet acte, et l'ophtalmologiste facturait les mêmes 175 \$ à la RAMQ, que (...) le service ait été donné en cabinet privé ou public, malgré le fait qu'il avait des frais à supporter dans un cas mais pas dans l'autre.
42. Cela peut paraître injuste, mais c'est le résultat d'une négociation continue entre deux parties sophistiquées, dont on peut notamment imaginer que les injustices vont parfois dans l'autre sens.
43. Or, ce qui est certain (...) c'est que cette apparente injustice n'avait pas pour effet de légaliser une pratique illégale consistant (...) pour les Professionnels d'exiger des patients des montants que (...) les Fédérations n'avaient pas réussi à négocier avec le MSSS.
44. Là où le bât blesse, c'est que les négociations ne peuvent passer par une prise en otage des patients, comme c'était le cas dans la cause *Lavoie* et comme c'est le cas dans la présente cause : toute négociation de suppléments compensatoires doit nécessairement passer par les ententes selon l'article 19 LAM, même si le résultat de cette négociation peut être insatisfaisant pour les Fédérations et certains professionnels de la santé.
45. Tel que le démontrent les exemples aux paragraphes 45.1 à 48, des suppléments à la pièce sont ajoutés au besoin.

- 45.1. Par exemple, à la suite du dépôt de l'action collective concernant les injections intravitréennes de médicaments pour les patients atteints de dégénérescence maculaire liée à l'âge, le MSSS et la (...) FMSQ ont négocié des suppléments pour cet acte en clinique, tel qu'il appert de la Demande et des pièces **P-70**, **P-71**, **P-72** et **P-73**.
46. Autre exemple : dans le *Manuel des médecins omnipraticiens*, pièce **P-2**, page 39, il est prévu une majoration de 198 \$ par journée de stage « pour compenser les frais de cabinet ».
47. Plus récemment, et en lien direct avec la présente cause, l'abolition au 26 janvier 2017 de la possibilité d'exiger une compensation de la part des patients pour les médicaments et agents anesthésiques utilisés a enlevé le subterfuge utilisé par les professionnels de la santé qui est attaqué dans la présente cause.
48. En contrepartie, comme on peut le constater du document émis par la FMSQ faisant état des négociations faisant suite aux changements réglementaires précités, pièce **P-6**, on (...) a notamment fait ajouter, dans les ententes, ce qui suit (page 2) :

L'introduction de frais de plateaux techniques afin de compenser l'utilisation de certains instruments et matériels médicaux lors de la dispensation de certains services en cabinet. Ainsi, trois frais de plateau technique sont mis en place :

- Frais de 5 \$ pour un plateau technique mineur
 - Frais de 18 \$ pour un plateau technique moyen
 - Frais de 36 \$ pour un plateau technique principal.
49. En somme, les frais d'opération des cliniques privées font l'objet d'un système hermétique sujet à négociation continue et ne peuvent en aucun cas être défrayés par d'autres mécanismes, et certainement pas sous couvert de compensation pour le coût des médicaments et agents anesthésiques utilisés.

2.2.2.2 La compensation de certains frais auprès des patients

50. Depuis l'adoption de la LAM, il a toujours été l'intention du législateur de strictement limiter, voire d'interdire, les frais accessoires que pouvaient facturer les professionnels de la santé auprès des personnes assurées. Toute autorisation à procéder à une telle facturation doit donc être interprétée de façon restrictive.
51. L'alinéa 9 de l'article 22 de la LAM, introduit puis renforcé plusieurs fois afin justement de contrer des pratiques anarchiques de facturation directe aux patients, interdisait, pour la période couverte par cette action collective :

d'exiger ou de recevoir tout paiement d'une personne assurée pour un service, une fourniture ou des frais accessoires à un service assuré rendu par un professionnel soumis à l'application d'une entente ou par un professionnel désengagé, sauf dans les **cas prescrits** ou **prévus dans une entente** et aux conditions qui y sont mentionnées.

2.2.2.2.1 Les cas prescrits par règlement

52. Le terme « prescrit » est défini à l'article 1j) de la LAM et réfère à ce qui est « prescrit par règlement ».
53. Pour la période couverte par l'action collective, aucun règlement n'autorisait à quiconque d'exiger ou de recevoir quelque paiement que ce soit d'une personne assurée pour un service, une fourniture ou des frais accessoires à un service assuré rendu par un professionnel de la santé participant.

2.2.2.2.2 Les cas prévus dans une entente

54. Durant la période couverte par l'action collective, les ententes des médecins omnipraticiens, des médecins spécialistes et des optométristes autorisaient toutes la facturation, par le professionnel de la santé visé, pour des médicaments et agents anesthésiques, selon les formulations suivantes :

- Dans le *Manuel des médecins omnipraticiens*, pièce **P-1**, (nos caractères gras) :

Article 1.1.4

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

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

- Dans le *Manuel des médecins spécialistes*, pièce **P-2**, (nos caractères gras) :

RÈGLE 2. FRAIS DE PRATIQUE

2.1 En cabinet privé, le médecin spécialiste peut demander au malade **compensation** pour certains **frais** de pratique que détermine ce tarif.

Ces **frais** comprennent **les médicaments et les agents anesthésiques**. [...]

- Dans le *Manuel de facturation des optométristes*, pièce **P-3** (nos caractères gras) :

5.00 RÈGLES DE RÉMUNÉRATION DES FRAIS ACCESSOIRES

5.01 L'optométriste ne peut demander à la personne assurée quelque paiement en rapport avec la dispensation d'un service assuré déterminé par règlement, sauf disposition contraire au présent tarif.

Toutefois, l'optométriste peut obtenir de la personne assurée **compensation** pour **le coût des médicaments et des agents anesthésiques** utilisés en rapport avec la dispensation d'un service assuré [...].

55. Même si la *Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée*, édictée à l'article 1 de la *Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée*, L.Q. 2015 c. 25, ait changé le libellé de l'alinéa 9 et suivants de l'article 22 LAM, afin d'abolir la possibilité de prévoir des exceptions par entente, elle comportait une clause « grand-père » qui prévoyait maintenir le *statu quo* jusqu'à l'entrée en vigueur du premier règlement traitant des frais accessoires :

76. Les services, fournitures ou frais accessoires qui, en vertu d'une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie, pouvaient être facturés par un professionnel de la santé soumis à cette entente ou par un professionnel désengagé en vertu du neuvième alinéa de l'article 22 de cette loi, tel qu'il se lisait avant le 9 novembre 2015, peuvent continuer d'être facturés jusqu'à l'entrée en vigueur du premier règlement pris en application du douzième alinéa de l'article 22 de cette loi [...].

56. Or, le premier règlement à être édicté en application dudit alinéa, le *Règlement abolissant les frais accessoires liés à la dispensation des services assurés et régissant les frais de transport des échantillons biologiques*, RLRQ c A-29, r 7.1, a

été mis en vigueur le 26 janvier 2017, date qui clôt la période couverte par la présente action collective.

2.3 L'illégalité des pratiques de facturation aux patients

57. Les clauses citées précisaient que les professionnels visés pouvaient facturer aux patients un montant pour la compensation pour le coût des médicaments ou agents anesthésiques administrés.
58. La formulation dans les ententes concorde donc avec l'article 19 de la LAM, en ce que la *compensation* pour le *coût* ou les *frais* des médicaments et agents anesthésiques constitue une *compensation* pour les frais que les professionnels de la santé ont effectivement eus à supporter.
59. De plus, l'article 23 LAM précise qu'aucune clause de l'entente conclue en vertu de l'article 19 LAM, comme celle qui permet de facturer une compensation pour les médicaments et agents anesthésiques administrés, ne peut jamais se traduire par un supplément de rémunération pour le professionnel rémunéré par la RAMQ.
60. La loi encadre même très spécifiquement la facturation directe de frais aux patients : tout produit ainsi facturé doit en outre faire l'objet d'un affichage à la vue du public (article 22.0.0.1 alinéa 1 LAM) et toute facturation au patient qui en découle doit faire l'objet d'une facture détaillée et ventilée de sorte que les patients connaissent notamment les produits et les quantités exacts qu'ils ont à payer (article 22.0.0.1 alinéa 3 LAM).
61. Notons d'emblée que quasiment aucun (...) Professionnel originalement poursuivi ne se conformait à cette dernière exigence, pourtant élémentaire.
62. L'interprétation à la lumière les uns des autres des articles 3, 19, 22 et 23 LAM, et de l'exception de la compensation pour les frais de médicaments et d'agents anesthésiques prévue à l'entente, ne peut que mener à conclure à l'interdiction formelle faite aux médecins/optométristes/cliniques de transformer la compensation à laquelle ils ont droit pour couvrir le coût des médicaments et agents anesthésiques en une source de profit ou en une rémunération supplémentaire à celle négociée par les Fédérations (...) que lui verse la RAMQ pour l'acte médical accessoirement auquel ils ont été administrés.
63. (...)
64. (...)
65. (...)

66. Cette interdiction est d'autant plus fondamentale que le Québec reçoit des sommes très importantes du gouvernement fédéral en vertu de la *Loi canadienne de la santé* [« LCS »], une loi de financement intergouvernementale qui soumet notamment le versement de fonds à la condition d'octroi suivante (nos caractères gras) :

12 (1) La condition d'accessibilité suppose que le régime provincial d'assurance-santé :

a) offre les services de santé assurés selon des modalités uniformes et ne fasse pas obstacle, directement ou indirectement, **et notamment par facturation aux assurés**, à un accès satisfaisant par eux à ces services [...].

Plus particulièrement, en ce qui concerne la « surfacturation » (« Facturation de la prestation à un assuré par un médecin ou un dentiste d'un service de santé assuré, en excédent par rapport au montant payé ou à payer pour la prestation de ce service au titre du régime provincial d'assurance-santé. (*extra-billing*) » [article 2]) la LCS prévoit ce qui suit :

18 Une province n'a droit, pour un exercice, à la pleine contribution pécuniaire [...] que si, aux termes de son régime d'assurance-santé, elle ne permet pas pour cet exercice le versement de montants à l'égard des services de santé assurés qui ont fait l'objet de surfacturation par les médecins ou les dentistes.

2.4 Les obligations et les pouvoirs de la RAMQ et du MSSS

67. Concernant le MSSS, en vertu de la *Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux* :

1. Le ministre de la Santé et des Services sociaux, désigné dans la présente loi sous le nom de « ministre », est chargé de la direction et de l'administration du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Il est également chargé de l'application des lois et des règlements relatifs à la santé et aux services sociaux.

2. Le ministre a pour fonctions d'élaborer et de proposer au gouvernement des politiques relatives à la santé et aux services sociaux.

Le ministre doit voir à la mise en œuvre de ces politiques, en surveiller l'application et en coordonner l'exécution.

68. La LAM spécifie en outre que « [l]e ministre de la Santé et des Services sociaux est chargé de l'application de la présente loi » (article 105 LAM).
69. De plus, selon la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec* (« LRAMQ »), le MSSS peut ordonner à la Régie d'exécuter « tout mandat » (article 2 alinéa 3 LRAMQ), et peut même émettre des directives qui, une fois approuvées par le gouvernement, la lient :

32. Le ministre de la Santé et des Services sociaux peut, dans le cadre des responsabilités et pouvoirs qui lui sont confiés à l'égard de l'utilisation des deniers publics, de la santé du public, des droits des personnes assurées aux services assurés et du respect des ententes auxquelles le ministre est partie, émettre des directives portant sur les objectifs et l'orientation de la Régie dans l'exécution des fonctions qui lui sont confiées par la loi.

Ces directives doivent être soumises au gouvernement pour approbation. Si elles sont ainsi approuvées, elles lient la Régie qui est tenue de s'y conformer.

Toute directive émise en vertu du présent article doit être déposée devant l'Assemblée nationale dans les cinq jours de son approbation par le gouvernement, si l'Assemblée est en session ou dans les cinq jours de l'ouverture de la session suivante si elle ne l'est pas.

70. Quant à la RAMQ, la LRAMQ prévoit :

2. La Régie a pour fonction d'administrer et d'appliquer les programmes du régime d'assurance maladie institué par la *Loi sur l'assurance maladie* (chapitre A-29) ainsi que tout autre programme que la loi ou le gouvernement lui confie.

Elle doit notamment, à ces fins :

[...]

b) **contrôler** l'admissibilité des personnes aux programmes de même que **la rémunération versée aux professionnels de la santé et les paiements ou remboursements faits**, selon le cas, aux établissements, aux laboratoires, à la personne qui a dispensé le service ou fourni le bien ou **à la personne qui l'a reçu**[.]

71. De plus :

20. Dans l'exercice de ses pouvoirs, **la Régie peut**, par elle-même ou une personne qu'elle désigne, **enquêter sur toute matière de sa compétence**. [...]

À ces fins, la Régie et toute telle personne sont investies des pouvoirs et immunités de commissaires nommés en vertu de la *Loi sur les commissions d'enquête* (chapitre C-37), sauf du pouvoir d'imposer une peine d'emprisonnement.

72. Enfin, notons que tant la RAMQ que le MSSS ont le pouvoir de référer des cas d'infraction à la LAM au Directeur des poursuites criminelles et pénales (« DPCP »), ce que la réponse de la RAMQ à une demande d'accès à l'information faite par le demandeur, pièce **P-7**, affirme qu'elle n'a jamais fait. Or des documents internes, pièce **P-8** en liasse, indiquent clairement qu'elle avait le pouvoir de le faire.

3 LA RESPONSABILITÉ DES DÉFENDEURS

3.1 La facturation illégale (...)

3.1.1 Des illégalités érigées en système

73. Jusqu'à la mise en vigueur du *Règlement abolissant les frais accessoires liés à la dispensation des services assurés* cité plus haut, la facturation illégale de médicaments et d'agents anesthésiques au-dessus de leur prix coûtant (c.-à-d., pour les fins de cette demande, le montant qui a été payé par les médecins/optométristes/cliniques pour l'achat d'un médicament ou d'un agent anesthésique utilisé) était une pratique répandue, tolérée et notoire au Québec depuis bien des années, et notamment pendant la période couverte par cette action collective. Tel qu'il appert de la Demande, et particulièrement des pièces **P-40** (Rapport Chicoine), **P-69** (Rapport de la Régie de 2010), **P-83** (Analyse d'impact réglementaire de 2016) et **P-84** (bonifications suite à l'abolition des frais accessoires), ainsi que de la transcription de la conférence de presse du ministre de la Santé Gaétan Barette où il fait état de compromis financiers que doivent faire les Fédérations (...) afin de mettre un terme à la surfacturation au Québec, pièce **P-96**, les défendeurs ont sciemment participé à ou toléré, voire encouragé, cette surfacturation systémique au moins depuis 2007 et ce jusqu'à ce qu'il y soit mis fin par l'injection d'importants moyens financiers à l'occasion de la mise en vigueur dudit règlement en janvier 2017.
74. Les milliers de factures qui composent la pièce **P-97** donnent une bonne idée de l'étendue des pratiques en litige, bien qu'elles n'en constituent que quelques

exemples, et l'enquête permettra de prouver l'ampleur des ramifications de ce système.

75. Cela étant, il est important de souligner que pas tous les médecins, cliniques et optométristes sont en cause de la même façon, puisque la différence entre le prix coûtant et le prix facturé varie substantiellement, allant de relativement minime à proprement astronomique, tel que l'illustrent les factures de la pièce **P-97** et tel que plus amplement détaillé dans la section **3.1.4**.
76. (...)
77. Les factures soumises aux patients par les médecins/optométristes/cliniques représentent de la facturation illégale d'un supplément de revenu, qu'elles soit émises par les professionnels de la santé eux-mêmes ou par les cliniques où ils travaillent.
78. En effet, le paiement par le patient à la clinique exempte le professionnel du paiement du loyer qu'il aurait autrement à défrayer ou en réduit l'ampleur, des frais qui sont pourtant pris en compte lors de la négociation du tarif des actes.
79. (...)
80. Tant la RAMQ et le MSSS que la FMSQ et la FMOQ (...) ont reconnu, dans le rapport Chicoine, signé dès 2007, que les montants facturés sous le couvert de médicaments ou agents anesthésiques visaient à couvrir d'autres coûts, comme les frais d'opération de la clinique, qui étaient sans lien avec les items indiqués sur les factures remises aux patients. Ce constat a été fait par de nombreux autres intervenants gouvernementaux et issus de la société civile, le tout tel qu'il sera détaillé plus bas à la section **3.2.5**.
81. En résumé, les médicaments et les agents anesthésiques sont devenus l'alibi de prédilection des médecins/optométristes/cliniques, puisqu'ils représentaient la seule possibilité de facturation directe au patient qui se prêtait à un détournement systématique.
82. Encouragés en ce sens par les Fédérations, les Professionnels (...) ont utilisé la rubrique du médicament et de l'anesthésique pour générer des revenus additionnels à la rémunération versée par la RAMQ, en contravention aux alinéas 4 et 9 de l'article 22 LAM.
83. Or, le législateur a estimé que les infractions aux alinéas 4 et 9 de l'article 22 LAM étaient suffisamment graves pour qu'il prévoie des pénalités de 1 000 \$ à 2 000 \$ pour une première infraction et 2 000 \$ à 5 000 \$ en cas de récidive. Depuis le 10 novembre 2015, ces pénalités ont été augmentées comme suit :

Un professionnel de la santé qui contrevient au **quatrième**, septième, huitième ou treizième alinéa commet une infraction et est passible d'une amende de 5 000 \$ à 50 000 \$ et, en cas de récidive, d'une amende de 10 000 \$ à 100 000 \$.

Quiconque contrevient au **neuvième** ou onzième alinéa commet une infraction et est passible d'une amende de 5 000 \$ à 50 000 \$, dans le cas d'une personne physique, et de 15 000 \$ à 150 000 \$, dans les autres cas. En cas de récidive, les amendes minimale et maximale sont portées au double.

84. En effet, non seulement cette pratique contrevenait clairement à la LAM, mais elle représentait un subterfuge, une supercherie, un faux semblant ou un mensonge, dans la mesure où de fausses inscriptions dans la facturation étaient faites afin de d'obtenir du patient des sommes auxquelles les médecins/optométristes/cliniques n'avaient pas droit. De plus, elle exposait le gouvernement provincial à des pertes de revenus substantielles en vertu de la LCS, tel que déjà décrit.

3.1.2 La choquante et inexcusable disproportion des montants facturés

85. Les milliers de factures déposées comme pièces à la présente demande démontrent qu'un grand nombre de médecins/optométristes/cliniques ont facturé, sous le couvert de frais pour médicaments et agents anesthésiques, des montants qui pouvaient représenter des dizaines, des centaines, voire des milliers de fois le coût réel des médicaments administrés ou prétendument administrés. L'enquête permettra d'établir le prix coûtant selon le prix courant payé par les cliniques pour les diverses fournitures; les prix référencés dans la Demande ne sont cités que pour donner l'ordre de grandeur de la majoration.
86. Quelle qu'en soit la motivation, de telles pratiques sont clairement illégales selon la loi et les ententes.
87. Or, les médecins, les cliniques et les optométristes savent ce qu'il leur en coûte pour obtenir les médicaments et agents anesthésiques qu'ils administrent accessoirement à des actes assurés. Ils ne peuvent donc plaider l'ignorance à ce sujet.
88. Il n'y a en outre aucun lien rationnel entre ce coût et les montants qu'ils ont facturé aux patients.
89. (...)
90. (...)

91. Ainsi, l'expression « frais accessoires » est loin de décrire adéquatement la réalité de toutes ces pratiques, puisque l'accessoire peut être plus important que le principal.
92. De plus, (...) ces pratiques ont été tolérées, avalisées, voire encouragées par la RAMQ, le MSSS et les Fédérations (...).

3.1.3 L'incitation de la part des Fédérations (...)

- 92.1. Les Fédérations sont des syndicats professionnels qui représentent les intérêts économiques de leurs membres. Ils sont constitués sous forme de personnes morales sans but lucratif, tel qu'il appert des extraits du Registre des entreprises du Québec, pièce P- 98, en liasse.
- 92.2. La FMSQ a pour mission de défendre et de soutenir les médecins spécialistes de ses 35 associations affiliées qui œuvrent dans le système public de santé, comme il appert d'un extrait de son site internet, pièce P- 99.
- 92.3. La FMOQ a pour mission de veiller aux intérêts professionnels et scientifiques des médecins omnipraticiens du Québec et de défendre leur autonomie professionnelle, notamment en négociant avec les instances gouvernementales les conditions d'exercice de ses membres, comme il appert d'un extrait de son site internet, pièce P- 100.
- 92.4. L'AOQ a pour mission de promouvoir la valeur et le rôle de l'optométrie au sein du système de santé québécois et de favoriser l'indépendance professionnelle et financière des optométristes, comme il appert d'un extrait de son site internet, pièce P- 101.
- 92.5. En vertu de l'article 19 LAM, les Fédérations ont négocié les ententes sur la rémunération de leurs membres avec le MSSS lors de la période visée par l'action collective, ententes qui sont étroitement liées à la facturation illégale des frais accessoires.
- 92.6. Alors qu'elles négociaient avec le gouvernement les ententes de rémunération de leurs membres, les Fédérations les ont incités à facturer des frais en lien avec un service assuré en violation de la loi.
- 92.7. De nombreux documents font état du lien étroit qui existe entre les insatisfactions concernant la rémunération et le phénomène des frais aux patients, quelle qu'en soit la nature.

92.8. Ainsi, la FMSQ et la FMOQ, bien au courant de la pratique répandue de la facturation illégale au Québec, proposaient, dans le cadre du Rapport Chicoine publié en 2007, d'ajouter aux ententes des frais reliés, notamment :

- aux médicaments et agents anesthésiques;
- aux fournitures, à l'utilisation et à l'entretien de matériel ou d'équipement médical;
- à la gestion administrative du dossier du patient, y inclus le service de livraison, transmission ou messagerie;
- aux services fournis par le personnel médical auquel le médecin confie l'exécution de certaines tâches;
- aux services non médicaux dispensés par le médecin ou un membre du personnel;
- aux accessoires médicaux;
- au matériel et fournitures nécessaires pour effectuer des tests diagnostiques, des examens physiques et des traitements courants; et
- aux instruments et au matériel requis pour effectuer diverses techniques médicales;

tel qu'il appert du rapport Chicoine, pièce **P- 40**.

92.9 Or, malgré le fait que ces propositions n'aient jamais été retenues par le MSSS, les Fédérations ont néanmoins par la suite, par différents moyens, incité leurs membres à percevoir de tels frais.

92.10 Par exemple, tel qu'il appert de la pièce **P- 89**, Me Sylvain Bellavance, directeur, affaires juridiques et négociation de la FMSQ, affirmait sans détour en mars 2013 dans *Le Spécialiste* que les frais accessoires qui pouvaient sembler démesurés pour le public étaient chargés pour couvrir les dépenses d'opération des cliniques :

D'emblée, la démesure semble flagrante et le médecin qui facture 300 \$ pour des médicaments qui en valent 10 \$ apparaît ici à l'image publique comme un brigand. Malheureusement, la problématique des frais accessoires ne se résume pas à ces seuls frais et la Fédération a tôt fait de corriger cette perception en précisant que cette facturation vise plutôt à couvrir les nombreuses dépenses d'opération des cliniques médicales et qui sont nécessaires afin d'assurer la prestation des services aux patients.

92.11. En mars 2013, dans un autre extrait du bulletin *Le Spécialiste*, pièce P- 89, Me Bellavance a affirmé que « la problématique des frais accessoires [... vise] à couvrir les nombreuses dépenses d'opération des cliniques médicales qui sont nécessaires afin d'assurer la prestation des services aux patients ».

92.12. Par ailleurs, Me Bellavance affirmait en décembre 2015 dans *Le Spécialiste* que les frais accessoires seraient facturés tant que le financement des activités en clinique ne serait pas adéquat :

[L']existence des frais accessoires résulte d'un sous financement des cliniques médicales qui s'explique en raison de l'évolution des technologies et d'un désengagement graduel de l'État à l'égard des frais d'exploitation des cliniques.

À l'image de la campagne de dénigrement qui sévit contre les médecins, plusieurs attribuent divers torts à la Fédération, prétendant qu'elle favorise la facturation de ces frais aux patients alors que nous avons plutôt tenté à diverses reprises d'obtenir des gouvernements successifs qu'ils financent adéquatement les activités en clinique.

Tel qu'il appert du volume 17 de la revue *Le Spécialiste* de décembre 2015 est produite comme pièce **P- 102**.

93. (...) Les Fédérations publient aussi des indicatifs tarifaires ou conseillent des tarifs à leurs membres (...). La pièce **P-9** en liasse contient plusieurs de ces indicatifs, notamment de la FMSQ et de la FMOQ.

93.1. L'AOQ produit également un guide des tarifs à l'intention de ses membres. En 2014, alors qu'il présente à ses membres ce guide des tarifs, le président de l'AOQ à l'époque, Steven Carrier, encourage ouvertement ses membres à *charger religieusement* les frais accessoires, tel qu'il appert d'extraits de la revue *L'Optométriste* qui démontrent en outre les liens intimes entre les frais accessoires et le financement des cliniques de Professionnels, pièce **P- 103** en liasse (Édition de janvier-février 2014, p. 5) :

Évidemment, il y a aussi des frais accessoires qui sont dans notre cas, principalement des gouttes, des colorants ou certaines autres substances utilisées pour effectuer divers tests. Tous ces frais sont tout à fait justifiés et votre Association vous encourage à les charger religieusement.

94. Tel qu'exposé, les indicatifs tarifaires des Fédérations ne correspondant aucunement au coût des médicaments et agents anesthésiques et plusieurs grilles se contredisent même.

95. Par exemple, les deux indicatifs tarifaires (...) de la FMOQ et de la FMSQ prévoient des montants totalement différents dans certains cas :

	Tarif <u>FMOQ</u>	Tarif <u>FMSQ</u>
Azote liquide	10 \$ (...)	<u>20 \$ - 100 \$</u>
Anesthésique local	10 \$ - 15 \$	<u>10 \$ - 100 \$</u>

96. Par ailleurs, certains montants indiqués par certains indicatifs sont même indéterminables.
97. Par exemple, comme démontré ci-dessus, la grille de la FMSQ prévoit des prix allant de « 20 \$ à 100 \$ » pour les médicaments et de « 10 \$ à 100 \$ » pour les agents anesthésiques, sans faire mention aucune de la nature de ceux-ci ni des quantités utilisées, rendant l'exercice pour ces fournitures totalement subjectif.
98. (...)
99. (...)

99.1 L'influence directe des Fédérations sur la pratique de la facturation illégale se manifeste également lors des négociations entre elles et le gouvernement. En effet, de nombreuses déclarations faites par ces acteurs sophistiqués démontrent qu'ils ont un contrôle sur le moment où leurs membres cesseront la pratique de facturation illégale, tel qu'il appert des déclarations contenues aux pièces **P-104 (en liasse)** et **P-105 (en liasse)**, ainsi que dans les documents suivants :

- Article publié sur indexsanté.ca intitulé « Confusion au sujet des frais accessoires : L'Association des optométristes du Québec exige des réponses », **Pièce P-106**;
- Article de *La Presse* intitulé « Québec annonce l'abolition des frais accessoires », **Pièce P-107**;
- Article du magazine *L'actualité* intitulé « Frais accessoires : les omnipraticiens s'entendent en partie avec Québec », **Pièce P-108**;
- Article du journal *Le Soleil* intitulé « Frais accessoires : les spécialistes dénoncent la "politique-spectacle" de Barrette », **Pièce P-109**;
- Article du journal *Le Quotidien* intitulé « Frais accessoires : pas d'abus ici, assure la FMOQ », **Pièce P-110**;
- Article de TVA Nouvelles intitulé « Les services aux patients seront affectés disent les médecins », **Pièce P-111**.

99.2 Comme il sera démontré à l'enquête, la pratique de facturation illégale était systémique et généralisée à l'ensemble des cliniques au Québec et les Fédérations ont incité leurs membres à facturer des frais illégaux. En raison de leur incitation, les Fédérations sont responsables des frais illégaux payés par les membres du groupe.

3.1.4 Cas illustratifs

100. Certains cas illustratifs sont présentés ci-après afin de donner une idée des pratiques généralisées. (...)

101. La *Liste des médicaments* publiée par la RAMQ dans le cadre de son administration du régime d'assurance médicaments constitue la pièce **P-9**. Elle donne une bonne idée du prix coûtant des médicaments et agents anesthésiques et démontre l'expertise qu'avait la RAMQ dans ce domaine.
102. Par ailleurs, l'expertise du pharmacien Laurent Tétreault concernant les prix de certains médicaments et agents anesthésiques trouvés dans les factures des médecins/optométristes/cliniques constitue la pièce **P-11**.
103. Pour les médicaments dont le prix ne figure pas dans ces documents, la liste de prix de la Croix bleue d'Alberta, pièce **P-12**, servira de guide.
104. Enfin, le site de vente de médicaments en ligne Dufort Lavigne sera utilisé au cas par cas pour compléter le tout.
105. Au dernier mot, les médecins/optométristes/cliniques sont la meilleure source pour connaître les véritables prix que les patients ont payés pour les médicaments et agents anesthésiques utilisés lors d'actes rémunérés par la RAMQ, et le demandeur cherchera à obtenir ces informations de leur part afin de parfaire ses prétentions.

3.1.4.1 En général : certains ordres de grandeur par rapport au prix coûtant

106. Aucun défendeur n'a allégué, au stade de l'autorisation, que les médicaments et agents anesthésiques facturés l'avaient été au prix coûtant, tel qu'il appert des Demandes pour présenter une preuve appropriée au stade de l'autorisation et des Notes et autorités préparées par le cabinet McCarthy, auxquelles tous les défendeurs médecins/optométristes/cliniques originellement poursuivis se sont ralliés, pièce **P-58** en liasse.
107. Tel qu'il appert de la même pièce, au contraire, tous ont prétendu que la facturation au-delà du prix coûtant leur était permise et que ce type de facturation était la norme.
108. Les exemples ci-après, tirés de la pièce **P-97**, donnent une idée de l'ordre de grandeur de la différence entre les montants facturés et le prix coutant. Ils proviennent des pratiques décrites à la section **3.1.5** ci-dessous :
 - Certaines factures indiquent un montant de 45 \$ pour de l'Érythromycine (DIN 01912755), alors que ce produit n'en coûte qu'environ 3,83 \$ selon la liste de prix de la RAMQ (**P-10**, page 247). Il s'agirait d'un surplus de 41,17 \$, soit un surplus de **1075 %**.

- Certaines factures indiquent un montant de 90 \$ pour du Kenalog (DIN 01999869), alors que ce produit n'en coûte qu'environ 25,52 \$ selon la liste de prix de la RAMQ (**P-10**, page 284). Il s'agirait d'un surplus de 64,48 \$, soit un surplus de **253 %**.
- Certaines factures indiquent un montant de 60 \$ pour 2 ml de Bicarbonate de sodium, alors que ce produit ne coûte qu'environ 6,84 ¢ à 7,02 ¢ par mg selon la liste de prix de la RAMQ (**P-10**, page 229). Il s'agirait d'un surplus de 59,86 \$, soit un surplus de **85 271 %**.
- Certaines factures indiquent un montant de 260 \$ pour du Fentanyl 100 mcg, alors que ce produit n'en coûte qu'environ 12,05 \$ selon la liste de prix de la RAMQ (**P-10**, page 148). Il s'agirait d'un surplus de 247,95 \$, soit un surplus de **2058 %**.
- Certaines factures indiquent un montant de 260 \$ pour 3 mg de Midazolam (DIN 02240285), alors que ce produit ne coûte qu'environ 5,80 \$ pour 5 ml selon la liste de prix de la RAMQ (**P-10**, page 209). Il s'agirait d'un surplus d'au moins 254,20 \$, soit un surplus d'au moins **4382,76 %**.

109. Par ailleurs, tel qu'il appert de la pièce **P-97**, il est manifeste qu'aucune facture ne vise le prix coûtant, notamment parce que :

- La plupart des factures sont imprécises (certaines comportent simplement la mention « gouttes »).
- Certaines factures sont même indéterminables (certaines factures indiquent « médicament x ET/OU médicament y ET/OU médicament z », pour un prix total par ailleurs invariable; d'autres incluent la mention « etc. »).
- La vaste majorité n'indiquent pas les quantités administrées.
- Les factures n'incluent souvent pas la description exacte du médicament utilisé et beaucoup omettent le DIN.
- Toutes les factures incluent des montants qui sont des chiffres ronds; or ces chiffres ne varient même pas nécessairement en fonction :
 - du nombre de médicaments utilisés (une clinique facture les mêmes 90 \$ pour 1 ou 2 médicaments et une autre

facture entre 240 \$ et 265 \$ pour une liste variant de 3 à 6 médicaments); ou

- du médicament utilisé (certaines cliniques facturent systématiquement un même montant, peu importe le nombre de médicaments ou agents anesthésiques utilisés).
- Le prix du même médicament varie grandement d'un (...) Professionnel à l'autre.

3.1.4.2 Un patient du (...) Centre oculaire de Québec

110. Les factures illustratives du patient « A » et sa fiche historique de facturation dans son dossier RAMQ, toutes deux caviardées pour protéger son identité, constituent la pièce **P-13** en liasse.
111. Le 31 octobre 2013, alors que l'ophtalmologiste du (...) Centre oculaire de Québec a facturé un montant de 37,05 \$ à la RAMQ dans le dossier du patient en question, ledit Centre lui a facturé un montant de 25 \$ pour de l'Alcaïne (DIN 0035076), de la Fluorescéine (DIN 02148390) et du gel ophtalmique (DIN 02242977) dans le cadre d'un examen de contrôle.
112. Ces 37,05 \$ correspondent au montant qui, selon le *Manuel des médecins spécialistes* alors en vigueur (l'extrait pour les ophtalmologistes constitue la pièce **P-14**), pouvait être facturé par un ophtalmologiste à la RAMQ pour une « visite de contrôle » en cabinet privé d'ophtalmologie, soit l'acte avec le code 09129 (page B-128).
113. Ce montant est plus élevé de 9,60 \$ par rapport au montant pouvant être facturé pour le même acte dans un « local sous gestion du gouvernement ». Dans un tel lieu, la « visite de contrôle » pouvait être facturée au tarif de 27,45 \$ (page B-131).
114. (...)
115. Le Centre oculaire de Québec aurait donc fait un surplus de 22,30 \$ sur les 25 \$ facturés à chaque patient, soit un surplus d'environ **825 %**.
116. Vu autrement, en facturant les médicaments et agents anesthésiques avec un surplus de 22,30 \$, le (...) Centre oculaire de Québec et l'ophtalmologiste, pris ensemble, auraient donc **plus que triplé** le surplus prévu par la majoration négociée dans le cadre des ententes entre la FMSQ et le MSSS : au lieu de recevoir 9,60 \$ de plus, ils ont reçu 31,90 \$ de plus (22,30 \$ + 9,60 \$).

117. Il est intéressant de noter, par ailleurs, que, le 21 janvier 2016, dans le même dossier et pour le même acte (désormais facturé 42 \$ à la RAMQ; voir la pièce **P-2**, page B-132), le (...) Centre oculaire de Québec a facturé un montant de 20 \$ pour les médicaments utilisés, tel qu'il appert de la deuxième facture illustrative. Il a donc baissé son prix.
118. (...)
119. (...)
120. (...)
121. (...)
122. Au surplus, ces mêmes médicaments (voire juste le Mydriacyl), dans le cadre d'examens semblables étaient auparavant facturés à 30 \$ par la même clinique, soit avant que le public ait commencé à dénoncer les frais accessoires illégaux, comme le démontrent d'anciennes factures, pièce **P-16**.
123. Les montants en litige sont donc encore plus importants pour une bonne partie des membres du groupe qui ont dû payer 25 \$, voire 30 \$, pour les mêmes médicaments, avant les baisses successives des prix.

3.1.4.3 Vivien Freedman, patiente de (...) RRX médical Inc.

124. Les factures illustratives de la patiente Vivien Freedman et sa fiche historique de facturation dans son dossier RAMQ constituent la pièce **P-17** en liasse.
125. Le 9 avril 2014, alors que l'ophtalmologiste de (...) RRX médical Inc. a facturé 37,05 \$ et 11,00 \$ à la RAMQ dans le dossier de madame Freedman, ladite clinique lui a facturé 40 \$ pour du Mydriacyl (DIN 00001007), du Mydfrin (DIN 00465763) et du Flurox (DIN 02237775), le prix coûtant desquels est respectivement estimé à 0,18 \$ la goutte; 0,0542 \$ la goutte; et environ 2,01 \$ l'ampoule (pièce **P-11**, page 4-5 – il est à noter que le Flurox est du Fluorescéine sodium [voir la page du site Pharmacompass, pièce **P-18**]), pour un total d'environ 3 \$. Ces estimations sont nécessairement approximatives et seront à parfaire, puisque la facture n'indique pas la quantité utilisée, mais les 3 \$ constituent déjà une estimation généreuse.
126. Comme nous l'avons vu, le montant de 37,05 \$ est plus élevé de 9,60 \$ par rapport au montant pouvant être facturé pour le même acte dans un cabinet public.
127. Donc, en facturant les médicaments à 40 \$ au lieu de 3 \$, soit à **1333 %** de leur prix coûtant, (...) RRX médical Inc. a presque **quintuplé** la majoration négociée dans les

ententes avec le MSSS, puisque, en comptant la rémunération majorée du médecin, pris ensemble ils ont reçu 49,60 \$ au lieu de 9,60 \$.

128. Vu autrement, le surplus de 37 \$ lui a permis de **doubler** les revenus qu'elle recevait pour l'acte assuré lui-même, soit les 37,05 \$ payés pour la visite de contrôle.
129. Quant au montant de 11,00 \$, selon la pièce **P-14**, pages C-51 à C-54, il s'agit de l'un ou de l'autre de quatre examens payés à ce tarif en cabinet privé d'ophtalmologie.

3.1.4.4 (...) J. S. Benhamron M.D. Inc.

130. Tel qu'il appert de la pièce **P-97** (onglet 12), (...) J. S. Benhamron M.D. Inc. a régulièrement facturé des sommes d'environ 495 \$ pour des frais de médicaments accessoires à une coloscopie, qui est un service assuré.
131. Pour ce service, le docteur Benhamron avait le droit de réclamer de la RAMQ jusqu'à 264 \$, plus certains suppléments (pièce **P-2**, pages B-47 et C-38 à C-39).
132. Ainsi, par exemple, dans le dossier d'un patient, lequel est caviardé pour protéger son identité, pièce **P-19**, ce médecin a facturé, en 2012, un montant de 168,90 \$ à la RAMQ, lequel correspond à une « coloscopie du côlon ascendant incluant l'endoscopie » (voir les extraits de l'entente en vigueur à cette date, pièce **P-20**, page C-37); plus un montant de 22,20 \$, qui correspond à une « visite de contrôle » en cabinet privé; plus encore un montant de 64,70 \$, qui correspond à une « visite principale » en cabinet privé (page B-34).
133. Tel qu'il appert de la pièce **P-19**, les 495 \$ sur les factures de la clinique du docteur Benhamron sont ventilés comme suit : 200 \$ pour du Midazolam 3 mg (DIN 02240285), 245 \$ pour de la Chlorhydrate de Kétamine 30 mg (DIN 02246795) et 50 \$ pour du Chlorure de sodium 0,9% (DIN 000377960).
134. Or, la liste de médicaments de la RAMQ indique un prix de 5,80 \$ sous le DIN 02240285 (pièce **P-10**, page 209).
135. Concernant la Chlorhydrate de Kétamine, la liste des prix de la Croix bleue d'Alberta (pièce **P-11**, page 43) indique des prix de 1,7875 \$ par ml.
136. Quant à la Chlorure de sodium, le site en ligne Dufort Lavigne indique des montants de 3,52 \$ à 4,45 \$, selon la quantité (de 250 ml à 1 l). L'extrait pertinent du site constitue la pièce **P-21**.
137. (...) J. S. Benhamron M.D. Inc. a certainement fait un surplus impressionnant par rapport au prix coûtant des produits facturés. Par contre, ne connaissant pas les

quantités utilisées, il est impossible pour le demandeur de connaître le montant exact de ce surplus.

138. Cela étant, les déclarations publiques du docteur Benhamron sont claires à l'effet qu'il facturait ces montants pour couvrir ses frais de cabinet.
139. En effet, le 18 juin 2015 celui-ci a déclaré à un journaliste de TVA ce qui suit, pièce **P-22** (nos caractères gras) :

[Le docteur Benhamron] : [... L]es lois nous permettent [la facturation des médicaments pour défrayer les coûts d'opération de la clinique] jusqu'à présent.

[...]

[Le ministre de la Santé Gaétan Barrette] : [Dorénavant, les médicaments vont être payés], le vrai prix [...] et **ce qui est en arrière** on va évaluer le prix avec une firme externe; ça va être le coûtant, plus 10 à 15 %, point.

[Le docteur Benhamron] : le prix coûtant plus 15 % ben c'est à peu près ce qu'on charge.

140. Le docteur Benhamron a ainsi affirmé qu'il facturait le prix coûtant des frais d'opération de sa clinique (et non des médicaments ou agents anesthésiques), plus 15 %, sous couvert de facturer pour des médicaments et agents anesthésiques.
141. Depuis la mise en vigueur du *Règlement abolissant les frais accessoires liés à la dispensation des services assurés*, le docteur Benhamron est devenu un médecin non participant (la liste actuelle des médecins non participants constitue la pièce **P-23**; voir la page 2).
142. Or, il facture maintenant 795 \$ pour une endoscopie et ne facture plus à la RAMQ, ce qui correspond approximativement à la somme des montants facturés à la RAMQ et aux patients lorsqu'il participait au régime public.
143. De tout ce qui précède il est donc manifeste que le montant de 495 \$ ne servait pas à compenser les frais de médicaments ou d'agents anesthésiques administrés lors d'actes assurés, mais bien à couvrir les frais d'opération de sa clinique.
144. En effet, ces montants étaient sans commune proportion avec le coût de ces médicaments et agents anesthésiques et dépassaient même de loin le montant payé par la RAMQ pour le service assuré lui-même.

3.1.4.5 Le cas de l'azote liquide

145. Pour les dermatologistes, la « visite de contrôle » peut être facturée à 34,10 \$, soit l'acte avec le code 09182 (pièce **P-1**, page B-39).
146. Ce montant est plus élevé de 8,85 \$ par rapport au montant pouvant être facturé pour le même acte dans un « local sous gestion du gouvernement ». Dans un tel lieu, la « visite de contrôle » pouvait être facturée 25,25 \$ (page B-43).
147. La majoration négociée pour la pratique en cabinet privé par rapport à un cabinet de consultation aménagé dans un centre hospitalier est donc de 35 % (8,85 \$ / 25,25 \$).
148. Or, le prix de l'azote liquide facturé par les (...) Professionnels concernés, lors d'une excision de verrue, varie entre 10 \$ et 80 \$.
149. Ces montants sont facturés en sus du montant exigible par le médecin de la RAMQ pour une consultation et l'excision d'une verrue.
150. Le montant payé par la RAMQ pour l'excision de verrues courantes variait entre 10,10 \$ et 17,90 \$ (page F-11).
151. Ainsi, tant par rapport au supplément payé pour les frais de cabinet que par rapport au tarif payé par la RAMQ pour l'excision de verrues, le montant facturé aux patients permettait au médecin de **doubler** ses revenus, voire de les **multiplier par un facteur de 9**.
152. Or, le coût mensuel pour administrer 10 litres d'azote – ce qui est assez pour des centaines de verrues – est d'environ 100 \$.

3.1.5 La facturation par les (...) Professionnels -originellement appelés comme défendeurs

153. Des milliers de factures, dont des factures émises par les cliniques originellement défenderesses, font partie de la pièce **P-97**, déposée en liasse et sous scellés. Bien que les méthodes de facturation n'aient pas été uniformes et qu'elles manquaient souvent de clarté, les médecins/optométristes/cliniques originellement défendeurs (...) ont, entre le 15 mai 2011 et le 26 janvier 2017, (...) facturé, pour des frais de médicaments ou d'agents anesthésiques accessoires à des services assurés qui ont été rémunérés par la RAMQ, des sommes qui dépassaient de loin leur prix coûtant, le tout en contravention à l'article 22 alinéa 9 de la LAM.
154. Ces pratiques, qui étaient une façon (...) pour les professionnels en question, d'obtenir une rémunération supplémentaire et ainsi pallier un prétendu problème de

financement de leurs coûts de fonctionnement, contrevenaient aussi à l'article 22 alinéa 4 de la LAM.

155. Tel qu'il appert de la pièce **P-97**, beaucoup de factures comportaient la mention « frais accessoires » puisque le service principal allait être rémunéré par la RAMQ.
156. Tel qu'il appert de la pièce **P-97**, la plupart des médecins/optométristes/cliniques indiquaient les médicaments ou agents anesthésiques utilisés en utilisant le numéro d'identification DIN (« *Drug Identification Number* ») du produit. Cependant, bien que l'alinéa 3 de l'article 22.0.0.1 LAM exige des factures détaillées, très peu de factures permettent de connaître l'acte médical pour lequel des frais accessoires étaient exigés ou la quantité du produit utilisé, et certaines factures n'incluent que la mention « gouttes » ou une mention générale équivalente.
157. Tel qu'il appert de la pièce **P-97**, plusieurs factures sont au surplus ambiguës, puisqu'elles semblent être émises pour les services couverts eux-mêmes, alors même qu'elles indiquent par ailleurs que la facture couvre en fait les médicaments ou agents anesthésiques utilisés.
158. Tel qu'il appert de la pièce **P-97**, quelques factures paraissent exiger un paiement pour l'acte lui-même sans faire mention de médicaments ou agents anesthésiques, mais dans ces cas, les patients répondent à la définition du groupe parce que le service lui-même a été rémunéré par la RAMQ, que des médicaments ou agents anesthésiques ont bien été utilisés, et que la double facturation est illégale. Dans ces cas, on les informait souvent verbalement qu'il s'agissait de frais pour les « gouttes ».
159. Tel qu'il appert de la pièce **P-97**, beaucoup d'entre elles portent l'avis requis par l'article 22.0.0.1 alinéa 4 de la LAM concernant la possibilité de demander à la RAMQ le remboursement de toute somme exigée en contravention à la LAM.

[Suppression des paras 160 à 375.2] (...)

3.2 (...) La responsabilité solidaire des défendeurs

3.2.1 Survol

376. Tel qu'il sera plus amplement démontré dans les sections qui suivent, tant les omissions que les actions de la RAMQ, (...) du MSSS et des Fédérations ont contribué de façon significative aux pratiques de facturation illégale qui se sont répandues – voire généralisées dans certains domaines – au Québec.
377. Tant la RAMQ que le MSSS et les Fédérations étaient bien au fait de ces pratiques et ne pouvaient ni les ignorer, ni en ignorer l'illégalité.

378. En effet, ces pratiques illégales ont notamment fait l'objet de plusieurs rapports et déclarations publiques émanant tant de la RAMQ et du MSSS (...) que d'autres autorités gouvernementales et d'intervenants de la société civile, tel que détaillé dans cette section.
379. Elles ont aussi fait l'objet de milliers de plaintes de la part des patients et de non moins que trois actions collectives, ainsi qu'une requête en *mandamus* devant la Cour fédérale, tel que détaillé dans cette section.
380. Tant la RAMQ que le MSSS et les Fédérations savaient en outre que ces pratiques étaient répandues dans l'ensemble des cliniques privées au Québec (...) et que la facturation des médicaments et agents anesthésiques accessoirement à des services rémunérés par la RAMQ était sans commune mesure avec leur prix coûtant.
381. Au surplus, tant la RAMQ que le MSSS et les Fédérations savaient que ces pratiques répandues représentaient une importante source de revenus supplémentaires prohibés pour certains professionnels de la santé participant au régime public ou pour les cliniques dans lesquelles ils travaillaient, une interdiction qui remonte au tout début du régime public d'assurance maladie.
382. Cette prohibition a notamment fait l'objet de plusieurs renforcements législatifs au fil des ans, tant au niveau provincial qu'au niveau fédéral :
- 382.1 Le monnayage des services accessoires a toujours été interdit dans l'esprit de la *LAM* (LQ 1970, c. 37, a. 18), et l'a été de façon explicite depuis au moins 1979, lorsque l'art. 22 al. 7 (l'ancêtre de l'alinéa 9 actuel) a été introduit pour interdire à « toute personne d'exiger ou de recevoir tout paiement d'un bénéficiaire pour **un service accessoire à un service assuré** rendu par un professionnel soumis à l'application d'une entente ou par un professionnel désengagé, sauf dans les cas prescrits ou prévus à une entente » (nos caractères gras).
- 382.2 Suite à l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* en 1984, cette interdiction a été renforcée en décembre 1984 et interdisait désormais à « toute personne d'exiger ou de recevoir tout paiement d'un bénéficiaire pour un service, **une fourniture ou des frais** accessoires à un service assuré rendu par un professionnel soumis à l'application d'une entente ou par un professionnel désengagé, sauf dans les cas prescrits ou prévus dans une entente et aux conditions qui y sont mentionnées » (les caractères gras indiquent la modification législative).
- 382.3 La *LAM* a été renforcée une troisième fois, en 2015, afin d'éliminer la possibilité de faire des exceptions dans les ententes avec les médecins. C'est à ce moment-là qu'a été introduit l'alinéa 11 interdisant explicitement « de rendre, directement ou indirectement, l'accès à un service assuré conditionnel à un paiement par une

personne assurée, ou de procurer à celle-ci un accès privilégié à un tel service moyennant paiement », afin de rendre l'interdiction encore plus limpide.

- 382.4 Enfin, en 2016, le législateur a augmenté de façon marquée les peines associées à des infractions aux alinéas 9 et 11 : « Quiconque contrevient au neuvième ou onzième alinéa commet une infraction et est passible d'une amende de 5 000 \$ à 50 000 \$, dans le cas d'une personne physique, et de 15 000 \$ à 150 000 \$, dans les autres cas. En cas de récidive, les amendes minimale et maximale sont portées au double » (art. 22 al. 15).
383. L'inaction de la RAMQ et du MSSS était particulièrement grave puisque leur propre connaissance spécialisée, tant des prix des médicaments et agents anesthésiques que des tarifs prévus par les ententes, aurait dû les faire réagir face à des pratiques de facturation aux patients qui étaient sans commune mesure avec les coûts des produits utilisés et qui, de plus, dédoublaient, voire dépassaient, les tarifs prévus aux ententes.
384. (...)
385. Tel qu'il appert du rapport Chicoine, pièce **P-40**, ainsi que du rapport envoyé par la RAMQ au MSSS, pièce **P-69**, tant la RAMQ que le MSSS et les Fédérations étaient au courant de ces pratiques illégales bien avant le lancement de la présente action collective et auraient eu amplement le temps et l'opportunité d'y mettre un terme (...).
386. En effet, depuis bien avant la présente action collective, tant la RAMQ que le MSSS avaient plusieurs outils législatifs à leur disposition afin de contrer ces illégalités, notamment par l'entremise de leurs importants pouvoirs d'inspection et d'enquête, ainsi que par la possibilité que la RAMQ avait de rembourser des patients et d'obtenir compensation auprès des professionnels de la santé fautifs, voire de référer des cas au Directeur des poursuites criminelles et pénales, le cas échéant.
387. Mais tant la RAMQ que le MSSS ont sciemment choisi de ne pas utiliser ces pouvoirs à ces fins.
388. Au contraire, ils ont fait preuve d'un laxisme institutionnalisé qui a eu pour effet d'encourager et d'amplifier ces pratiques répandues à travers le Québec, tant eu égard au nombre de médecins/optométristes/cliniques qui s'y livraient, qu'à l'ampleur des montants facturés.
389. Ils sont même allés jusqu'à dire qu'ils n'avaient pas le pouvoir d'intervenir, tel que décrit dans la section **3.2.3** de cette Demande.
390. Or, ni la RAMQ ni le MSSS, organismes chargés de l'administration opérationnelle de la LAM, ne pouvaient laisser se répandre des pratiques de facturation illégale en

toute connaissance de cause sans engager leur responsabilité civile, puisque n'eût été de cette tolérance, ces pratiques auraient cessé.

391. Il est en outre inconcevable qu'après des années de renforcements législatifs pour enrayer les pratiques consistant à « exiger ou [...] à] recevoir tout paiement d'une personne assurée pour un service, une fourniture ou des frais accessoires à un service assuré rendu par un professionnel [participant] », le législateur ait voulu ouvrir la porte à une facturation incontrôlée aux patients par l'entremise d'exceptions très restreintes au sein d'ententes censées par ailleurs couvrir la totalité de la rémunération des services ainsi que la totalité de la compensation pour les frais d'opération des cliniques.
392. Que cette évidence ne soit pas reconnue par les autorités en place est choquant et mérite l'intervention de cette honorable Cour.
393. Face à ces pratiques illégales, l'inaction de la RAMQ et du MSSS, de même que leurs justifications absurdes de cette inaction, ne peuvent être expliquées que par un comportement lourdement négligent ou par une intention de mauvaise foi de permettre au système de facturation illégale de continuer.
394. La responsabilité civile du MSSS est engagée dans les deux cas.
395. Laissant de côté l'hypothèse d'un comportement lourdement négligent, qui demeure une possibilité, la mauvaise foi pourrait, par exemple, s'expliquer par la volonté, de la part tant de la RAMQ que du MSSS, de mettre en œuvre leurs propres recommandations, contenues dans le rapport Chicoine dès 2007, qui préconisaient l'extension des frais accessoires pouvant être facturés aux patients afin de remédier au prétendu sous-financement systémique des cliniques privées (voir ci-dessous, à la section **3.2.5.4**).
396. Or, ces recommandations n'ont jamais été mises en œuvre.
397. Sous cette hypothèse de mauvaise foi, tant la RAMQ que le MSSS auraient donc tenté d'en arriver à une nouvelle situation *de facto* sans jamais avoir changé la situation *de jure*. Si cette hypothèse se confirmait, il s'agirait d'actions illégales, *ultra vires* et de mauvaise foi.
398. Or, il y avait une motivation très concrète pour les autorités d'agir de cette façon.
399. Il est en effet possible que le MSSS et la RAMQ, sachant qu'une facturation directe et explicite aux patients pour les services assurés et leurs diverses composantes contreviendrait clairement à la LCS (voir la section **2.3** ci-dessus et la section **3.2.6.3** ci-dessous), qu'ils aient toléré, de mauvaise foi, le subterfuge de la facturation des médicaments et agents anesthésiques parce que la facturation de ce genre de

substances dans les cliniques privées n'est pas clairement interdite par la LCS, alors que toute autre facturation en lien avec des services assurés aux patients l'est.

400. Tel que nous le verrons, tous les signataires du rapport Chicoine en 2007, dont la RAMQ et le MSSS, étaient préoccupés par les incidences de ces pratiques illégales sur les transferts de fonds de la part du gouvernement fédéral en vertu de la LCS, et le gouvernement fédéral est d'ailleurs intervenu dès lors que le ministre Barrette a voulu formaliser la pratique de facturation des frais accessoires aux patients en la légalisant, ce qui a au final mené à la mise en vigueur du *Règlement abolissant les frais accessoires* au 26 janvier 2017.
401. C'est ce qui pourrait expliquer le comportement apparemment contradictoire qui consistait, pour la RAMQ, à la connaissance du MSSS, de sévir dans certains cas évidents mais pas dans d'autres, pourtant similaires eu égard aux montants qui étaient facturés aux patients. Ce comportement est décrit en détails à la section **3.2.5.6**, pièces à l'appui. La pièce **P-55** contient plusieurs décisions contradictoires de la RAMQ.

3.2.1 Connaissance des pratiques de gonflement des prix

402. Tant la RAMQ que le MSSS prétendent qu'ils ne pouvaient pas intervenir en l'absence d'indications réglementaires précises concernant le prix coûtant des médicaments et agents anesthésiques facturés, tel qu'il appert notamment des déclarations (...) du porte-parole de la RAMQ rapportées à la section **3.2.3**.
403. Or, tant la RAMQ que le MSSS et les Fédérations savaient que les montants facturés pour les médicaments et agents anesthésiques étaient sans commune mesure avec le prix coûtant des produits indiqués, tel qu'il appert des sections **3.2.5.4** et **3.2.5.6.8**.
404. La connaissance de la RAMQ et du MSSS découle notamment du fait qu'ils administrent chacun une liste des prix, contenant la plupart des médicaments facturés aux patients, dans le cadre de leurs responsabilités en vertu de l'assurance médicaments (pièce **P-10**) et l'assurance hospitalisation (pièce **P-25**), respectivement.
405. Ainsi, il aurait été facile pour eux de se faire une idée concernant le prix coûtant des médicaments et agents anesthésiques facturés aux patients.
406. À tout le moins, tel que le démontrent les faits exposés aux sections mentionnées, ils savaient que les montants facturés ne correspondaient pas au prix coûtant et ils auraient pu sommer les professionnels de la santé et les cliniques de changer leurs pratiques.

407. Au surplus, tant la RAMQ que le MSSS et les Fédérations savaient que les montants facturés dépassaient même régulièrement les tarifs payés par la RAMQ et négociés par le MSSS pour le service assuré lui-même.
408. Ils ne peuvent donc plaider l'ignorance pour justifier leur non-intervention fautive.
409. La RAMQ aurait aussi tout simplement pu demander aux (...) Professionnels quel était leur prix coûtant, ce qu'elle a sciemment négligé de faire lors de ses inspections et enquêtes, tel qu'il sera décrit ci-dessous.
410. En l'absence d'action de la part de la RAMQ, le MSSS aurait notamment pu lui ordonner d'intervenir.

3.2.2 Interprétation absurde et de mauvaise foi de la LAM

411. Si la RAMQ et le MSSS avaient agi de bonne foi afin de faire respecter la loi d'ordre public et à portée sociale qu'est la LAM, ils auraient déployé des efforts raisonnables afin de sauvegarder son principe cardinal de la gratuité et de limiter au strict minimum les très rares exceptions à ce principe.
412. Dans ce sens, afin que la loi soit respectée, il est évident que la RAMQ et le MSSS ont le devoir de l'interpréter. Pour ce faire, ils doivent l'interpréter de bonne foi, selon le sens ordinaire des mots et selon les objectifs d'une loi à caractère social et d'ordre public.
413. Ils doivent en outre éviter des interprétations qui mèneraient à des conséquences absurdes, injustes ou déraisonnables.
414. Ainsi, alors même qu'ils savaient ou auraient dû savoir que la facturation au-delà du prix coûtant des médicaments et agents anesthésiques contrevenait aux articles 19, 22 et 23 de la LAM, ils n'ont rien fait à cet égard, et sont même allés jusqu'à encourager ces pratiques.
415. Plus précisément, les autorités semblent baser leur non-intervention sur une interprétation simpliste et absurde de la LAM afin de sciemment permettre à la facturation illégale de continuer.
416. Ainsi, la RAMQ prétendait qu'en l'absence d'une nomenclature de prix (...) des médicaments et agents anesthésiques facturés, elle était totalement désarmée face à ces pratiques, ce qui est absurde : le fait de ne pas connaître les prix exacts n'implique pas qu'on ne peut jamais affirmer qu'un prix est trop élevé.

417. L'absurdité de la situation est révélée au grand jour dans deux entrevues par Pierre Maisonneuve à l'émission *Maisonneuve en direct*, où le porte-parole de la RAMQ, Marc Lortie s'est exprimé comme suit :

[Transcription d'une entrevue radiophonique du 20 mai 2011, pièce P-26]

[Pierre Maisonneuve] : Monsieur Lortie, combien la RAMQ donne-t-elle à un médecin qui doit faire une injection de Lucentis, en clinique privée?

[Marc Lortie] : Bon, effectivement, que ce soit pour une injection de Lucentis ou tout ce qu'on appelle injection intravitréenne, là, que ce soit à l'hôpital ou à la clinique privée.

PM : Oui.

ML : Ce qui est prévu à l'entente signée entre le ministère de la Santé et la Fédération des médecins spécialistes, c'est cent soixante-quinze dollars (175 \$) pour l'acte médical.

PM : Donc, le médecin reçoit cent soixante-quinze dollars (175 \$) pour l'acte médical.

ML : En plein ça.

PM : Bon.

Maintenant, si le traitement se donne à l'hôpital, est-ce que vous avez d'autres frais, vous, à payer?

ML : Nous, la régie, notre rôle c'est de rémunérer les médecins. Ce qui se passe à l'hôpital, là, que ce soit l'infirmière, l'utilisation des plateaux techniques, tout ça.

PM : Oui.

ML : Ce n'est pas dans le budget de la régie de l'assurance maladie, c'est dans le budget de l'hôpital.

PM : Bon. Donc, quel que soit l'endroit où se retrouve le médecin, vous allez payer le cent soixante-quinze dollars (175 \$)?

ML : Oui.

PM : Alors, la question que l'on se pose, comment peut-on... et est-ce que vous vous l'êtes posée cette question-là, parce que je pense que vous avez fait enquête sur ce genre de cas-là, comment se fait-il qu'on peut réclamer deux cents trente dollars (230 \$) de plus à des personnes, parce qu'on n'est pas à l'hôpital mais qu'on est en clinique privée?

ML : Bien ça, je peux vous l'expliquer. Ce n'est pas qu'on a fait enquête, on a fait des vérifications. Nous, là, notre rôle...

PM : Vous avez vérifié.

ML : ... c'est de faire respecter la loi sur l'assurance maladie...

PM : Oui.

ML : ... et les ententes qui sont signées entre le ministère et les Fédérations de médecins. Dans le cas de la Fédération des médecins spécialistes, dans l'entente, il est clairement indiqué qu'un médecin peut demander compensation pour des frais... pour les médicaments et les agents anesthésiques. Sauf que ce n'est pas... il n'y a aucun montant d'indiqué dans cette entente-là.

PM : Non. Mais si on dit que ça coûte à peu près quinze dollars (15 \$) pour l'agent anesthésique ou je ne sais trop, pour des gouttes, et que ces mêmes gouttes, on demande deux cents trente dollars (230 \$), vous dites vous n'êtes pas... vous dites, c'est conforme à l'entente?

ML : Ce qu'on dit, c'est que s'il y a... on considère que le montant exigé est démesuré, excessif, ce n'est pas dans le champ de la RAMQ de statuer là-dessus. Ça revient au Collège des médecins de se prononcer. Est-ce que de demander deux cent trente dollars (230 \$) pour des gouttes ophtalmiques, là, est-ce que c'est exagéré? (Inaudible).

PM : Mais pourquoi vous pouvez dire à ce moment-là que les frais demandés, par des médecins en clinique privée, sont légaux?

ML : Bien, qu'ils sont légaux ou illégaux, ça dépend des situations. Si on parle, au sens large, pour les frais accessoires, je pourrai vous donner des exemples pour le bénéfice de vos auditeurs.

PM : Oui.

ML : Et je pourrai vous dire aussi d'inviter vos auditeurs à se rendre sur notre site internet, on a des exemples de frais qui peuvent être exigés ou qui ne peuvent être exigés. Si on revient à ce que...

PM : Mais est-ce que vous allez me donner l'exemple que ça peut coûter deux cent trente dollars (230 \$) pour... de frais accessoires pour des agents anesthésiants et des médicaments, sans préciser les montants?

ML : Bien, c'est comme je... Je peux vous donner des exemples de frais qui ne peuvent être exigés. Je vais vous en donner tout de suite.

PM : Oui,

ML : Bon.

PM : Oui.

ML : Puis [je vais vous en donner] un, un exemple. Je vais vous en donner trois (3) même. Écoutez. j'invite les gens à se rendre sur notre site internet. Vous allez avoir plusieurs exemples. Quand on demande aux gens de payer pour ouvrir ou gérer un dossier, c'est illégal. On ne peut pas demander ça. On ne peut pas demander de l'argent aux patients pour payer le personnel de bureau, que ce soit le secrétariat, l'archivage. On ne peut pas non plus demander aux gens de payer pour une seringue, un aiguille par exemple, c'est illégal de demander des montants pour ça.

PM : Alors, qu'est-ce... qu'est-ce qu'on peut demander pour deux cents trente dollars (230 \$)?

ML : Bien, ça n'a pas rapport au montant, là. Ce que je vous dis....

PM : Parfait.

ML : Ce que je vous dis, ce qu'on dit, tout haut, c'est que ce n'est pas illégal, c'est prévu dans l'entente qu'on peut demander. C'est qu'il n'y a pas de montant et c'est pour ça qu'on dit, nous à la Régie, que...

PM : Mais, qu'est-ce qui est prévu...

ML : ... ça revient au Collège de se prononcer sur le fait qu'on demande un montant qui semble élevé pour des gouttes ophtalmiques.

PM : Attention. Marc Lortie, vous êtes quand même, à la RAMQ, responsable de l'application de la Loi de la santé, là, sur l'assurance santé.

ML : De la Loi sur l'assurance maladie et des ententes...

PM : C'est bon.

ML : On applique les ententes qui sont signées entre les parties. Ce n'est pas la Régie qui négocie ces ententes-là.

PM : Alors, comme... qui... comment pouvez-vous me renseigner, si vous ne connaissez pas les coûts inscrits aux ententes? Vous semblez me dire, il n'y en a pas de coûts. Il y a une entente, on peut réclamer des frais, mais on ne sait pas quoi.

ML : Mais c'est parce qu'ils ne sont pas précisés, les coûts. C'est ça que je vous dis. C'est qu'il y a une entente de signée entre les parties, concernant les frais qui peuvent être exigés aux gens pour des agents anesthésiques et des médicaments, mais on n'indique pas de montants. Et nous on dit, ce n'est pas à nous à statuer sur c'est quoi le montant qui est raisonnable.

PM : Mais qui va... Qui va défendre les gens au niveau de l'application de la loi si vous ne pouvez pas le faire? Qui va nous renseigner adéquatement? Qui va nous protéger?

ML : Quand on parle de l'aspect déontologique, monsieur Maisonneuve...

PM : Mais, là je ne parle pas d'aspect déontologique, je parle d'aspect respect de la loi.

ML : Bien, je viens de vous expliquer que nous, on fait respecter la loi et les ententes. Et l'entente dit qu'on peut demander compensation pour des agents anesthésiques et des médicaments, qu'il n'y a pas de montants d'indiqués.

PM : Bon.

ML : Donc, on ne peut pas, nous, statuer sur le montant.

PM : Hé bien. Marc Lortie, responsable des relations de presse à la RAMQ. Je vous remercie beaucoup.

[Transcription d'une entrevue radiophonique du 24 novembre 2011, pièce P-27]

[Marc Lortie :]La Régie de l'assurance maladie, monsieur Maisonneuve, est là pour appliquer la *Loi sur l'assurance maladie*, les règlements qui en découlent, de même que les ententes qui sont signées entre le ministère de la Santé et les fédérations de médecins.

[...]

[Pierre Maisonneuve :]Je veux savoir, est-ce que dans votre mandat, puisque c'est vous qui devez déterminer, ou qui interprétez cette loi, à ce moment-là vous avez, on peut s'attendre à ce que vous nous protégiez contre les abus, que vous dénonciez les abus.

[ML :]En fait ce qu'on fait effectivement lorsqu'on découvre des situations où des frais sont exigés à des patients et que des frais ne sont pas permis c'est sûr qu'on intervient auprès des médecins et des cliniques.

[...]

[PM :]Alors dites-moi, qu'est-ce qu'on peut me réclamer en clinique, que ce soit en ophtalmologie, en colonoscopie, que ce soit en physiatrie, que ce soit en bien d'autres domaines, qu'est-ce qu'on peut me réclamer?

[ML :]Ce qui est permis par la loi ou les ententes au niveau des frais accessoires c'est les agents anesthésiques, les médicaments, on parle aussi exemple de stérilet, de, du plâtre, tout ça, ça c'est permis. Ce qui n'est pas permis, quelques exemples, on ne peut pas vous demander de l'argent pour gérer votre dossier, pour payer le salaire des secrétaires, pour payer des seringues, tout ça ne sont que quelques exemples.

[...]

[PM :]Bon, ben écoutez, je vais vous donner un exemple, parce que c'est une auditrice, la dernière fois qu'on en a parlé, elle me dit ceci. Je vais dans une clinique de physiatrie, je dois payer 300 \$ pour une

infiltration de cortisone. Si je vais à côté dans une clinique [...] de radiologie, pour le même traitement je paierais 90 \$. J'ai demandé une explication aux responsables et on m'a dit « eh bien écoutez, c'est parce qu'on a quand-même de l'équipement, on a quand-même du personnel, on a quand-même une salle d'urgence ou une salle d'opération pour opérer » et donc, le ministre, le docteur Barrette le répète, il dit « vous savez, c'est très simple », les gouttes à 200 \$ ça le dérange pas, c'est pas abusif parce que ça paye autre chose. Autrement dit, il y a comme un camouflage total dans le système de santé actuellement. Vous êtes là pour analyser si ça doit se passer comme ça et on n'a jamais vraiment la réponse à bien des enquêtes qui durent des mois. Comment vous expliquez ça?

[ML :]Vous savez monsieur Maisonneuve, là, à défaut d'encadrement réglementaire là-dessus [...]. Ce que je vous disais tantôt là c'est que, quand on parle que les médecins ou les cliniques peuvent exiger des frais pour des agents anesthésiques ou des médicaments.

[PM :]Ouais, 4 \$ que ça coûte pour un médicament, puis on charge 170 \$.

[ML :]Ouais, mais excusez-moi, c'est parce qu'il y a aucun montant qui n'est inscrit à nulle part dans les ententes qu'il y a entre le ministère de la Santé et les fédérations de médecins.

[PM :]Attention, attention, on doit, il ne doit pas y avoir des frais abusifs.

[ML :]En fait ce qui est indiqué, c'est que, ils peuvent demander compensation. Y a aucun montant d'indiqué. Moi ce que je vous dit c'est que la Régie intervient dans les limites de ses moyens. À défaut d'encadrement réglementaire, nous on y va avec les moyens qu'on a, au niveau de la loi, au niveau de la sensibilisation.

[...]

[PM :]Mais monsieur Lortie, comment ça se fait que cette unité-là, cette inspection, cette intervention, pourquoi elle est récente? Ça fait des années qu'on parle; il y a eu un rapport en 2006 (*sic*), dans le cas des ophtalmologistes, comment ça se fait que cette unité-là n'existait pas avant?

[ML :]Écoutez on s'est penchés sur un plan d'action qui a commencé déjà il y a plusieurs mois et cette unité-là fait partie de

notre plan d'action justement pour sensibiliser, pour prévenir ces situations-là, pour s'attaquer à la source du problème. En allant dans les cliniques médicales, en allant voir ce qui se passe là-dedans, au niveau de l'affichage des tarifs, au niveau des frais qui sont demandés, nous on a la conviction qu'au bout de la ligne ça va permettre de réduire sensiblement ces situations-là. Ceci étant dit, [...] je tiens à vous rappeler, à défaut d'encadrement réglementaire, la Régie ne peut pas faire autre chose.

[...]

[PM :]Et dites-moi, si vous découvrez, par exemple que dans une clinique on m'a chargé 200 \$ de trop, ou de façon illégale, est-ce que je serai remboursé? Ou si je devrais aller en recours collectif comme les gens souffrant de dégénérescence maculaire à Québec où des médecins; on ne donne plus le traitement à l'hôpital, on identifie le problème à l'hôpital, mais on renvoie les clients aux ophtalmologistes qui sont dans l'hôpital, on les renvoie dans leurs cliniques, où ils doivent payer 200 \$ alors, même si le ministre a fini par corriger ça en partie?

[ML :]En fait, monsieur Maisonneuve, je tiens à rappeler qu'en tout temps, les gens qui considèrent qu'ils ont payé des frais qu'ils n'auraient pas dû payer, qu'ils nous envoient leur reçu détaillé, ça va être analysé et lorsque des frais sont demandés qui n'auraient pas dû être payés, nous remboursons les personnes et nous nous compensons auprès des médecins.

418. Ces extraits sont reproduits dans leur intégralité pour démontrer en outre que la RAMQ base sa non-intervention sur deux arguments incompatibles. En effet, d'une part, elle affirme que même si les montants facturés contreviennent à la LAM, elle ne peut intervenir parce qu'il lui manque une nomenclature de prix pour ce faire; et de l'autre, elle affirme que, parce qu'une telle nomenclature n'existe pas, ces montants ne contreviennent de ce fait pas à la LAM.
419. Or, en plus d'être incompatibles entre elles, ces deux interprétations sont de mauvaise foi patente et irrationnelles. En effet, tant la RAMQ que le MSSS semblent avoir pris la position que dès qu'un professionnel ou une clinique indique qu'un montant quelconque tombe dans la catégorie des médicaments ou agents anesthésiques, leur facturation illimitée est de ce fait permise par la LAM, même s'il est évident – et même reconnu par la RAMQ et le MSSS eux-mêmes – que ces montants couvraient en réalité les frais d'opération des cliniques.
420. Tel qu'il sera exposé à la section **3.2.5.6** ci-dessous, dans plusieurs cas la RAMQ a même demandé à des professionnels de la santé ou à des cliniques de réviser des

factures qui à leur face même facturaient le service assuré en double afin de leur permettre de réviser leur justification et de laisser passer la charge sous couvert de médicaments ou agents anesthésiques.

421. En somme, par cette interprétation outrancière et irrationnelle, voire empreinte de mauvaise foi, tant la RAMQ que le MSSS ont contribué de façon significative à la facturation illégale dénoncée par la présente action collective.

3.2.3 Obligation d'intervenir

422. Il n'était pas ouvert aux autorités chargées de l'application de la LAM de refuser de se faire une idée de la limite de la notion de « compensation » dans la LAM et dans les ententes, alors que selon leur propre analyse, cette notion était détournée par les cliniques pour pallier à un problème de sous-financement systémique.
423. Or, c'est bien ce qu'elles ont fait dans le cas présent, puisqu'elles n'ont même pas tenté d'établir de balises quelconques.
424. Tel que décrit dans les paragraphes 425, 425.1, 426 et 461, il est pertinent de noter que d'autres instances ont, dans des cadres connexes, commenté sur l'absurdité de ces pratiques et ont agi en fonction.
425. Ainsi, plusieurs assureurs privés ont limité le remboursement des montants facturés pour médicaments et agents anesthésiques (pièce **P-28** en liasse).
- 425.1 De même, la Commission des lésions professionnelles a déjà validé une décision de la Commission de la santé et de la sécurité du travail, qui devait interpréter la notion de frais accessoires de la LAM dans le cadre de son mandat d'application de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*. La CSST avait raisonné comme suit :

« La seule composante qui est remboursable à la travailleuse est relative à la médication et ceci peut inclure la Xylocaïne sans épinéphrine et la Chlorexydrine, tel qu'il apparaît à la facturation du 13 mars 2007.

Or, la clinique privée a chargé à la travailleuse 441 \$ pour ces deux médications.

Selon la tarification normalement reconnue, la Commission peut rembourser 2 \$ pour la formule sanguine et 10 \$ pour la Xylocaïne et la Chlorexydrine. » (*Lauzon et Sécurité des incendies de Montréal*, 2008 QCCLP 6241 (CanLII), par. 17).

426. Nous verrons aussi que dès 2006, la Cour supérieure a fait de même dans le dossier *Accès à l'avortement*.
427. Nous ferons ci-après un étalage chronologique – nécessairement incomplet – des très nombreux faits et déclarations démontrant la complaisance de la part de la RAMQ et du MSSS à cette facturation illégale, laquelle a subtilisé des millions, voire des centaines de millions de dollars des patients du Québec et a mis à mal le principe cardinal de la gratuité des services assurés, principe pourtant établi depuis le tout début du régime en 1970 et renforcé législativement à plusieurs reprises depuis.
428. Encore plus grave, cette complaisance a mis à mal le principe même de la primauté du droit.

3.2.4 Chronologie des événements démontrant la responsabilité (...) du MSSS

3.2.4.1 Les demandes de remboursement reçues par la RAMQ des personnes assurées

429. Pour la période couverte par cette action collective, la LAM prévoyait un mécanisme afin de faciliter le remboursement de montants illégalement perçus des patients : en autant que ceux-ci en faisaient la demande dans l'année qui suivait la facturation, la RAMQ les remboursait et opérait compensation auprès du professionnel de la santé (22.0.1 LAM).
430. De telles plaintes avaient déjà commencé à s'accumuler avant la présente action collective, mais ont explosé ces dernières années, tel qu'il appert du paragraphe suivant.
431. Ainsi, si le rapport Castonguay de 2008 (voir la section **3.2.5.5**, ci-dessous) relevait 250 plaintes en 2003-2004 et 550 en 2006-2007, la réponse de la RAMQ à une demande d'accès à l'information du demandeur concernant les « demandes de remboursement ayant trait à des médicaments et agents anesthésiques de mai 2011 jusqu'à aujourd'hui [le 25 mai 2014] », pièce **P-29**, à la page 2, relevait que
- l'unité administrative responsable de traiter les demandes visées par la demande d'accès traite en moyenne 4 500 dossiers annuellement [...]. Pour répondre à la demande d'accès, il faudrait consulter un par un environ 17 000 dossiers [...].
432. Or, nous verrons que dès qu'un professionnel de la santé ou une clinique indiquaient que les montants facturés aux patients couvraient des médicaments ou agents anesthésiques, la RAMQ refusait systématiquement les demandes de remboursement, sans jamais demander aux professionnels de la santé ou à la

clinique de se justifier en révélant leur prix coûtant et tout en sachant par ailleurs que le prix facturé était souvent bien au-delà de ce coût.

433. Les 150 dossiers finalement communiqués suite à la demande d'accès, pièce **P-30** en liasse, révèlent que ces refus systématiques ne tenaient aucunement compte des médicaments ou agents anesthésiques administrés ou de leur coût.
434. Chaque plainte par une personne assurée concernant des médicaments ou agents anesthésiques facturés au-delà de leur prix coûtant rejetée par la RAMQ représentait une opportunité perdue pour faire appliquer la loi et par ailleurs informait spécifiquement la RAMQ des pratiques illégales auxquelles se livraient de multiples médecins/optométristes/cliniques au Québec.
435. En effet, chaque plainte concernant la facturation de médicaments ou agents anesthésiques au-delà de leur prix coûtant révélait des pratiques illégales non seulement dans le cas du plaignant, mais bien pour tous les patients du même professionnel ou de la même clinique.
436. Or, non seulement la RAMQ rejetait-elle de telles plaintes et omettait-elle de ce fait de faire enquête au bénéfice de tous les patients du même professionnel ou de la même clinique, mais, tel qu'il appert de la pièce **P-56** et des déclarations rapportées à la section **3.2.3**, elle a même multiplié les déclarations publiques en expliquant clairement que toute indication par le professionnel de la santé ou par la clinique à l'effet que des médicaments ou agents anesthésiques avaient été utilisés emmènerait automatiquement à sa non-intervention, ce qui ne peut pas avoir manqué d'encourager de telles pratiques, alors même qu'il était de connaissance généralisée que plusieurs cliniques cherchaient des moyens pour se financer davantage, un constat que la RAMQ a elle-même fait dans le rapport qu'elle a transmis au MSSS en septembre 2010. Le rapport, pièce **P-69**, portait le titre « Frais facturés aux personnes assurées – Éléments de réflexion et pistes de solution ».
437. (...)
438. Si la RAMQ avait suivi l'interdiction claire de la loi, elle aurait demandé aux médecins de fournir des preuves justificatives de leurs coûts afin de vérifier si la facturation visait leur compensation ou bien autre chose.
439. Constatant l'évidence, soit que cette facturation dépassait de loin la simple compensation pour les coûts engagés par les professionnels de la santé et les cliniques, elle aurait pu, pour le minimum, inviter les patients à demander un remboursement et procéder à un tel remboursement aux patients qui en faisaient la demande, tout en opérant compensation auprès des professionnels de la santé, ainsi que, le cas échéant, contester devant les tribunaux tout argument voulant que les professionnels de la santé ou les cliniques pouvaient facturer un montant dépassant la fonction compensatrice des frais.

440. Elle aurait, de plus, pu sommer les professionnels de la santé et les cliniques visés d'arrêter ces pratiques et elle aurait pu utiliser des moyens de plus en plus contraignants pour s'assurer que ses sommations seraient suivies, jusqu'à référer des dossiers au DPCP le cas échéant.
441. Si la RAMQ avait agi de bonne foi, la simple procédure de remboursement et de compensation prévue à l'article 21.0.1 LAM aurait eu un impact non-négligeable sur la facturation illégale au Québec.
442. Conjointement avec toutes les autres options d'intervention qui se présentaient à elle, ces procédures auraient eu pour effet de faire cesser les pratiques illégales attaquées par la présente action collective.
443. En somme, la RAMQ, par son inaction, son aveuglement volontaire et sa complaisance face à la facturation illégale, a laissé échapper de très nombreuses opportunités qui se sont présentées à elle de les sanctionner et ainsi d'y mettre fin.

3.2.4.2 Les enquêtes de la RAMQ

444. Tel qu'il appert de la section **3.2.3** de la Demande, le MSSS et la RAMQ ont plaidé qu'ils manquaient de pouvoirs afin d'intervenir pour faire arrêter les pratiques de facturation des médicaments et agents anesthésiques au-dessus de leur prix coûtant.
445. Or, tel que décrit à la section **2.4** ci-dessus, durant la période couverte par l'action collective, la RAMQ détenait les pouvoirs d'une commission d'enquête, qu'elle pouvait utiliser de son propre chef ou à la demande du MSSS.
446. Elle les a d'ailleurs effectivement utilisés, tant de son propre chef qu'à la demande du MSSS, afin d'enquêter et de sévir face à certaines autres pratiques illégales.
447. Ces pouvoirs ont même été décrits par la RAMQ elle-même, notamment dans ses rapports d'enquête concernant la Clinique médicale Châteauguay (pièce **P-31**, page 1) et (...) Plexo Médiclub (pièce **P-32**, page 2).
448. De même, dans son rapport d'enquête contre la Clinique médicale Bois-Franc, pièce **P-33**, pages 3 et 4, les pouvoirs et les ressources dont elle dispose sont étayés en long :

L'enquête a été réalisée par un enquêteur de la Direction des enquêtes, ce dernier, conformément à la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec* (L.R.Q., chapitre R-5), est investi

des pouvoirs et immunités des commissaires nommés en vertu de la *Loi sur les commissions d'enquête* (L.R.Q., chapitre C-37).

De tels pouvoir autorisent un enquêteur désigné de la Régie, à interroger toute personne et à demander la production de papiers, livres, documents ou écrits qu'il estime nécessaires au déroulement de l'enquête.

L'objectif de cette enquête consiste à effectuer rapidement toutes les vérifications nécessaires auprès de la Clinique afin d'établir la nature, la portée et la légalité de la pratique rapportée dans le journal *La Presse*, en vue de permettre à la Régie d'intervenir, le cas échéant, s'il devait s'avérer que celle-ci contrevienne à la *Loi sur l'assurance maladie* (L.R.Q., chapitre A-29).

[...]

Afin d'atteindre les objectifs de l'enquête, une rencontre a eu lieu le 19 juin 2007.

Des échanges ont eu lieu avec des personnes assurées et des médecins de la clinique.

Un examen exhaustif de tous les documents et renseignements recueillis a été fait.

L'expertise de plusieurs secteurs de la Régie a été sollicitée, particulièrement celle de la Direction des affaires professionnelles et de la Direction des services juridiques.

449. De son côté, le MSSS a initié plusieurs enquêtes en demandant à la RAMQ d'agir, notamment dans le dossier de la Clinique Rockland (pièce **P-34**, page 1).
450. En fait, entre 2007 et 2012, la RAMQ a, de son propre chef ou à la demande du MSSS, enquêté sur plusieurs pratiques douteuses et a même réussi à en enrayer.
451. De plus, les enquêtes démontrent que la RAMQ n'a pas, dans ces cas-là, cherché à se soustraire à ses obligations d'interpréter la LAM afin d'établir une illégalité potentielle, le cas échéant.
452. Ainsi, dans une enquête portant sur la Clinique chirurgicale de Laval, par exemple, la RAMQ a poussé son analyse de la LAM afin d'établir qu'une pratique n'était pas conforme avec « [l]a finalité de la loi », vu que la pratique en question cherchait à « faire indirectement ce qui est clairement interdit par la Loi » (pièce **P-35**, page 3).

453. De même, dans l'enquête portant sur (...) Plexo Médiclub, la RAMQ a fait appel à « l'esprit de la loi » afin d'établir une illégalité (pièce **P-32**, page 4).
454. Au niveau de ses outils d'intervention, dans l'enquête portant sur la Clinique médicale Élite, pièce **P-36**, par exemple, la RAMQ a non seulement informé la clinique que le fait d'exiger des forfaits annuels était illégal depuis le 13 juin 2007, mais elle a aussi notamment informé le Collège des médecins et la FMOQ des conclusions de l'enquête (page 14).
455. Dans l'enquête sur Médisys, pièce **P-37**, à la page 4, en concluant à l'illégalité d'une pratique de facturation, elle a même lancé un appel aux patients afin qu'ils fassent des demandes de remboursement en conformité avec la procédure établie à l'article 22.0.1 de la LAM.
456. Notons enfin que, suite à l'enquête sur (...) Plexo Médiclub, pièce **P-32**, cette dernière a assuré à la RAMQ qu'elle prendrait des mesures immédiatement pour faire respecter la LAM à la lumière du rapport de la RAMQ (page 5).
457. Ainsi, force est de constater que les pouvoirs d'enquête de la RAMQ étaient efficaces et que, lorsqu'ils ont été utilisés de bonne foi, ils ont eu pour effet de forcer les contrevenants à respecter la LAM.
458. Or, ni le MSSS ni la RAMQ n'ont utilisé ces pouvoirs substantiels afin de faire arrêter les pratiques illégales de facturation des médicaments et agents anesthésiques au-delà de leur prix coûtant.

3.2.4.3 La cause Accès à l'avortement de 2006

459. En 2006, le gouvernement du Québec a été condamné, à la suite d'une action collective, à payer plus de 10 millions de dollars en dommages, plus les intérêts et l'indemnité additionnelle, en raison du non-respect des dispositions de la LAM qui interdisent la surfacturation de frais accessoires, tel qu'il appert de la décision *Association pour l'accès à l'avortement c. Québec* (Procureur général) (2006 QCCS 4694), pièce **P-38**.
460. Dans cette affaire, la juge reproche au gouvernement du Québec d'avoir permis la mise en place d'un système qui contrevient à ses lois, soit un système qui obligeait les femmes à déboursier des sommes pour avoir accès à un avortement, alors qu'il s'agissait d'un service couvert. La juge s'exprime ainsi :

[104] Le Gouvernement du Québec, conservant toujours le pouvoir d'amender ou d'abroger les lois, ne peut prendre de décisions politiques qui ont comme conséquences de faire en sorte qu'elles

ne soient pas respectées ou qu'elles soient contournées, que ce soit par l'État ou ses citoyens.

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

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

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

461. La décision, que ni la RAMQ ni le MSSS ni même les Fédérations ne pouvaient ignorer, établissait, dès 2006, que l'article 1.1.4 du Préambule du *Manuel des médecins omnipraticiens* imposait à tout le moins un lien rationnel entre les frais engagés par le professionnel de la santé et le montant compensatoire demandé (nos caractères gras) :

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

462. Cette décision, jamais portée en appel, est une interprétation évidente de l'entente et de la LAM, interprétation que la RAMQ et le MSSS ne pouvaient ignorer. Il incombait aussi aux Fédérations de s'y plier et d'agir en conséquence.

3.2.4.4 Le Rapport Chicoine de 2007

463. En 2006, suite à l'arrêt *Chaoulli* de la Cour suprême et alors que la limite d'un an pour s'y conformer expirait, le ministre de la Santé Philippe Couillard indiquait vouloir développer l'offre de services en dehors du réseau d'établissements publics, pièce **P-39**.

464. Or, il y avait des obstacles de taille à cette aspiration : les contraintes budgétaires d'un côté et la gratuité des soins, tant dans les lois et règlements québécois que dans la LCS, de l'autre.
465. Face à cette impasse, le ou vers le 4 juillet 2007, le ministre Couillard a donné un mandat au Comité de travail sur les frais accessoires – lequel était notamment composé de représentants du CMQ, de la FMOQ, de la FMSQ, dont le ministre Gaétan Barrette (alors président de la FMSQ), de la RAMQ et du MSSS – afin :
- [d']analyser et documenter la problématique entourant la facturation pour un service, une fourniture ou des frais accessoires à un service assuré non prévu par la *Loi sur l'assurance maladie du Québec* (et ses règlements) et les ententes de rémunération intervenues entre le ministre [québécois] et les fédérations des médecins omnipraticiens et spécialistes du Québec.
466. Le rapport au ministre de la Santé constitue la pièce **P-40** et son mandat se trouve à la page 2 de l'Annexe IV.
467. Cette initiative du ministre Couillard faisait suite à la soumission d'un rapport par la RAMQ sur la surfacturation de frais accessoires, lequel concluait que certains médecins participants fournissaient en cabinet privé des services assurés et exigeaient des personnes assurées le paiement de frais accessoires destinés à couvrir les coûts de fonctionnement des cliniques, le tout en contravention avec la LAM, tel qu'il appert de l'Annexe IV du rapport.
468. Tel que décrit plus haut à la section **2.1.2**, les frais de fonctionnement de cabinet sont pourtant négociés sous une composante distincte par les Fédérations (...) avec le gouvernement du Québec.
469. Nonobstant cela, selon le rapport, le réseau privé souffrait d'un sous-financement chronique.
470. C'est à ce sous-financement que ce rapport – signé tant par la RAMQ et le MSSS que par la FMOQ et le (...) ministre de la Santé, Gaétan Barrette, en sa qualité alors de président de la FMSQ – attribue l'explosion de la facturation aux patients.
471. Ce rapport prend notamment en compte les enquêtes de la RAMQ sur les pratiques et les stratégies de contournement de la loi dont il a déjà été question.
472. La communication de plusieurs de ces rapports a été refusée, et ce tant par la RAMQ que le MSSS, suite à des demandes d'accès de la part du représentant Philippe Léveillé, pièce **P-41** en liasse.

473. Dans le rapport Chicoine, toutes les institutions signataires, et notamment les défenseurs MSSS, FMSQ et FMOQ – mais aussi (...) le Collège des médecins – étaient très explicitement au courant, depuis au moins l’année 2007, de la part de professionnels de la santé et de cliniques :

1. de « modèles de facturation “novateurs” visant clairement à compenser des frais d’exploitation »;
2. de « modes de facturation “hors normes” »;
3. de « l’émission de documents de facturation volontairement incomplets »; et
4. d’« une interprétation large de la notion de médicament ».

474. En effet, tel qu’il appert du rapport, aux pages I, III et 5, le comité de travail constate entre autres (nos caractères gras) :

On assiste à une fragilisation de plusieurs cabinets privés et à une **croissance de la facturation de frais dits accessoires qui visent en réalité à couvrir les frais de fonctionnement**; cette situation entraîne des plaintes, des enquêtes et des contestations, etc.

[...]

À moyen et à long terme, compte tenu de l’ampleur grandissante des défis de financement et d’accessibilité, **on peut penser que la proportion de financement par la facturation directe deviendra de plus en plus importante.**

[...]

Différents modes de facturation « hors normes » se sont installés, traduisant une problématique beaucoup plus large de manque de revenu pour couvrir les frais de fonctionnement des cabinets privés.

[...]

Des frais accessoires facturés aux patients ne peuvent résoudre toute la problématique des frais de fonctionnement sans entrer en collision avec les dispositions de la loi canadienne.

475. Analysant plus particulièrement les différents modes de surfacturation, le comité de travail émet les commentaires suivants à la page 6 de son rapport :

Différentes modalités de facturation se sont progressivement installées comme conséquences des problèmes de financement des cabinets privés. Certains ont recours à une facturation émise au patient par un tiers et ne permettant pas d'identifier le médecin qui a rendu le service. À cet égard, les représentants de la RAMQ font état de difficultés accrues pour traiter un nombre croissant de plaintes qui pourraient amener un remboursement au patient et une compensation auprès du médecin impliqué.

Le [CMQ] a aussi constaté l'émergence de modèles de facturation « novateurs » visant clairement à compenser des frais d'exploitation. On s'inquiète de la grande variabilité des montants facturés pour une même fourniture.

476. Ainsi, lorsque (...) les Professionnels justifiaient leurs pratiques de facturation par renvoi aux recommandations de leurs fédérations, dont le mandat principal demeure la négociation d'honoraires plus élevés pour leurs membres, il faut garder à l'esprit (...) la connaissance détaillée, du côté de la FMSQ et de la FMOQ, de ces pratiques illégales.
477. Sur ce point, il est révélateur que dans le cadre de ce comité de travail, (...) la FMSQ et la FMOQ proposaient, à l'Annexe II, des ajouts aux ententes afin d'augmenter les revenus de la pratique extrahospitalière en permettant la facturation non seulement des médicaments et agents anesthésiques, mais également pour notamment :
- toute « fourniture, [...et tout] matériel ou équipement médicale »;
 - la « gestion administrative »;
 - le « matériel et les fournitures »;
 - les « instruments et matériel »; ainsi que
 - le « coût de l'appareil et de l'infrastructure ».
478. Au surplus, les signataires, sensibles à l'illégalité des pratiques qu'ils relevaient, ont envisagé des changements réglementaires et législatifs afin de les légaliser, sans jamais que ceux-ci soient adoptés.
479. En effet, face à ces facturations illégales, la RAMQ, (...) le MSSS, la FMOQ et la FMSQ, entre autres, ont recommandé, à la page V :

- « [d]ans un premier temps » : « une mise à jour des frais facturables aux patients [... compatible] avec la Loi canadienne sur la santé »; et
- « [d]ans un deuxième temps » : « revoir la faisabilité d'élargir la liste des frais facturables aux patients dans le contexte d'une **loi canadienne assouplie** ».

480. Or, ces changements touchant les frais engagés aux fins de la dispensation de services assurés auraient été impossibles sans risquer une collision frontale avec la *Loi canadienne sur la santé*, laquelle interdit toute facturation aux patients pour des services assurés.

481. Quoiqu'il en soit, ces changements n'ont jamais été adoptés.

481.1 Enfin, bien que l'AOQ n'était pas signataire du rapport Chicoine, vu l'importance du sujet pour ses membres, elle devait être au courant de ce rapport peu de temps après sa publication.

3.2.4.5 Le Rapport Castonguay de 2008

482. En février 2008, le Groupe de travail sur le financement du système de santé, présidé par monsieur Claude Castonguay, a soumis son rapport, *En avoir pour notre argent*, au gouvernement du Québec, pièce **P-42**.

483. Dans ce rapport, le Groupe de travail sur le financement du système de santé a notamment fait les constats suivants, aux pages 258-59 (nos caractères gras) :

15.3.1 Les orientations en matière de frais accessoires

La *Loi sur l'assurance maladie* permet aux médecins de facturer certains services qui ne sont pas considérés comme assurés, ainsi que certains frais qualifiés d'accessoires pour les médicaments donnés en cabinet, les agents anesthésiques, pour des examens ou des interventions mineurs et des formulaires à remplir.

Des plaintes et des abus

La Régie de l'assurance maladie du Québec a constaté une augmentation du recours aux frais accessoires en cabinet privé. La création de cliniques médicales associées et de centres médicaux spécialisés pour effectuer des chirurgies électives a relancé le débat à ce sujet.

– Depuis quelques années, la Direction des affaires professionnelles de la Régie de l'assurance maladie du Québec doit répondre à un nombre croissant de demandes d'information et de remboursement de la part d'assurés qui contestent la facturation de certains services. **Le nombre de dossiers à traiter a plus que doublé en trois ans, passant de 250 en 2003-2004 à 550 en 2006-2007** [Note de bas de page : *État de situation sommaire sur les frais accessoires*. Régie de l'assurance maladie du Québec, Québec, juillet 2007].

– On a aussi constaté une augmentation des demandes d'information en provenance des assureurs privés, qui désirent obtenir des définitions plus précises quant aux services assurés, aux services non assurés et aux frais accessoires.

– **Les personnes assurées ont, pour leur part, de plus en plus de difficulté à déterminer la légalité des frais qui leur sont facturés en cabinet privé. Cette situation est d'autant plus préoccupante que les cas de facturation qui sont soumis à la Régie pour remboursement ne représentent que la pointe de l'iceberg** [Note de bas de page : *État de situation sommaire sur les frais accessoires...*, op. cit.]. Pour une pratique de facturation donnée, bien peu de personnes vont aller jusqu'à faire une demande de remboursement à la Régie, soit par méconnaissance de la loi, soit par crainte de représailles de la part du médecin contre qui une plainte serait formulée, soit tout simplement parce que certaines personnes acceptent de payer.

– **Dans certaines cliniques de chirurgie, on passe sous l'étiquette de frais accessoires des frais parfois prohibitifs pour le matériel, les pansements, le plateau technique et le personnel.**

484. Non seulement la RAMQ est-elle citée dans ce rapport, mais il s'agit d'une preuve de plus démontrant que tant le MSSS que la RAMQ étaient bien au fait des pratiques illégales et notamment de l'expansion de celles-ci. Les Fédérations aussi devaient être au courant des conclusions de ce rapport peu de temps après sa publication.

3.2.4.6 Les démarches des patients atteints de dégénérescence maculaire en 2010-2011 et l'action collective Lavoie : la confection par la RAMQ d'une véritable feuille de route pour faciliter la facturation illégale

485. Le cas d'André Lavoie révèle l'absurdité de l'inaction de la RAMQ et du MSSS et de leurs tentatives de la justifier. Cet historique est hautement pertinent pour la présente

action collective, puisqu'il démontrer la complaisance de la part des autorités, qui ont permis à la facturation illégale de continuer et même de s'étendre pour la période couverte par la présente action collective.

486. Atteint de dégénérescence maculaire liée à l'âge, une condition urgente qui peut mener à la cécité si non traitée rapidement et régulièrement, monsieur Lavoie devait se faire injecter un médicament appelé « Lucentis » toutes les 4 à 6 semaines.
487. Or, les hôpitaux de sa région refusaient de lui administrer ledit médicament. Il était donc contraint de se faire traiter en clinique privée.

3.2.4.6.1 Facturation en double par le Centre oculaire de Québec

488. La clinique privée en question, (...) le Centre oculaire de Québec, facturait entre 200 \$ et 230 \$ pour chaque visite de la part de monsieur Lavoie, en sus du montant de 175 \$ qu'elle facturait à la RAMQ pour le service qui consistait à injecter le médicament Lucentis dans l'œil du patient. Les factures constituent la pièce **P-43** en liasse.
489. Elles comportent une liste de médicaments avec la mention « 0 \$ » indiquée à côté de chaque médicament, puis un total de 200 \$. Dans l'une des factures, il y a aussi 30 \$ d'indiqués pour du Mydriacyl 1 % (DIN 00001007), pour un total de 230 \$.
490. Il est à noter que ces montants n'incluaient pas le prix du médicament Lucentis, dont le coût, de l'ordre de 1600 \$, était payé à la pharmacie et pris en charge par le régime d'assurance médicaments selon les modalités applicables à ce régime. La facture constitue la pièce **P-44**.
491. À leur face même, les factures de la clinique comportaient une double facturation du service assuré pourtant déjà payé par le régime public à raison de 175 \$.
492. Notons ici que les 200 \$ à 230 \$ facturés aux patients dépassaient donc confortablement le montant payé par la RAMQ à l'ophtalmologiste participant, montant pourtant négocié par les médecins eux-mêmes, par l'entremise de la FMSQ. Dans un système censé être gratuit, c'est pour le moins insolite. C'était une véritable prise en otage des patients dans une situation d'extrême vulnérabilité.
493. Les autorités RAMQ et MSSS, mais aussi les Fédérations, savaient par ailleurs que ce genre de factures servaient à défrayer les coûts d'opération des cliniques, alors même que ces frais d'opération faisaient l'objet d'ententes globales entre les (...)

Fédérations et le MSSS qui devaient de par la loi constituer les seuls montants reçus par quiconque pour les coûts d'opération liés aux services assurés.

3.2.4.6.2 Plaintes à la RAMQ et au MSSS

494. Face à cette situation proprement choquante, monsieur Lavoie a écrit au ministre de la Santé Yves Bolduc et a porté plainte à la RAMQ en leur envoyant copie d'une des factures. Le message à la RAMQ contenant la copie de la lettre envoyée au ministre constitue la pièce **P-45**.

495. Le bureau du Commissaire aux plaintes de la RAMQ – commissaire qui était nul autre que monsieur André Julien, signataire du Rapport Chicoine (pièce **P-40**, page 2) – a fait suivre cette plainte au bureau de l'expertise médicale de la RAMQ.

496. Dans cette lettre, pièce **P-46**, le bureau du Commissaire aux plaintes indique que :

Sur le reçu daté du 16 avril 2010 du Centre Oculaire de Québec, il y a des frais de 30.00 \$ pour des frais pour Mydriacyl Din 00001007. Le montant 200.00 \$ correspondrait à des frais pour l'injection du Lucentis par son médecin qui travaille à la clinique Centre Oculaire de Québec et à l'Hôpital du St-Sacrement. Par contre, sur le reçu, il n'y a aucun détail ou raison pour les frais de 200.00 \$, seulement le total est inscrit.

497. Or, malgré le fait que monsieur André Julien était bien au fait des pratiques illégales des professionnels de la santé et des cliniques, il a refusé d'intervenir de quelque façon que ce soit dans le processus de plainte de monsieur Lavoie, autre que cette lettre de transfert – le tout tel qu'il appert de sa lettre du 26 novembre 2010, pièce **P-47** – alors que nous verrons qu'il était au courant de chaque étape de cette plainte.

3.2.4.6.3 La RAMQ demande l'émission de nouvelles factures et rejette la plainte malgré la double facturation

498. Ainsi, le 10 mai 2010, la docteure Suzie Lehoux, employée du service de l'expertise médicale de la RAMQ, a fait parvenir la facture de monsieur Lavoie à son médecin, dans une lettre, pièce **P-48**, en lui demandant de lui faire parvenir ce qui suit (caractères gras dans l'original) :

- une nouvelle facture détaillant les fournitures et les services pour lesquels des frais de 230 \$ ont été facturés à monsieur Lavoie, en

apportant des précisions sur les coûts relatifs aux éléments suivants :

✓ liste des médicaments **administrés** ainsi que les coûts imputables à chaque médicament;

✓ autres frais accessoires; [...]

499. Monsieur André Julien était en copie conforme à cette lettre.

500. Or, dans la facture originale, les seuls frais facturés pour des médicaments étaient les 30 \$ exigés pour le Mydriacyl. Tous les autres médicaments étaient explicitement facturés à 0 \$.

501. Le 23 juillet 2010, une note de service interne, pièce **P-49**, a indiqué que les 200 \$ « facturés pour l'injection de Lucentis devront être remboursés au patient et récupérés auprès du Centre Oculaire de Québec ». Monsieur Normand Julien, directeur général des affaires institutionnelles et secrétaire général de la RAMQ, était en copie sur cette note de service.

502. Monsieur André Julien était aussi en copie conforme à cette note interne.

503. Le 2 septembre 2010, l'ophtalmologiste de la clinique en question a renvoyé une lettre, pièce **P-50**, comportant de nouvelles factures indiquant des renseignements contredisant la facture initiale, lesquelles contenaient désormais les indications suivantes sous l'en-tête « détail » pour justifier les 200 \$ facturés : « Alcaine DIN 003576[,] Erythromycin ong. DIN 01912755[,] Provioline 5%[,] Refresh liquigel DIN 02244650[,] Tétracaine DIN 02148544 », sans indiquer où que ce soit les quantités et les coûts des médicaments administrés.

504. Au lieu de demander à la clinique pourquoi elle faisait des factures qui se contredisaient et pousser plus loin son analyse, notamment sur les coûts des produits utilisés, la docteure Lehoux a envoyé un avis de refus à monsieur Lavoie, pièce **P-51**, tout en affirmant que le médecin en question « assure que les montants inscrits sont tous relatifs à des agents anesthésiques ou des médicaments ».

505. Monsieur André Julien était en copie conforme à cette lettre.

506. La décision en révision, pièce **P-52**, en est arrivée à la même conclusion.

507. Monsieur André Julien était aussi en copie conforme à cette lettre.

508. N'arrivant pas à croire qu'une institution publique puisse ainsi ignorer des pratiques patentes de facturation illégale aux patients, monsieur Lavoie a lui-même fait la démarche pour connaître le prix des médicaments listés par le médecin et a fait part de cette recherche au Commissaire des plaintes de la RAMQ, le même monsieur André Julien, signataire du rapport Chicoine, dans une lettre datée du 29 septembre 2010, pièce **P-53**.

509. Il y indique ce qui suit (soulignement dans l'original) :

[C]e qui est encore plus navrant, c'est le travail bâclé de l'évaluation de ma plainte. Dire qu'il a fallu tous ces mois pour accoucher de pures fantaisies. On ne s'est même pas donné la peine de vérifier les factures, ce qui m'a pris quinze minutes avec un pharmacien qui n'en revient toujours pas d'ailleurs de pareille turpitude. Dire que c'est un médecin qui a signé cette évaluation, le 16 septembre dernier, pour conclure que le 200 \$ couvrait le coût de solutions anesthésiques ou ophtalmologiques. Alors on va mettre les pendules à l'heure. [...] Elle n'a procédé à aucune vérification et en tire une fausse interprétation. Elle écrit que pour l'examen préparatoire, il y a quatre solutions anesthésiques ou ophtalmologiques. Désolé, l'examen préparatoire consiste à lire des projections de lettres pour vérifier ma vue et est effectué par une technicienne qui dilate l'œil avec une ou deux gouttes pour prendre la pression. Je ne sais ce qu'il y a là-dedans, mais de toute façon, j'ai les prix de tous les médicaments apparaissant sur la facture, tels que vérifiés par un pharmacien qualifié. Ces prix sont pour des quantités minimums de vente, en millilitres ou en grammes et j'invite madame Lehoux à faire l'exercice [...]. Le total de ces produits est de 153.82 \$. Cependant, la clinique n'administre qu'une goutte ou deux de chacun de ces produits et dans un seul œil. Une goutte équivaut à environ .1 millilitre. À combien devrait alors se chiffrer le total des prix? Prenons un exemple plus incontournable : il n'y a qu'un produit utilisé au complet et c'est l'érythromycine, un mini-tube de 5 mg qu'on nous donne après utilisation et que j'ai conservé. Si un tube de 3.5 grammes coûte 13.85 \$, combien coûte un mini-tube de 5 mg? Même pas un cent! Autre exemple patent, la tetracaine? Combien coûte une ampoule utilisée alors que le lot de 20 ampoules

coûte 59.55 \$? Réponse : à peine 3 \$, et rien ne dit qu'elle est utilisée au complet ou pire, qu'on m'a administré toute une boîte!

[...]

Pourquoi ne pas utiliser l'original de la facture plutôt que chercher un prétexte fantaisiste pour masquer la réalité et contourner votre mission? Les 200 \$ de la facture ne représentent aucunement le coût des solutions comme l'affirme madame Lehoux. Si ce sont les prétentions de la clinique, alors il vous faudrait remettre les pendules ou les prix à l'heure. Mais vous avez préféré fermer les yeux et m'en faire payer le prix. [...]

510. Les notes manuscrites du pharmacien ainsi que celles de monsieur Lavoie constituent la pièce **P-54**.
511. En réponse à cette lettre, tout ce que monsieur André Julien a trouvé bon de répondre, dans une lettre datée du 26 novembre 2010, était qu'il n'était pas de son mandat de « rendre des décisions à sa place [celle de la RAMQ] », pièce **P-47**.
512. Notons enfin que personne – et notamment pas monsieur André Julien – n'a soulevé le troublant fait que ni la clinique, ni le professionnel de la santé visé n'ont répondu aux questions de la docteure Lehoux concernant les « précisions sur les coûts relatifs aux [...] médicaments administrés ainsi que les coûts imputables à chaque médicament ».
513. C'est d'autant plus troublant que la note de service interne, pièce **P-49**, et sur laquelle monsieur André Julien était aussi en copie conforme, avait conclu à l'illégalité des frais facturés.

3.2.4.6.4 Des pratiques démontrant la complaisance de la RAMQ à la facturation illégale

514. Voulant savoir si ces pratiques étaient courantes au sein de la RAMQ, monsieur Lavoie a obtenu, suite à une demande d'accès à l'information, copies de plusieurs dossiers de plaintes concernant les frais facturés à l'occasion d'une injection de Lucentis.
515. Plusieurs des dossiers qui lui ont été communiqués, pièce **P-55** en liasse, sont très instructives.

516. En effet, quoique plusieurs informations personnelles aient été caviardées par la RAMQ, on peut inférer que cette dernière remboursait tantôt les montants (...) facturés lors d'une injection de Lucentis, tantôt elle refusait de le faire, alors même que les montants en question variaient peu.

517. Or, la vice-présidente à la rémunération des professionnels et son directeur des affaires professionnelles ont affirmé à un journaliste que la RAMQ se fiait entièrement à ce qu'affirmaient les médecins, et ce peu importe les montants facturés ou les médicaments ou agents anesthésiques en question, comme l'atteste l'article du journal *Le Soleil* du 8 novembre 2010, pièce **P-56** :

Prise à partie, la RAMQ a tenu à rencontrer *Le Soleil* pour clarifier le processus.

[...]

Lorsqu'un patient réclame un remboursement à la RAMQ, celle-ci demande sa version au médecin traitant. S'il déclare que l'entièreté du montant est pour des gouttes, la demande de remboursement du patient est refusée. Si, comme cela s'est produit, le médecin explique que cette somme est destinée à assumer ses frais de bureau, ou toute autre dépense non admissible, la Régie lui réclame le montant versé et rembourse le patient.

518. En somme, la RAMQ acceptait aveuglément des déclarations mensongères (c'est le mot qu'utilisera le Collège des médecins – voir la section **3.2.5.6.11** ci-dessous) et allait même jusqu'à les solliciter, alors qu'elle était bien au courant du fait que ces frais servaient à couvrir les frais d'opération des cliniques.

519. Ainsi, au strict minimum, il s'agit d'aveuglement volontaire.

520. Le demandeur a fait une demande d'accès à l'information en 2015, pièce **P-57**, et 150 dossiers de plaintes concernant les médicaments et agents anesthésiques lui ont été communiqués suite à une entente à l'amiable devant la Commission de l'accès à l'information. Ces dossiers constituent la pièce **P-30**.

521. Comme l'atteste le dossier numéro 3, de telles pratiques, qui consistent à demander au professionnel de la santé de réviser sa facture, ont continué de plus belle.

522. Par ailleurs, à l'analyse de ces 150 dossiers sélectionnés au hasard, force est de constater que les professionnels de la santé et les cliniques, ayant été explicitement avisés par la RAMQ qu'elle accepterait toute facturation qu'ils affirmaient être pour couvrir les médicaments et agents anesthésiques – et ce quel qu'en soit le montant – ont appris à ne plus affirmer qu'il s'agissait de frais pour autre chose que cela.

523. Ainsi, l'aveuglement volontaire de la RAMQ est devenu une véritable complaisance systématique eu égard aux pratiques illégales (...) dénoncées par cette action collective, complaisance à laquelle participaient les Fédérations.

3.2.4.6.5 Inaction du MSSS malgré des « questionnements »

524. Le 19 octobre 2010, monsieur Lavoie a fait état de cette fâcheuse situation au ministre de la Santé, Yves Bolduc.

525. Le directeur général du ministère, monsieur Michel A. Bureau, a répondu : « nous nous questionnons sur les frais de 230 \$ (...). Cette facture doit indiquer le tarif réclamé pour chacun des services, fournitures et frais accessoires », dans un courriel du 19 octobre 2010, pièce **P-59**.

526. Malgré cela, il n'y a eu aucun suivi, ni de la part de monsieur Bureau, ni de la part du MSSS, suite à la révélation de ces pratiques illégales.

527. Or, ce même Michel A. Bureau était signataire du rapport Chicoine, **P-40**, (voir la page 2), et connaissait très bien la réalité de la facturation de frais d'opération des cliniques sous couvert de médicaments et agents anesthésiques. De plus, le rapport de la RAMQ décrivant ces pratiques comme une façon de faire indirectement ce qui n'était pas permis de faire directement, pièce **P-69** (voir la section **3.2.5.6.8** ci-dessous) venait d'être transmis au MSSS le mois d'avant.

3.2.4.6.6 Réaction médiatique et baisse des montants facturés par les cliniques de Québec

528. Suite au tollé médiatique soulevé par cette affaire, les cliniques de Québec ont baissé leurs prix de moitié, ce qui en soi en dit long sur les montants qui étaient facturés avant. La pièce **P-60** en liasse contient plusieurs de ces articles.

529. Un article du 25 novembre 2010, pièce **P-61**, rapporte d'ailleurs que le docteur Jean-Daniel Arbour, alors le président sortant de l'Association des ophtalmologistes, une des associations constitutives de la FMSQ, a affirmé ce qui suit :

[L]a loi empêche les médecins de facturer autre chose que le prix des gouttes aux patients, mais ce coût « ne reflète en rien la réalité » de ce qu'ils sont réellement. Par exemple, dit le médecin, les

patients doivent chaque fois subir un examen d'imagerie pour lequel l'appareil coûte 90 000 \$. Ainsi que l'a écrit *Le Soleil*, les fameuses gouttes coûtent un « prix dérisoire », admet le Dr Arbour.

[...]

Le Dr Arbour donne l'exemple d'un ancien médicament utilisé il y a une dizaine d'années, la Visudine, aujourd'hui désuet en raison de son efficacité moindre que le Lucentis. Après un an, les hôpitaux l'avaient refilé aux cliniques privées à cause de son prix élevé. L'histoire était apparue dans les journaux, et l'Association avait réussi à négocier une entente pour recevoir un « tarif technique » tenant compte des coûts inhérents à son administration.

530. Le même médecin avait en outre déjà affirmé en 2009 que « [c]'est certain qu'une partie de ça (des frais de bureau) est payée par le patient. Mais en échange, il a accès à un service excellent et rapide », tel que rapporté par un article de *La Presse* du 13 mars 2009, pièce **P-62**.
531. De même, lorsque l'ophtalmologiste Pierre Turcotte, de la Clinique d'ophtalmologie de la Cité, a affirmé en décembre 2010 à une journaliste du journal *Le Soleil*, à la pièce **P-63**, en faisant référence à la baisse de prix de 50 %, qu'« [o]n ne descendra pas en bas [de 125 \$] », il ne faisait certainement pas référence au prix des médicaments et agents anesthésiques utilisés, mais bien aux frais d'opération de sa clinique.
532. En effet, le même article nous apprend qu'il a aussi déclaré que « [l]orsque ces tarifs ont été établis il y a quelques années, les médecins devaient s'équiper, notamment en scanners ».

3.2.4.6.7 Infolettre de la RAMQ

533. Le 21 décembre 2010, la RAMQ a publié une mise en garde, pièce **P-64**, indiquant notamment que pour des services assurés, des frais pouvaient être exigés seulement « à titre de **compensation** pour les **seuls** frais accessoires prévus aux ententes » (nos caractères gras et soulignement) :

Rappel à propos de la facturation de frais illégaux

La Régie continue d'être préoccupée par différentes pratiques qui feraient en sorte que les patients puissent être appelés à payer des frais illégaux pour obtenir des services médicaux assurés.

Du fait que le nombre de situations portées à notre attention continue d'augmenter et de la nature particulière de certaines de celles-ci, nous vous adressons ce rappel lié aux principes d'universalité et d'accessibilité aux services médicaux couverts.

D'abord, la *Loi sur l'assurance maladie* interdit à toute personne d'exiger une contribution financière, de quelque manière que ce soit, à une personne assurée pour avoir accès ou avoir une priorité d'accès à un médecin pour des services assurés. À titre d'exemple, une contribution financière exigée sous forme de forfait pour avoir un accès prioritaire à un médecin est interdite.

La gratuité des services médicaux assurés est un principe fondamental de la Loi sur l'assurance maladie. Les exceptions à ce principe sont limitées et font l'objet d'un encadrement légal et réglementaire précis.

Ainsi, des frais peuvent être exigés seulement :

- par un médecin non participant ou;
- pour des services non assurés ou non considérés assurés ou;
- **à titre de compensation pour les seuls frais accessoires prévus aux ententes.**

[...]

La Régie posera les gestes appropriés afin que les médecins, les cliniques et toutes autres personnes qui exigent le paiement d'une somme d'argent pour donner accès à des services assurés se conforment à la Loi. Ainsi, selon la nature des faits constatés, la Régie pourra exiger une modification des pratiques jugées non conformes. Un remboursement des sommes demandées indûment et payées par les personnes assurées pourrait aussi être exigé. Advenant un refus du professionnel ou du tiers impliqué de se conformer au cadre légal et réglementaire, les actions légales appropriées seront envisagées.

534. Ces affirmations, qui datent de juste avant la période couverte par la présente action collective, laissaient croire que la RAMQ allait mettre fin aux pratiques de facturation illégales aux patients.

535. Or il n'en a rien été. Au contraire, elle a laissé s'étendre ces pratiques et les a même facilitées et tant le MSSS que les Fédérations ont activement contribué à cette extension. En effet, lues ensemble avec (...) leur connaissance et (...) leur tolérance des pratiques de subterfuge sous couvert de médicaments et agents anesthésiques, ce qui paraît être une mise en garde était en réalité une composante d'une feuille de route, partagée par tous les défenseurs, indiquant aux professionnels de la santé et aux cliniques comment facturer des frais illimités aux patients sans devoir se soucier de l'intervention des autorités.
536. En effet, tout indique que la RAMQ voulait avoir l'air d'intervenir, alors qu'en réalité elle laissait s'échapper la plus grosse partie de la facturation illégale sous couvert de compensation pour médicaments et agents anesthésiques, et ce de façon illimitée.

3.2.4.6.8 Rapport de la RAMQ demeuré partiellement inaccessible à date

537. Pendant l'année 2010, la RAMQ a produit au gouvernement du Québec un rapport intitulé « Frais facturés aux personnes assurées – Éléments de réflexion et pistes de solution ». Ce rapport est toutefois longtemps demeuré inaccessible au public. Cependant, suite à une demande d'accès à l'information, M. Léveillé a pu obtenir une copie partiellement caviardée, pièce **P-69**.
- 537.1 Dans ce rapport, la RAMQ a fait état au MSSS de la pratique illégale des frais accessoires. Ainsi, au minimum depuis 2007, date de la publication du rapport Chicoine, pièce **P-40**, et encore plus clairement à partir de 2010, la RAMQ et le MSSS savaient que les cliniques gonflaient les prix des médicaments et agents anesthésiques, que la loi et les ententes permettaient d'être facturés à titre de compensation pour coûts seulement, dans le but de couvrir les frais de cabinet. Ils savaient de plus qu'une telle pratique était illégale. Ils ne pouvaient donc pas prétendre que toute facturation de médicaments et agents anesthésiques était légale peu importe le montant facturé. Or, c'est exactement ce qu'ils ont fait. Voici quelques extraits du rapport :

En vertu de l'alinéa 4 de l'article 22 de la LAM, un professionnel de la santé ne peut exiger ou recevoir pour un service assuré aucune autre rémunération que celle prévue à l'entente.

De plus, en vertu de l'alinéa 9 de ce même article, le professionnel ou un tiers ne peut réclamer le paiement des frais, des services ou des fournitures qui sont accessoires à un service assuré à moins que cela ne soit prévu à l'entente.

[...]

Bien que la facturation de frais aux personnes assurées lorsqu'elles requièrent la dispensation de soins de santé ait toujours existée, ces situations sont de plus en plus fréquentes et interpellent de plus en plus la Régie. De plus, cela amène aussi les citoyens à se questionner sur les principes de gratuité et d'universalité, lesquels constituent la pierre d'assise de notre système de santé. Il importe de rappeler que l'article 7 de la Loi canadienne sur la santé (L.R., 1985, c. C-6) établit cinq principes auxquels sont assujetties les provinces pour le versement de la pleine contribution pécuniaire: la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité.

[...]

La facturation aux personnes assurées rejoint de différentes façons plusieurs secteurs de la Régie. À partir des informations recueillies auprès des secteurs visés, il ressort que le phénomène est en constante augmentation

[...]

La Régie constate aussi **une majoration de certains frais acceptés par la loi et les ententes qui semble servir à couvrir les frais d'exploitation.**

[...]

Les textes d'ordre légaux, pris dans leur ensemble, laissent place à l'interprétation et la créativité, ce qui entraîne des procédés de facturation novateurs et polymorphes pouvant **sembler**, de prime abord, **légaux**, mais qui ont comme dénominateur commun de faire indirectement ce qui est **interdit directement**.

(Pages 2, 3 et 5; notre mise en évidence)

3.2.4.6.9 Tentative du MSSS de ramener le traitement de la DMLA dans les hôpitaux et revirement

538. Dès le début de l'année 2011, le ministre de la Santé Yves Bolduc a déclaré qu'il assurerait le traitement des personnes nécessitant des injections de Lucentis à l'hôpital, tel que l'atteste son communiqué de presse du 8 février 2011, pièce **P-65**,
539. Il cherchait ainsi à éviter de devoir intervenir auprès des professionnels de la santé et des cliniques pour faire arrêter les pratiques illégales, en contournant le problème.

En effet, une telle intervention aurait impliqué une possible augmentation de la rémunération versée aux médecins, ce qu'il ne voulait envisager.

540. Or, le ministre Bolduc a dû revenir sur sa déclaration, en déclarant plus tard qu'il n'y avait finalement pas la capacité dans les hôpitaux, tel que l'atteste un article de *Devoir* du 7 avril 2011, pièce **P-66**.

541. Le ministre a par ailleurs dénoncé les frais sans jamais intervenir pour qu'ils cessent. La FMSQ n'a pas non plus dénoncé les frais illégaux facturés par ses membres à cette occasion.

3.2.4.6.10 Pétition à l'Assemblée nationale

542. Le 10 mai 2011, la députée Agnès Maltais, porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé, a déposé la pétition suivante, pièce **P-67**, concernant la surfacturation pratiquée par les cliniques privées, laquelle affirme notamment :

Attendu que les hôpitaux renvoient systématiquement leurs patients ambulatoires vers des cliniques privées qui pratiquent une surfacturation, avec pour effet d'appauvrir des aînés ou encore de les priver d'un traitement vital pour préserver leur vision;

Nous demandons au gouvernement du Québec :

- De mettre fin à la surfacturation dans ces cliniques;
- De faire en sorte que les traitements présents et futurs puissent être accordés et dispensés sans frais dans les établissements hospitaliers et les cliniques;
- Que la Régie de l'assurance maladie du Québec rembourse aux citoyens les sommes qui leur ont été facturées illégalement dans des cliniques privées et récupère cet argent auprès desdites cliniques.

3.2.4.6.11 Rapport du Collège des médecins

543. Pendant ce temps, le Collège des médecins du Québec a indiqué dans un rapport, en mars 2011, pièce **P-68**, ce qui suit (nos caractères gras) :

Pas une journée ne passe sans que ne soit révélée dans les journaux une nouvelle situation où les patients doivent payer pour des services médicaux, et ce, sans savoir exactement pourquoi.

[...]

1. Les situations insensées se multiplient

Il ne sert à rien de s'étendre sur toutes les situations rapportées où une contribution financière de l'utilisateur est exigée pour qu'il puisse recevoir des soins médicaux, que ce soit à titre de frais « accessoires » pour des services assurés par le régime d'assurance maladie, à titre de paiement pour des services qui ne sont pas assurés ou de paiement à un médecin qui n'est pas participant au régime. Les patients n'ont souvent plus le choix. Ils doivent finalement payer, sans trop savoir pourquoi et sans savoir quelle somme leur sera remboursée par la RAMQ ou, pour ceux qui ont des assurances privées, par leur assureur. **Les gouttes ophtalmiques à 200 \$ constituent l'exemple parfait d'une situation devenue pour tout dire insensée.**

2. Comment en sommes-nous arrivés là?

[...]

Contre toute logique, certains services pourtant nécessaires et tout juste sortis des hôpitaux, ont été considérés non couverts par le régime ou partiellement *couverts*, au sens où les médecins les prodiguant hors établissement étaient rémunérés pour l'acte médical seulement mais **sans dédommagement pour l'appareillage et les médicaments nécessaires pour pouvoir poser l'acte. Aussi a-t-on toléré que certains frais « accessoires » soient facturés directement aux patients, pour les substances anesthésiques notamment. Tant et aussi longtemps que la prestation de ces soins n'exigeait pas d'équipement technique important, la situation était peut-être tolérable. Mais ce n'est plus le cas: les 200 \$ exigés pour les gouttes ophtalmiques le sont en réalité pour couvrir l'ensemble des composantes techniques.** Jusqu'ici, personne n'a osé dire que ces frais pour des services médicalement requis, que remboursera d'ailleurs la RAMQ s'ils s'avèrent conformes à la loi et aux ententes, sont devenus tout, sauf « accessoires ». Paradoxalement, les premiers à réagir sont les assureurs privés qui, en ne remboursant que la valeur réelle, mettent encore plus de pression sur les patients.

[...]

4. Crever l'abcès

Pour le Collège, certaines situations se sont détériorées au point où elles deviennent intolérables, ne serait-ce qu'au plan déontologique. En effet, le *Code de déontologie des médecins du Québec* est très clair quant aux honoraires des médecins:

Le médecin ne doit réclamer que des honoraires qui sont justifiés par la nature et les circonstances des services professionnels rendus. (article 104)

[...] Le médecin doit donner toutes les explications nécessaires à la compréhension de son compte d'honoraires et des modalités de paiement [...]. (article 105)

Prétendre que des gouttes qui coûtent 15 \$ en valent 200 \$ est un non-sens au plan de la justification.

[...]

Le fait de rendre des services professionnels assure aux médecins certains avantages, mais il comporte aussi ses exigences. **Les médecins doivent pouvoir justifier leurs honoraires et les expliquer. Comment les médecins peuvent-ils répondre à cette obligation sans coincer les patients [...] ?**

5. Poser les vraies questions et trouver collectivement des solutions

Le Collège des médecins est d'avis qu'il existe bien d'autres solutions que de se mentir sur les frais « accessoires ».

[...]

Pourquoi serait-il impossible d'organiser leur financement, par le biais des ententes négociées entre le MSSS et les fédérations médicales ou encore par celui d'ententes claires entre les établissements et les cliniques? **Pourquoi les choses ne se font-elles pas correctement, de façon transparente et sans prendre personne en otage?**

3.2.4.6.12 Action collective et négociations menant à l'interdiction de toute facturation aux patients atteints de DMLA en échange d'une majoration de 115 \$ par injection et la possibilité de facturer certains actes diagnostiques aux autres patients

544. Lorsque l'action collective dans la cause *Lavoie*, pièce **P-70**, a été déposée le 18 mai 2011, les événements se sont rapidement succédé.

545. Le jour après son dépôt, la FMSQ a émis un « ultimatum » au gouvernement, pièce **P-71**, lequel affirme notamment (nos caractères gras) :

À l'heure actuelle, le cadre réglementaire empêche le médecin de pouvoir tenir compte du coût des composantes techniques nécessaires à la dispensation de ces soins. Le médecin se voit pris dans un dilemme : **soit il décide de ne pas offrir le service, soit il tente de récupérer une partie des frais engagés en utilisant le cadre réglementaire actuel qui fait défaut** et qui n'a jamais été révisé depuis 1970.

« Depuis l'arrivée du ministre Bolduc en 2008, nous lui demandons de prendre une décision en ce qui a trait aux frais accessoires que peuvent charger les cliniques » déplore le président de la FMSQ, Dr Gaétan Barrette. « Le gouvernement entretient volontairement ce flou réglementaire en ne faisant pas de choix en matière de couverture. Pourtant, c'est simple : soit il décide de payer pour les services qui sont rendus en cabinet, soit il refuse de le faire, **mais il ne peut pas le faire à moitié en prenant la population et les médecins spécialistes en otage** », a poursuivi le Dr Barrette.

546. Quelques jours plus tard, une entente, pièce **P-72**, a été signée entre la FMSQ et le MSSS, laquelle prévoit une majoration de 115 \$ des tarifs payables en clinique privée lors de l'injection intravitréenne de médicament pour les seuls patients atteints de DMLA, en échange d'une gratuité complète pour le patient.

547. Pour les autres, l'entente prévoyait une désassurance, par voie réglementaire, de certains actes diagnostiques en cabinet privé.

548. En somme, après avoir longuement pris les patients en otage en leur facturant des montants illégaux très significatifs, la FMSQ et les ophtalmologistes ont finalement réussi à négocier un tarif majoré ceux d'entre eux qui avaient déposé une action collective, tout en obtenant la désassurance pour les autres patients, laquelle leur

permettrait désormais de facturer certains actes diagnostiques directement à ces patients.

549. Par rapport à cette entente, la FMSQ a émis un autre communiqué le 24 mai, pièce **P-73**, qui cite à nouveau son président d'alors, le docteur Barrette (...) :

(...) Il aura fallu que les patients et la FMSQ passent aux grands moyens – une demande de recours collectif et un ultimatum – pour que le ministre accepte enfin de bouger dans ce dossier qui traîne depuis des années » de commenter le président de la FMSQ, le Dr Gaétan Barrette. **Rappelant que la même problématique s'applique à d'autres traitements et que d'autres patients se trouvent dans la même situation, le Dr Barrette a dit espérer que le ministre n'attendra pas les recours ultimes avant de régler, une fois pour toutes, le dossier des frais accessoires comme le réclame la Fédération depuis très longtemps.**

550. Ces faits démontrent que les montants facturés aux patients sous couvert de médicaments et agents anesthésiques l'étaient pour les frais d'opération des cliniques et que par ailleurs cette entente n'allait pas mettre un terme à ces pratiques illégales pour les patients non atteints de DMLA. Ils démontrent, de plus, la participation active de la FMSQ à ce système illégal.

551. Ils démontrent aussi la connaissance intime du dossier par (...) le ministre de la Santé Gaétan Barrette.

3.2.4.7 Les inspections faites par la RAMQ à partir de 2011 concernant l'affichage et la facturation de frais aux patients

552. À partir de 2011, la RAMQ a procédé à des inspections concernant les pratiques de d'affichage et de facturation de frais aux patients de la part de médecins et de cliniques, dont plusieurs (...) Professionnels originellement appelés comme défendeurs.

553. Les rapports d'inspection ayant été déposés en preuve par les (...) Professionnels originellement appelés comme défendeurs lors de l'autorisation de la présente action collective constituent la pièce **P-74** en liasse.

554. Ces inspections démontrent, entre autres, les pouvoirs que détenait la RAMQ à l'époque pour faire respecter la LAM.

555. La RAMQ décrit son mandat lors de ces inspections de la façon suivante (page 1, lettre du 3 décembre 2014 de la RAMQ (...) au Groupe spécialiste ORL) :

La Régie de l'assurance maladie du Québec a notamment le mandat de veiller au respect des dispositions de la *Loi sur l'assurance maladie* en matière d'affichage et de facturation de frais aux personnes assurées.

Lors de de la visite d'inspection, des renseignements et des documents ont été recueillis. Ceux-ci ont fait l'objet d'une analyse en fonction des exigences de la *Loi sur l'assurance maladie* et de son règlement d'application.

556. Lors de ces inspections, la RAMQ a notamment eu l'occasion d'évaluer la conformité des pratiques des médecins et cliniques eu égard à la LAM. Par exemple, dans la même lettre du 3 décembre 2014, adressée (...) au Groupe spécialiste ORL, figurent les titres suivants :

- « Affichage »;
- « Facture détaillée »;
- « Mention du recours »;
- « Frais exigés pour des services de nature médicale »;
- « Services, fournitures et frais accessoires »;
- « Frais exigés pour des services rendus par d'autres professionnels »;
- « Frais exigés en lien avec le fonctionnement de la clinique »;
- « Autres frais ».

557. La RAMQ mentionne également, à la page 3, qu'« [u]ne visite de suivi pourrait être effectuée dans la prochaine année ».

558. Or, dans aucune de ces inspections la RAMQ n'a-t-elle soulevé l'illégalité des pratiques qui consistaient à facturer des médicaments ou agents anesthésiques au-delà de leur prix coûtant afin de couvrir les frais d'opération des cliniques, pratiques qu'elle connaissait pourtant très bien, tel qu'il appert de la section **3.2.5.2** de la présente demande.

559. Au contraire, la RAMQ a plutôt avalisé ces pratiques de la part des médecins et des cliniques.

560. Par exemple, dans le rapport d'inspection du 4 avril 2013 adressé à la (...) Clinique du Dr Jaimes S. Benhamron (nos caractères gras) :

SERVICES, FOURNITURES ET FRAIS ACCESSOIRES

Le neuvième alinéa de l'article 22 de la *Loi sur l'assurance maladie* interdit à toute personne d'exiger ou de recevoir tout paiement d'une personne assurée pour un service, une fourniture ou des frais

accessoires à un service assuré rendu par un professionnel soumis à l'application d'une entente, excepté dans les cas prévus dans une entente et aux conditions qui y sont mentionnés.

Les ententes des médecins omnipraticiens et spécialistes prévoient qu'une compensation peut être facturée, notamment pour les médicaments et substances anesthésiques utilisés lors de la prestation de services assurés.

Aucune anomalie n'a été constatée en matière de services, fournitures et frais accessoires selon les renseignements obtenus lors de l'inspection.

[...]

FRAIS EXIGÉS EN LIEN AVEC LE FONCTIONNEMENT DE LA CLINIQUE

L'article 22 de la *Loi sur l'assurance maladie* interdit de réclamer des personnes assurées, pour l'obtention d'un service médical, tout autre somme d'argent que celles affichées conformément au premier alinéa, lequel ne vise pas les frais de fonctionnement. Cet article interdit donc la facturation de ces frais aux personnes assurées.

Aucune anomalie n'a été constatée en matière de frais exigés en lien avec le fonctionnement de la clinique selon les renseignements obtenus lors de l'inspection.

561. Or, c'est ce même médecin, dont il a été question à la section **3.1.4.4** ci-dessus, qui facturait systématiquement des frais de 495 \$, durant ces mêmes années, pour des médicaments ou agents anesthésiques qui coûtaient une fraction de ce prix.
562. C'est aussi ce même médecin qui a par la suite publiquement avoué qu'il facturait ces montants pour défrayer ses autres frais de bureau.
563. Le fait que ce médecin se sente à l'aise de faire une telle déclaration publique, laquelle contredit ce qu'affirme pourtant noir sur blanc le rapport d'enquête de la RAMQ, démontre le manque de sérieux total de ces enquêtes. Le fait que ni le MSSS ni la FMSQ ne soient intervenus démontre par ailleurs leur complaisance.
564. Or, sans surprise, les (...) Professionnels qui ont reçu de tels rapports les ont utilisés pour tenter de se dédouaner de toute responsabilité pour leurs pratiques illégales.

565. La RAMQ a donc avalisé les pratiques des médecins et des cliniques qui consistaient à facturer des médicaments et agents anesthésiques bien au-delà de leur prix coûtant, alors même qu'elle savait que ces pratiques étaient une façon d'exiger des frais en lien avec le fonctionnement des cliniques.
566. A l'instar des milliers de plaintes de la part des patients, ces inspections ont donné à la RAMQ et au MSSS une connaissance particularisée des pratiques de facturation illégale des médicaments et agents anesthésiques au-dessus de leur prix coûtant.
567. Ainsi, tout comme les milliers de plaintes rejetées par la RAMQ, ces inspections constituaient des occasions pour elle d'intervenir et de mettre un terme à ces pratiques illégales, ce qu'elle aurait pu faire en établissant le prix coûtant des médicaments et agents anesthésiques utilisés et en ordonnant aux professionnels de la santé et aux cliniques fautifs d'arrêter, tout en invitant leurs patients à demander des remboursement et en opérant compensation auprès des professionnels visés, comme elle l'avait déjà fait dans le passé.
568. Si elle avait agi ainsi, ce que la loi l'obligeait d'ailleurs à faire, les inspections auraient eu pour effet de faire cesser ces pratiques.
569. Au surplus, en avalisant de cette façon de telles pratiques, la RAMQ les a encouragées et a contribué à leur expansion. En n'intervenant pas, les autres défenseurs y ont également contribué.

3.2.4.8 L'entente entre le ministre Hébert et les optométristes en 2013

570. Le MSSS sait en outre, depuis au moins le 30 janvier 2013, que les mêmes pressions se faisaient sentir en matière d'optométrie, ce que confirment les pratiques illégales des multiples (...) Professionnels dans ce domaine originellement appelés comme défenseurs.
571. Le ministre de la Santé, le docteur Réjean Hébert, a en effet signé une entente avec les optométristes à cette date, laquelle se trouve au *Manuel des optométristes*, pièce **P-3**, et se lit comme suit :

LETTRE D'ENTENTE NO 19
RELATIVE AUX FRAIS D'EXPLOITATION DES CABINETS
PRIVÉS D'OPTOMÉTRIE.

CONSIDÉRANT que les frais d'exploitation des cabinets privés d'optométrie sont une des composantes de la rémunération versée dans le cadre du régime d'assurance maladie;

CONSIDÉRANT l'intérêt des parties de disposer de données communes lors des négociations entourant le renouvellement de l'Entente générale;

Les parties conviennent de créer un comité conjoint composé de trois (3) représentants de chacune des parties dont le mandat est :

- de documenter les différentes composantes des frais d'exploitation des cabinets privés d'optométrie;
- de documenter, d'une part, le pourcentage moyen en 2013 des frais d'exploitation des cabinets privés sur les honoraires bruts pour les services assurés par le régime public et, d'autre part, celui en 2013 des frais d'exploitation de ces cabinets sur les honoraires bruts générés par les services rendus aux patients non assurés par le régime public;
- de documenter le pourcentage moyen des frais d'exploitation des cabinets privés d'optométrie sur les honoraires pour les services assurés par le régime public et pour ceux générés par les services rendus aux patients non assurés par le régime public;
- de documenter la variation annuelle moyenne des frais d'exploitation des cabinets privés d'optométrie.

572. De plus, la RAMQ a reçu de très nombreuses plaintes concernant la facturation de médicaments ou agents anesthésiques au-delà de leur prix coûtant de la part d'optométristes alors même que leurs services étaient payés par la RAMQ, tel qu'il appert de la pièce **P-30**, laquelle ne représente qu'une fraction des plaintes reçues.

573. Or, ni le MSSS ni la RAMQ n'ont même enquêté sur ces pratiques illégales pourtant répandues. Pendant ce temps, comme nous l'avons vu, l'AOQ incitait ses membres à facturer ces frais illégaux « religieusement ».

3.2.4.9 La motion unanime de l'Assemblée nationale pour une application plus rigoureuse de la LAM en juin 2013

574. La motion suivante a été adoptée par l'Assemblée nationale, à l'unanimité, en juin 2013, pièce **P-75** :

Que l'Assemblée nationale presse le ministre de la Santé et des Services sociaux de mettre fin à la pratique des frais accessoires, notamment par une campagne d'information auprès des médecins et des patients, par **une application plus rigoureuse de la Loi sur l'assurance maladie** et en interdisant la pratique des forfaits annuels;

Que l'Assemblée nationale mandate le ministre de la Santé et des Services sociaux de faire en sorte que tous les soins médicalement nécessaires soient couverts.

3.2.4.10 L'enquête du Protecteur du citoyen en 2013

575. Outre cette non-intervention coupable auprès des médecins, des optométristes et des cliniques médicales, d'autres exemples illustrent l'étendue de la participation du MSSS à ces pratiques illégales.

576. Ainsi, le Centre de santé et de services sociaux (« CSSS ») de Saint-Jérôme, qui était sous la responsabilité du MSSS, a notamment été directement mêlé à ces pratiques illégales dans le cadre de son entente avec (...) l'Institut de l'œil des Laurentides (« IOL »), tel qu'il appert d'une brochure qu'il a publiée en juin 2011, pièce **P-76** (nos caractères gras) :

Le 1^{er} et 3^e vendredi de chaque mois

Biométrie :

Les examens de biométrie sont **sans frais** les 1^{er} et 3^e vendredis du mois.

Pour les autres jours, il y a des frais de 125 \$ pour la biométrie et **25 \$ pour les gouttes anesthésiques (si requises)**.

Les mardi et mercredi de chaque semaine

Gouttes :

Lorsque les gouttes sont requises, avant ou après l'intervention, l'ophtalmologiste les administre **sans frais** les mardi et mercredi de chaque semaine.

Les autres jours, des frais accessoires de 25 \$ vous seront demandés.

577. Or, le MSSS a autorisé l'entente intervenue entre le CSSS de Saint-Jérôme et (...) l'IOL, tel qu'il appert du Rapport d'intervention du Protecteur du citoyen du 24 septembre 2013, pièce **P-77**.
578. Le Protecteur du citoyen, dans ce rapport d'enquête soumis suite à des plaintes de patients, a indiqué ce qui suit (pages 16-17; nos caractères gras) :

[...L]e Protecteur du citoyen se questionne quant à la facturation de frais pour les gouttes ophtalmiques administrées pour un examen, une consultation ou un suivi avec l'ophtalmologiste dans le cadre de l'application des ententes. Actuellement, si un usager rencontre à l'IOL son ophtalmologiste du CSSS du mardi au vendredi et qu'il se fait administrer des gouttes ophtalmiques, des frais accessoires seront facturés. Ces frais pour les gouttes n'auraient pas été facturés au CSSS. Par ailleurs, la pratique d'orienter systématiquement l'usager à son optométriste pour un suivi postopératoire (24h), pouvant lui occasionner des frais, est questionnable. Ce suivi pourrait être considéré en continuité de l'épisode de soins liés à la chirurgie.

Le Protecteur du citoyen estime que **l'organisation de la gratuité des services fait en sorte que les usagers seront parfois contraints de payer pour les services inclus dans les ententes, plutôt que de se prévaloir de la gratuité**, considérant le nombre de déplacements nécessaires.

Il est également regrettable que des usagers n'aient pas toujours été informés de la possibilité de se faire dispenser des examens diagnostiques à l'aide d'équipements spécialisés, des injections intravitréennes non liées à l'âge et autre rétinopathie auprès d'établissements publics étant donné la disponibilité de ce plateau technique à l'IOL. Le Protecteur du citoyen est au fait que des usagers, maintenant informés de la possibilité de se prévaloir de la gratuité de ces services auprès d'autres établissements du réseau public, ont des difficultés d'accès. Le Protecteur du citoyen a aussi constaté que **si les usagers s'adressent à un établissement public, ils sont informés par l'IOL que leur suivi médical ne se fera plus par l'Institut. Cela les force donc à se prévaloir de l'offre de service payante de l'IOL, s'ils veulent poursuivre leur suivi avec leur ophtalmologiste.**

Par exemple, le Protecteur du citoyen se questionne quant à la facturation de frais pour les gouttes ophtalmiques administrées pour un examen, une consultation ou un suivi avec l'ophtalmologiste dans le cadre de l'application des ententes. Actuellement, si un usager rencontre à l'IOL son ophtalmologiste du CSSS du mardi au vendredi et qu'il se fait administrer des gouttes ophtalmiques, des frais accessoires seront facturés. Ces frais pour les gouttes n'auraient pas été facturés au CSSS. **Par ailleurs, la pratique d'orienter systématiquement l'usager à son optométriste pour un suivi postopératoire (24h), pouvant lui occasionner des frais, est questionnable.** Ce suivi pourrait être considéré en continuité de l'épisode de soins liés à la chirurgie.

[...]

Enfin, **il est préoccupant que des ophtalmologistes de l'IOL ayant des privilèges de pratique au CSSS aient également des intérêts économiques à titre d'administrateur et/ou d'actionnaire de l'IOL.** L'existence d'un conflit d'intérêts possible entre les besoins cliniques des usagers et la recherche des intérêts financiers de l'IOL doit être envisagée.

3.2.4.11 L'action collective *Léveillé*

579. La présente action collective a été déposée en mai 2014 face à l'inaction continue de la RAMQ et du MSSS malgré tout ce qui a été décrit ci-dessus.

3.2.5 Événements pertinents suite au dépôt de l'action collective

3.2.5.1 Le renforcement du *Code de déontologie des médecins* en janvier 2015

580. Comme nous l'avons vu à la section **3.2.5.6.11**, déjà en 2011, le Collège a indiqué comment les pratiques contrevenaient au *Code de déontologie*.

581. À partir du 7 janvier 2015, ce code a été renforcé avec l'ajout spécifique, à l'alinéa 2 de l'article 76, de l'interdiction pour tout médecin de « réclamer des montants disproportionnés en paiement de fournitures médicales nécessaires aux traitements qu'il administre ».

582. Le décret menant à cet ajout constitue la pièce pièce **P-78**.

583. Dans une note explicative publiée en mars 2015, pièce **P-79**, le Collège a précisé que le mot « disproportionné » voulait dire le prix coûtant dans la quasi-totalité des cas.
584. Malgré cela, et malgré les enquêtes et les recommandations du Collège par la suite, les pratiques ont continué et aucun des défendeurs n'a changé de cap.

3.2.5.2 Recours contre le gouvernement fédéral en vertu de la LCS

585. Face à l'intention du ministre de la Santé Gaétan Barrette de légaliser les frais accessoires qu'il tolérait déjà, un recours en *mandamus*, pièce **P-80**, a été déposé à la Cour fédérale pour forcer le gouvernement fédéral à couper dans les transferts fédéraux au Québec puisque ce dernier tolérait la surfacturation illégale d'actes assurés, et ce depuis des années.

3.2.5.3 Avis de la ministre de la Santé fédérale concernant des pénalités à être imposées au Québec en raison de sa tolérance de la surfacturation

586. Suite à ce recours en *mandamus*, la ministre fédérale de la Santé, Jane Philpott, a envoyé, en septembre 2016, un avis au ministre de la Santé Gaétan Barrette, pièce **P-81** (nos caractères gras) :

Vous vous rappellerez que, pendant notre rencontre, j'ai souligné mon engagement à l'égard de notre système de santé public. Le Gouvernement du Canada croit fermement que chacun a droit à l'accès universel, en temps opportun, à des soins de santé de qualité. Ainsi, c'est avec plaisir que j'ai constaté, dans les médias, que votre ministère prévoit lever les obstacles à cet accès, en éliminant les frais imposés aux patients pour les services de santé publics offerts au point de service.

En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, les régimes d'assurance maladie des provinces et des territoires doivent couvrir tous les services de santé publics, y compris les services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires. Cette obligation s'applique au-delà des hôpitaux et vise aussi les établissements de soins de santé appelés « cliniques », comme l'a confirmé la lettre d'interprétation de 1995 de la ministre de la Santé de l'époque, Diane Marleau, à l'intention des ministres de la Santé des provinces et des territoires. Par conséquent, si une province ou un territoire permet la facturation des services médicalement nécessaires financés par l'État, y compris les frais imposés aux patients dans les cliniques, des déductions équivalentes s'appliqueront obligatoirement aux paiements du Transfert canadien en matière de

santé versés à cette province ou à ce territoire.

Je suis au courant qu'en mai 2016, le Vérificateur général du Québec a publié un rapport signalant l'existence de frais accessoires imposés au Québec. Ce rapport confirme l'existence d'activités de surfacturation et de frais d'utilisation dans les cliniques et comprend une estimation de ces frais imposés aux patients québécois en 2014-2015. Cette estimation, toutefois, n'est pas représentative de toute la surfacturation ayant cours au Québec, selon le rapport.

La *Loi canadienne sur la santé* exige aux provinces et aux territoires qu'ils déclarent annuellement à Santé Canada toute surfacturation et tous frais d'utilisation. En ce qui concerne les états financiers du Québec pour 2014-2015, qui seront présentés en décembre 2016, je m'attends à ce que votre ministère tienne compte des estimations fournies par le Vérificateur général du Québec, ainsi que de tout autre renseignement que vous aurez obtenu en ce qui concerne la surfacturation et les frais d'utilisation pendant cette période. Je compte sur une collaboration entre nos représentants officiels qui donnera lieu à une approche qui correspond aux montants réels de la surfacturation et des frais d'utilisation ayant cours au Québec.

Bien que les déductions aux paiements de transfert soient la mesure immédiate prise par le gouvernement fédéral à la suite de déclarations provinciales ou territoriales de surfacturation et de frais d'utilisation, mon principal objectif est de voir à ce que toute facturation supplémentaire soit éliminée.

587. Le rapport du Vérificateur général cité par la ministre fédérale de la Santé constitue la pièce **P-82**.
588. Ce dénouement, qui a mené à l'interdiction quasi-totale des frais facturés aux patients et au volte-face du ministre Barrette, aide notamment à comprendre les références à la LCS et à son éventuel « assouplissement » dans le rapport Chicoine, pièce **P-40**.
589. Ainsi, laisser se répandre des pratiques de facturation directe aux patients sous couvert de médicaments et d'agents anesthésiques aurait permis à la RAMQ et au MSSS de sciemment tolérer la facturation de frais de fonctionnement par les cliniques privées aux personnes assurées sous couvert de médicaments et d'agents anesthésiques, tout en leur permettant de faire semblant d'appliquer avec rigueur l'interdiction de surfacturation contenue dans la LCS et en affirmant faussement au

gouvernement fédéral qu'il n'y avait pas de surfacturation au Québec, le tout afin d'éviter une intervention du gouvernement fédéral qui est finalement venue lorsque les pratiques ne pouvaient plus être cachées.

590. Cela expliquerait aussi pourquoi les autorités ont tout de même décidé – mais seulement sous forte pression de la population et souvent de façon très limitée – d'enquêter sur certaines pratiques par certains professionnels de la santé, et de rembourser certains patients – mais presque toujours seulement au cas par cas – lorsque des frais accessoires étaient imposés aux patients sous toute autre forme que sous couvert des médicaments et d'agents anesthésiques.
591. Cela éclaircirait enfin le souhait surprenant, contenu au rapport Chicoine et notamment avalisé par la RAMQ, le MSSS et tous les intervenants majeurs dans le domaine de la santé (FMSQ, FMOQ, Collège des médecins [« CMQ »], ...), de voir un « assouplissement » de la LCS (voir ci-dessus, à la section **3.2.5.4**).
592. Or, cet assouplissement ne s'est jamais matérialisé.

3.2.5.4 Adoption du Règlement abolissant les frais accessoires liés à la dispensation des services assurés et régissant les frais de transport des échantillons biologiques

593. Ce qui devrait sceller la cause contre la RAMQ et le MSSS, c'est l'« Analyse d'impact réglementaire » que le MSSS a publié avant l'adoption du *Règlement abolissant les frais accessoires*, pièce **P-83**.
594. Ce rapport est éloquent et démontre encore une fois qu'ils savaient pertinemment que les frais facturés sous couvert de médicaments et agents anesthésiques servaient en fait à couvrir les frais d'opération des cliniques (nos caractères gras) :

SOMMAIRE EXÉCUTIF

On constate depuis les dernières années un accroissement des frais facturés par les professionnels de la santé exerçant en cabinet privé aux personnes y reçoivent des soins. Cette problématique dite des « frais accessoires », s'étant accentuée avec le déplacement de certains services des établissements vers les cabinets privés, prend diverses formes. La plus fréquente consiste à réclamer des personnes assurées des montants qui dépassent largement les coûts qu'ils encourent pour des médicaments ou des agents anesthésiques utilisés lors des consultations. Ce type de réclamation a d'ailleurs donné lieu à un recours collectif dirigé notamment contre le gouvernement du Québec et la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)

dans le cas d'un médicament utilisé par les ophtalmologistes pour le traitement de la dégénérescence maculaire. Ces pratiques se sont développées au détriment de la gratuité des services assurés et, par conséquent, de l'égalité d'accès à ces services pour l'ensemble des citoyens. Depuis, deux autres recours collectifs ont été entrepris. Ces derniers visent des frais divers chargés par les cabinets reprochant ainsi au Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et à la RAMQ de ne rien faire pour empêcher la facturation illégale de frais accessoires.

[...]

4. ÉVALUATION DES IMPACTS

4. 1. Description des secteurs touchés

Le secteur directement touché par le règlement est celui des cabinets privés de professionnel tel que défini à l'article 95 de la *Loi sur les services de santé et de services sociaux* (chapitre 4.2). Au Québec, en date du 31 mars 2015, on compte environ 2125 cliniques médicales d'omnipraticiens et de spécialistes, dont 262 groupes de médecine de famille (GMF) et 47 centres médicaux spécialisés (CMS).

Ces CMS et cabinets sont des petites et moyennes entreprises (PME). Les revenus de ces entreprises viennent des services offerts et du remboursement par l'agent payeur. Pour les médecins participants au régime de la RAMQ, la quasi-entière des revenus vient de la RAMQ. Ces gains ne sont pas affectés négativement par le règlement. S'ajoutent à ces revenus, ceux perçus pour des services non assurés, des services administratifs ou autres comme un rapport d'expertise. Ceux-ci semblent marginaux et ne sont pas touchés par le règlement.

Cependant, les cabinets perçoivent des frais accessoires qui disparaîtront avec le nouveau règlement. Le patient cessera de payer les 50 à 100 M\$ de frais accessoires. Certains frais accessoires sont souvent un paiement en double puisque les coûts de ces services sont déjà payés par la RAMQ dans l'honoraire majoré du cabinet. D'autres frais dits accessoires ne seraient pas couverts par l'honoraire de cabinet (ex: vasectomie en cabinet) et ils disparaîtront aussi avec le règlement. Cependant, ces frais pourraient être inclus dans un honoraire majoré pris en charge par les augmentations

généreuses des masses monétaires de chacune fédérations de médecins.

La perte des frais accessoires aura peu d'impact sur la santé financière des cabinets.

Pour les 36 CMS décrits plus haut, l'impact sera plus important. Ces entreprises font environ 20,000 interventions annuelles de chirurgie de type ambulatoire. Chacune charge au patient des frais accessoires variant de quelques centaines à quelques milliers de dollars (ex : 2 000\$ pour une chirurgie de hernie en CMS, 300\$ pour un gros lipome). Les CMS impliquent généralement que quelques chirurgiens et anesthésistes et peu de personnel. Pour ces médecins le travail en CMS représente qu'une faible proportion de leur pratique puisqu'ils sont majoritairement en établissement.

Nous ne connaissons pas l'effet de la perte des frais accessoires sur ces CMS. Nous pensons que les plus petites et précaires financièrement (25% des CMS) fermeront leur porte et les médecins et personnel intégrera l'établissement. Plusieurs se spécialiseront exclusivement dans les procédures non admissibles au régime de la RAMQ et feront leurs revenus de cette source. D'autres resteront profitables et deviendront un partenaire du réseau public en contractant avec les établissements des services que celle-ci n'arrive pas à faire dans les temps requis (exemple chirurgie du tunnel Carpien, endoscopies, etc.)

4. 2. Coûts pour les entreprises

[...]

[L]'interdiction des frais accessoires entraînera un manque à gagner pour certaines cliniques. À l'automne 2015, les fédérations médicales ont procédé à un exercice d'évaluation sommaire et globale des coûts annuels liés aux frais facturés aux patients assurés. Ce serait entre 35 M\$ et 135 M\$ pour les médecins spécialistes et entre 5 M\$ et 10 M\$ pour les médecins omnipraticiens.

[...]

8. CONCLUSION

Le projet de règlement sur certains paiements pouvant être réclamés d'une personne assurée pour des frais engagés aux fins de la dispensation d'un service assuré et l'effet de la mise en vigueur de celui-ci seront une bonne nouvelle pour les Québécoises et les Québécois. **En agissant ainsi, nous nous assurons que l'accès aux soins de santé et de services sociaux ne soit pas freiné par la capacité de payer des citoyens.**

595. Or, tel que l'attestent les documents faisant état des négociations avant et après le 26 janvier 2017, pièce **P-84** en liasse, les parties négociantes ont augmenté les suppléments prévus en cabinet privé afin de pallier au manque à gagner suite à l'abolition des frais accessoires.

3.2.6 Les admissions du ministre de la Santé Gaétan Barrette dans l'espace médiatique et sa connaissance des pratiques illégales

596. Le docteur Gaétan Barrette était ministre de la Santé lors du dépôt de la présente action collective.

597. Or, avant d'occuper ce poste, il était président de la FMSQ, et dans ce rôle il a acquis des connaissances et fait des déclarations qui sont pertinentes à la présente cause. Nous en relèverons ci-après un échantillon représentatif.

598. Rappelons qu'il était signataire du rapport Chicoine au nom de la FMSQ.

599. Il a par ailleurs, en 2007, déclaré que « [c]'est certain qu'une partie des frais accessoires sert pour payer le personnel », tout en laissant entendre que la définition des frais accessoires devrait être élargie pour refléter cette réalité, tel qu'il appert de l'article du journal *La Presse* du 22 mars 2007, pièce **P-85**.

600. Autour du 4 février 2013, le ministre de la Santé Réjean Hébert, se basant sur le rapport de la RAMQ de 2010 déjà mentionné intitulé « Frais facturés aux personnes assurées – Éléments de réflexion et pistes de solution », pièce **P-69**, dont la communication au public a jusqu'à récemment été refusée, a déclaré que les frais de médicaments et les agents anesthésiques étaient devenu « un moyen détourné pour demander des honoraires supplémentaires », tel qu'il appert de l'article du journal *La Presse*, pièce **P-86**.

601. En réaction à cette déclaration et alors qu'il était encore président de la FMSQ, le docteur Barrette a affirmé le lendemain que la facturation des frais accessoires était une « astuce », en précisant que « le 500 \$ n'est pas pour payer le médicament,

mais bien pour payer tout le reste », tel qu'il appert d'une entrevue diffusée par Radio-Canada, pièce **P-87**.

602. Le 6 février 2013, tel que rapporté dans un article de *La Presse*, pièce **P-88**, parlant au nom de la FMSQ et en réaction aux menaces du gouvernement d'abolir les frais accessoires, il a affirmé qu'une telle mesure mènerait à la fermeture des cliniques, en reconnaissant que les frais facturés aux patients servaient à financer l'achat d'équipement (nos caractères gras) :

Je pense que le ministre [Hébert] agit sciemment. Il veut fermer la porte aux actes en clinique pour les retourner à l'hôpital. [...] Au bout du compte, c'est le patient qui est pris en otage. On lui dit : retourne sur une liste d'attente, à l'hôpital. [...] S'il ne veut pas allonger les listes d'attente, le ministre devra augmenter les tarifs versés pour ces actes médicaux **en considérant l'achat d'équipement nécessaires à leur réalisation**.

603. En mars 2013, dans *Le Spécialiste*, le magazine de la FMSQ, pièce **P-89**, le directeur des affaires juridiques, Maître Sylvain Bellavance a, avec l'approbation du docteur Barrette, écrit une réplique aux intentions du ministre Hébert :

Malheureusement, la problématique des frais accessoires ne se résume pas à ces seuls frais et la Fédération a tôt fait de corriger cette perception en précisant que **cette facturation vise plutôt à couvrir les nombreuses dépenses d'opération des cliniques médicales et qui sont nécessaires afin d'assurer la prestation des services aux patients**.

604. En janvier 2014, tel que rapporté dans un article du *Devoir*, pièce **P-90**, le docteur Barrette, parlant pour la FMSQ, a répété que la pratique de facturation de frais accessoires ne vise pas que le coût des médicaments, puisqu'il y a « des frais d'exploitation, d'équipement. Les médecins les facturent dans les frais accessoires [...] ».

605. Devenu ministre de la Santé, le 18 juin 2015, en entrevue sur CBC Radio One à l'émission Homerun, pièce **P-91**, le docteur Barrette s'exprimait comme suit :

[GB] [...] Today, there are things that are billed to patients when some patients go to see some doctor for – let's say; let's give the, take the example of a colonoscopy

[Journaliste] OK

[GB] A colonoscopy, you need to have some instruments to do that, obviously, and under this; the actual regulations, the only thing that you can bill the patient is medication, anesthetics and bandages

[Journaliste] Right

[GB] That's all, OK?

[Journaliste] OK

[GB] You're not allowed to bill a colonoscope – you know, the scope; the instrument that you use to do a colonoscopy

[Journaliste] So you're saying these items appear on the bill but they're called different things?

[GB] Exactly

[Journaliste] OK

[GB] As we speak today, all those instruments would be listed under "drugs"

[Journaliste] Alright

[GB] Because this is permitted, and **the drug that might cost about a dollar, a dollar and a half, would cost you \$500** because that's the regulation; that is what is allowed by regulation [...]

606. Il a fait des déclarations allant dans le même sens sur Radio-Canada, à l'émission le 15-18, le 17 juin 2015, pièce **P-92** :

[GB] [... Pour les vasectomies, par exemple], dans les tarifs publics, il n'y a jamais eu rien de prévu pour payer le champ opératoire [...], les instruments et ainsi de suite. Donc ça là, c'est de ça qu'on parle. C'est un frais accessoire et c'est chargé aux patients. Je peux vous dire que ça coûte dans les cabinets entre 150 et 250 \$. Je peux vous dire que le coûtant est bien inférieur à ça. [...]

607. De même, tel que déjà relevé plus haut, commentant les changements proposés à la LAM en entrevue sur TVA à l'émission *Nouvelles* le 18 juin 2015, pièce **P-22**, le ministre a affirmé que :

la goutte là, à 200 \$ là, ça ça; les 200 \$ ils servaient à payer autre chose. La goutte elle va être payée le vrai prix là, qui va être peut-

être je ne sais pas moi, mettons 2 \$, et ce qui est en arrière on va évaluer le prix avec une firme externe; ça va être le coûtant plus 10 à 15 %, point.

3.2.7 Conclusion (...)

608. Les comportements du MSSS et des Fédérations constituent des fautes civiles emportant leur responsabilité pour tous les frais facturés par les médecins/optométristes/cliniques du Québec au-delà du prix coûtant des médicaments et agents anesthésiques administrés accessoirement à des services assurés pendant la période couverte par la présente action collective.
609. Leur omission de faire respecter les impératifs de la LAM, auprès de leurs administrés ou auprès de leurs membres, selon le cas, ainsi que leur complaisance face à des pratiques clairement illégales, étaient des fautes lourdes et inexcusables ayant causé d'importants dommages financiers pour les membres du groupe.
610. Il s'agit même de fautes intentionnelles et teintées de mauvaise foi qui ont sérieusement entamé la primauté du droit au Québec.

4 LE DEMANDEUR

611. Le demandeur est atteint de glaucome.
612. Il s'est fait traiter de multiples fois sur plusieurs années à l'Institut du Glaucome de Montréal et dans ce contexte a dû lui payer des frais accessoires à des services assurés suite à des factures émises par (...) l'Institut de glaucome de Montréal Inc.
613. Plusieurs de ces factures sont prescrites.
614. Les factures non prescrites constituent la pièce **P-93** en liasse.
615. Il appert de ces factures que, le 16 mai 2011 et le 12 décembre 2011, (...) l'Institut de glaucome de Montréal Inc. lui a facturé 30 \$ pour les médicaments Alcaïne (DIN 00035076) et Fluorescéine sodium (DIN 02148390).
616. Or, les montants réclamés du demandeur et payés par lui pour les gouttes d'Alcaïne et de Fluorescéine sodium sont hors de toute proportion vis-à-vis de leur coût, dont le prix coûtant des gouttes est estimé respectivement à 3,43 ¢ et à 33,5 ¢, tel qu'il appert de l'expertise de Laurent Tétreault, pièce **P-11**.
617. Tel qu'il appert de sa fiche historique publiée par la RAMQ, pièce **P-94**, ces montants lui ont été facturés accessoirement à des actes rémunérés par elle.

618. Ainsi, l'ophtalmologiste Annick Mwilambwe, qui est indiquée sur les factures **P-93**, a reçu des montants de 11,00 \$ et 36,30 \$ le 16 mai 2011 et des montants de 8,25 \$, 40,00 \$ et 63,60 \$ le 12 décembre 2011, dans le dossier du demandeur.

PAR CES MOTIFS, PLAISE AU TRIBUNAL :

ACCUEILLIR l'action collective contre les défendeurs;

(...)

CONDAMNER le MSSS et les Fédérations à verser solidairement à chacun des membres du groupe une somme équivalant au montant illégalement facturé par un médecin, optométriste ou clinique privée de même que l'intérêt légal et l'indemnité additionnelle prévue à l'article 1619 C.c.Q. et **ORDONNER** le recouvrement collectif de ces sommes;

(...)

ORDONNER aux défendeurs, en fonction de leur responsabilité, de déposer au greffe de cette Cour la totalité des sommes faisant l'objet d'une ordonnance de recouvrement collectif, ainsi que les intérêts et l'indemnité additionnelle;

PRENDRE toute autre mesure que le Tribunal estime nécessaire pour sauvegarder les droits des parties;

LE TOUT avec dépens y compris les frais d'experts et d'avis.

Montréal, le 19 décembre 2023

TRUDEL JOHNSTON & LESPÉRANCE
Avocats du demandeur

HADEKEL SHAMS S.E.N.C.R.L.
Avocats du demandeur

GRENIER VERBAUWHEDE AVOCATS INC.
Avocats du demandeur

PHILIPPE LÉVEILLÉ

Demandeur

c.

LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC

et

LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES DU QUÉBEC

et

LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

et

L'ASSOCIATION DES OPTOMÉTRISTES
DU QUÉBEC

Défendeurs

LISTE DES PIÈCES AMENDÉE EN DATE DU 19 DÉCEMBRE 2023

1	Manuel des omnipraticiens de décembre 2015
2	Manuel des spécialistes de janvier 2016
3	Manuel des optométristes d'avril 2014
4	Lettre de monsieur Pierre Roy du 29 janvier 2007
5	En liasse, étude des crédits 2012-2013 et 2015-2016
6	« InfoNégo » de la FMSQ du 31 janvier 2017

7	Réponse de la RAMQ du 19 mars 2014 suite à une demande d'accès de la part du demandeur
8	En liasse, règlements intérieurs de la RAMQ
9	En liasse, grilles tarifaires de la FMSQ, de la FMOQ, de la AMOM et de l'Association des dermatologues
10	Liste de médicaments de la RAMQ de décembre 2016
11	Lettre du pharmacien Laurent Tétreault du 9 mai 2014
12	« Products and Pricing on the Alberta Blue Cross Drug Price List (ABCDPL) Effective May 15, 2014 »
13	En liasse, factures du Centre oculaire de Québec et fiches historiques de la RAMQ, sous scellés
14	Extrait du manuel des spécialistes de septembre 2013
15	(...)
16	En liasse, factures du Centre oculaire de Québec, sous scellés
17	En liasse, facture de RRX médical et fiche historique de la RAMQ, sous scellés
18	Extrait du site web Pharmacompass
19	Fiche historique de la RAMQ, sous scellés
20	Extrait du manuel des spécialistes d'avril 2014
21	Extrait du site web Dufort Lavigne
22	Émission de TVA du 18 juin 2015
23	Liste des professionnels de la santé non participants ou désengagés au régime de l'assurance maladie du Québec avec adresse de pratique au Québec en date du 7 décembre 2017
24	(...)
25	Liste des médicaments des établissements du 15 décembre 2017
26	Transcription de l'émission « Maisonneuve à l'écoute » du 20 mai 2011 (Entrevue par Pierre Maisonneuve de Marc Lortie, porte-parole de la RAMQ)
27	Transcription d'une entrevue de Pierre Maisonneuve avec Marc Lortie du 24 novembre 2011
28	En liasse, documents d'assureurs et facture de clinique, sous scellés
29	Demande de la RAMQ à la Commission d'accès à l'information du 18 juin 2015 en réponse à une demande d'accès à l'information du demandeur

30	Dossiers communiqués par la RAMQ au demandeur le 5 octobre 2015 suite à sa demande d'accès à l'information
31	Rapport d'enquête de la RAMQ concernant la Clinique médicale Châteauguay du 20 décembre 2007
32	Rapport d'enquête de la RAMQ concernant Plexo Médiclub du 17 janvier 2013
33	Rapport d'enquête de la RAMQ concernant la Clinique médicale Bois-Franc du 31 août 2007
34	Rapport d'enquête de la RAMQ concernant la Clinique Rockland du 16 février 2012
35	Rapport d'enquête de la RAMQ concernant la Clinique chirurgicale de Laval du 22 mars 2012
36	Rapport d'enquête de la RAMQ concernant la Clinique médicale Élite du 23 septembre 2008
37	Rapport d'enquête de la RAMQ concernant le Service de concierge pédiatrique Medisys 123 du 28 février 2013
38	Association pour l'accès à l'avortement c. Québec (Procureur général), 2006 QCCS 4694
39	Document du gouvernement intitulé « Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité - Document de consultation » de février 2006
40	Rapport du Comité de travail sur les frais accessoires du 1 octobre 2007
41	En liasse, réponses du MSSS (9 novembre 2017) et de la RAMQ (5 décembre 2017) à une demande d'accès à l'information du demandeur
42	Rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé de février 2008
43	En liasse, factures émises à monsieur André Lavoie par le Centre oculaire de Québec
44	Facture émise à monsieur André Lavoie pour le médicament Lucentis
45	En liasse, courriel envoyé par monsieur André Lavoie au Commissaire aux plaintes de la RAMQ et son annexe
46	Courriel interne envoyé par le bureau du Commissaire aux plaintes de la RAMQ concernant la plainte de monsieur André Lavoie
47	Lettre de monsieur André Julien, Commissaire aux plaintes de la RAMQ, à monsieur André Lavoie du 26 novembre 2010
48	Lettre envoyée par la RAMQ au médecin de monsieur André Lavoie du 4 mai 2010

49	Note de service interne de la RAMQ concernant la plainte de monsieur André Lavoie du 23 juillet 2010
50	En liasse, lettre envoyée par le médecin de monsieur André Lavoie à la RAMQ du 2 septembre 2010 et ses annexes
51	Lettre de refus envoyée par la RAMQ à monsieur André Lavoie du 16 septembre 2010
52	Lettre de révision envoyée par la RAMQ à monsieur André Lavoie du 16 novembre 2010
53	Lettre envoyée par monsieur André Lavoie au Commissaire aux plaintes de la RAMQ du 29 septembre 2010
54	Notes manuscrites par monsieur André Lavoie et son pharmacien concernant le prix de certains médicaments
55	Réponses de la RAMQ à des demandes de remboursement de patients concernant les frais accessoires facturés lors d'injections de Lucentis
56	Article du <i>Soleil</i> publié le 8 novembre 2010 intitulé « Médicament Lucentis : la RAMQ se fie aux médecins »
57	Courriel de l'avocat de la RAMQ faisant état de l'entente de communication de dossiers dans le cadre d'une demande d'accès à l'information du demandeur
58	En liasse, demandes au stade de l'autorisation pour déposer une preuve appropriée de plusieurs défendeurs et notes et autorités du bureau McCarthy
59	Courriel de monsieur Michel Bureau, directeur général du MSSS, en réponse à une lettre de monsieur Lavoie, du 19 octobre 2010
60	En liasse, articles de presse concernant les frais accessoires lors d'injections pour traiter la dégénérescence maculaire entre octobre 2010 et avril 2011
61	Article du <i>Soleil</i> publié le 25 novembre 2010 intitulé « Lucentis: les ophtalmologistes veulent une solution réaliste »
62	Article de <i>La Presse</i> publié le 13 mars 2009 intitulé « Trop cher pour l'hôpital, des patients envoyés au privé »
63	Article du <i>Soleil</i> publié le 13 décembre 2010 intitulé « Traitement contre la dégénérescence maculaire: baisse du coût des injections »
64	Infolettre de la RAMQ du 21 décembre 2010 intitulé « Rappel à propos de la facturation de frais illégaux »
65	Communiqué du MSSS du 8 février 2011 intitulé « Le ministre Bolduc annonce la gratuité des traitements offerts aux patients atteints de dégénérescence maculaire »

66	Article du <i>Devoir</i> du 7 avril 2011 intitulé « Lucentis - Le PQ dénonce la volte-face du ministre Bolduc »
67	Extrait de pétition déposée à l'Assemblée nationale le 10 mai 2011
68	Document du Collège des médecins du Québec de mars 2011 intitulé « Frais médicaux facturés aux patients : Le Collège des médecins du Québec veut clarifier les règles »
69	Document envoyé par la RAMQ au MSSS en septembre 2010 intitulé « Frais facturés aux personnes assurées - Éléments de réflexion et pistes de solution », partiellement caviardé par la RAMQ
70	Requête pour autorisation d'exercer un recours collectif amendée du 11 janvier 2012 dans le dossier André Lavoie c. P.G. et al.
71	Communiqué de la FMSQ du 19 mai 2011 intitulé « Recours collectif sur les frais accessoires facturés par des cliniques ophtalmologiques - La FMSQ lance un ultimatum au ministre de la Santé »
72	Infolettre de la RAMQ du 21 juillet 2011 intitulé « Lettre d'entente no 183 concernant l'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique dans le cadre du traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge »
73	Communiqué de la FMSQ du 24 mai 2011 intitulé « Traitement de la dégénérescence maculaire : Entente intervenue entre la FMSQ et le ministère de la Santé et des Services sociaux »
74	En liasse, rétroactions par la RAMQ sur les pratiques de facturation de divers défendeurs
75	Extrait du Journal des débats de l'Assemblée nationale du jeudi 13 juin 2013 - Vol. 43 N° 66
76	Brochure publiée par le CSSS de Saint-Jérôme
77	Rapport d'intervention du Protecteur du citoyen du 24 septembre 2013 intitulé « Intervention au Centre de santé et de services sociaux de Saint-Jérôme et à l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides »
78	Décret 1113-2014 du 10 décembre 2014
79	Document du Collège des médecins du Québec de mars 2015 intitulé « Indépendance professionnelle et frais réclamés aux patients »
80	Avis de demande de <i>mandamus</i> à la Cour fédérale dans le dossier Réseau FADOQ et al. c. P.G. (Canada), dossier no 7-695-16
81	Lettre de la ministre fédérale de la Santé au ministre québécois de la Santé du 6 septembre 2016

82	Extrait du Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2016-2017 intitulé « Vérification de l'optimisation des ressources » publié au printemps 2016
83	Analyse d'impact réglementaire du MSSS de septembre 2016 concernant le « Règlement abolissant les frais accessoires liés à la dispensation des services assurés et régissant les frais de transport des échantillons biologiques »
84	Infolettre de la RAMQ du 21 janvier 2017 intitulé « Abolition des frais facturés aux personnes assurées dès le 26 janvier 2017 »
85	Article de <i>La Presse</i> du 22 mars 2007 intitulé « Le Québec champion du privé »
86	Article de <i>La Presse</i> du 4 février 2013 intitulé « Le ministre de la Santé met la hache dans les frais accessoires »
87	Entrevue d'Anne-Marie Dussault de Radio-Canada avec le Dr Gaétan Barrette, président de la FMSQ, du 5 février 2013
88	Article de <i>La Presse</i> 6 février 2013 intitulé « Abolition de frais accessoires: des soins menacés? »
89	Article du magazine de la FMSQ <i>Le spécialiste</i> écrit par Maître Sylvain Bellavance, Directeur des Affaires juridiques et Négociation – FMSQ intitulé « Frais accessoires. Une problématique perpétuelle » de mars 2013
90	Article du <i>Devoir</i> du 25 janvier 2014 intitulé « Se prémunir contre les frais accessoires »
91	Entrevue du ministre de la Santé Gaétan Barrette sur CBC par Sue Smith dans le cadre de l'émission Homerun le 18 juin 2015
92	Entrevue de Michel C. Auger avec le Dr Gaétan Barrette, ministre de la Santé le 17 juin 2015
93	En liasse, factures émises au demandeur par la clinique Bellevue - Institut du glaucome de Montréal
94	Document d'historique médicale du demandeur émis par la RAMQ
95	Extrait du Registre des entreprises pour Groupe Vision New Look
96	Point de presse de M. Gaétan Barrette, ministre de la Santé et des Services sociaux, mercredi 14 septembre 2016, 14 h
97	En liasse, factures des défendeurs et d'autres médecins/cliniques/optométristes, sous scellés
<u>98</u>	<u>Extraits du Registraire des entreprises du Québec concernant les défenderesses, en liasse</u>

<u>99</u>	<u>Extrait du site internet de la FMSQ</u>
<u>100</u>	<u>Extrait du site internet de la FMOQ</u>
<u>101</u>	<u>Extrait du site internet de l'AOQ</u>
<u>102</u>	<u>Article du magazine de la FMSQ <i>Le spécialiste</i> écrit par Maître Sylvain Bellavance, Directeur des Affaires juridiques et Négociation – FMSQ intitulé « Un jour à se souvenir » de décembre 2015</u>
<u>103</u>	<u>Article du magazine de l'AOQ <i>L'Optométriste</i> écrit par Steven Carrier, président, intitulé « Honoraires et frais » de janvier-février 2014</u>
<u>104</u>	A) <u>Rapport et publication du Collège des médecins de mars 2011 et d'automne 2012;</u> B) <u>Déclarations variées de la part des représentants du gouvernement, de la RAMQ, du MSSS et d'autres intervenants connexes devant les médias;</u> C) <u>Sorties médiatiques variées appelant à une intervention des autorités;</u> D) <u>Avis sur les frais accessoires en matière de santé et de services sociaux à l'intention du ministre de la Santé et des Services sociaux et de la Commission de la Santé et des Services sociaux du Protecteur du citoyen du premier octobre 2015;</u> E) <u>Lettre du Protecteur du citoyen au ministre de la Santé et des Services Sociaux et aux membres de la Commission de la santé et des services sociaux concernant <i>Le financement des frais accessoires reliés aux services assurés</i> du 5 octobre 2015;</u> F) <u>Rapport de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles intitulé <i>Facturation aux patients : Le portefeuille en prend pour son rhume</i>, de novembre 2015;</u> G) <u>Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2016-2017 – Vérification de l'optimisation des ressources, du mois de mai 2016.</u>
<u>105</u>	A) <u>Optopresse Bulletin officiel de l'Ordre des optométristes du Québec, hiver 2016;</u> B) <u>Optopresse Bulletin officiel de l'Ordre des optométristes du Québec, été 2016;</u>
<u>106</u>	<u>Article publié sur <i>indexsanté.ca</i> intitulé « Confusion au sujet des frais accessoires : L'Association des optométristes du Québec exige des réponses », daté du 16 janvier 2017</u>
<u>107</u>	<u>Article de <i>La Presse</i> intitulé « Québec annonce l'abolition des frais accessoires », daté du 14 septembre 2016</u>
<u>108</u>	<u>Article du magazine <i>L'actualité</i> intitulé « Frais accessoires : les omnipraticiens s'entendent en partie avec Québec », daté du 26 janvier 2017</u>

<u>109</u>	<u>Article du journal <i>Le Soleil</i> intitulé « Frais accessoires: les spécialistes dénoncent la “politique-spectacle” de Barrette », daté du 15 septembre 2016</u>
<u>110</u>	<u>Article du journal <i>Le Quotidien</i> intitulé « Frais accessoires : pas d’abus ici, assure la FMOQ », daté du 7 février 2016</u>
<u>111</u>	<u>Article de TVA Nouvelles intitulé « Les services aux patients seront affectés disent les médecins », daté du 26 janvier 2017</u>

Montréal, le 19 décembre 2023

TRUDEL JOHNSTON & LESPÉRANCE
Avocats du demandeur

HADEKEL SHAMS S.E.N.C.R.L.
Avocats du demandeur

GRENIER VERBAUWHEDE AVOCATS INC.
Avocats du demandeur

C A N A D A
PROVINCE DE QUÉBEC
DISTRICT DE MONTRÉAL
N° 500-06-000793-162

(Actions collectives)
COUR SUPÉRIEURE

DANIEL RAUNET

et

COLOMBE GAGNON

requérants

c.

LA PROCUREURE GÉNÉRALE DU
QUÉBEC

et

LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE
DU QUÉBEC

et

LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES DU QUÉBEC

et

LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

et

L'ASSOCIATION DES OPTOMÉTRISTES
DU QUÉBEC

intimées

**DEMANDE POUR AUTORISATION D'EXERCER
UNE ACTION COLLECTIVE MODIFIÉE DU 22 AVRIL 2022**
(Article 574 et suivants *C.p.c.*)

AU SOUTIEN DE LEUR DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCER UNE ACTION COLLECTIVE, LES REQUÉRANTS EXPOSENT RESPECTUEUSEMENT CE QUI SUIIT :

I. Les requérants demandent l'autorisation d'exercer une action collective contre les intimés pour le compte des personnes faisant partie du groupe ci-après décrit et dont ils font eux-mêmes partie :

1. « Toutes les personnes qui ont déboursé une somme d'argent pour des frais en lien avec un service assuré, prodigué par un médecin ou un optométriste entre le 2 juin 2013 et le 26 janvier 2017, qui a été rémunéré par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Toutefois, ne font pas partie du groupe les frais visés par l'action collective dans le dossier 500-06-000695-144 concernant la facturation de médicaments et d'agents anesthésiques.

Sont aussi exclues les personnes dont les seuls frais réclamés ou reçus l'ont été pour compenser le prix coûtant d'une fourniture dont les ententes permettent explicitement la facturation aux patients ou pour des services qui ne sont pas considérés comme assurés en vertu de l'article 22 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*, chapitre A-29, r. 5.

[...] »

II. Les faits qui donnent ouverture à un recours individuel de la part des requérants contre les intimées sont :

A. INTRODUCTION

2. La présente demande est intentée par les requérants afin qu'ils puissent représenter les personnes qui ont été victimes de facturation illégale de la part de cliniques, de médecins ou d'optométristes pour un service assuré ou pour des frais, fournitures ou services accessoires à un tel service.
3. Elle ne vise pas les frais imposés pour des médicaments ou des agents anesthésiques, car ces frais font l'objet d'une autre action collective dans le dossier de Philippe Léveillé (500-06-000695-144).
4. Les fautes des intimées découlent de la pratique illégale des cliniques, des médecins et des optométristes qui consiste à facturer un montant au patient en lien avec un service assuré qui est déjà couvert par une entente avec le régime public d'assurance maladie.

5. La requête vise le versement de dommages-intérêts équivalant aux frais imposés, ainsi que des dommages punitifs.
6. Elle est intentée contre la Fédération des médecins spécialistes du Québec (« FMSQ »), la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (« FMOQ ») et l'Association des optométristes du Québec (« AOQ ») (collectivement les « Fédérations ») qui ont négocié les ententes sur la rémunération de leurs membres et les ont incités à facturer des frais en lien avec un service assuré en violation de la loi.
7. Elle est aussi intentée contre le gouvernement du Québec, le ministre de la Santé et des Services sociaux (« MSSS ») et la Régie de l'assurance maladie du Québec (« Régie »), qui tolèrent, voire encouragent ces pratiques illégales.
8. En effet, l'inaction, voire l'encouragement, de la part du gouvernement, du MSSS et de la Régie face à ces pratiques contraires à la *Loi sur l'assurance maladie* depuis de nombreuses années, a permis à ces pratiques illégales de se développer dans l'impunité.
9. La gratuité est au cœur du régime légal d'assurance maladie au Québec, qui consacre par ailleurs le principe du payeur unique. En effet, le principe fondamental selon lequel tout service assuré est gratuit pour les patients est en place depuis le début du régime et a été renforcé à plusieurs reprises. Les exceptions à cette règle sont extrêmement rares.
- 9.1. Pour les fins du présent dossier, et jusqu'au 26 janvier 2017, seuls les frais pour le coût de stérilets et d'implants Essure pour certains spécialistes pouvaient être exigés aux patients pour un service assuré. Depuis le 26 janvier 2017, par ailleurs, il n'est plus permis de facturer que pour le transport d'échantillons biologiques, une pratique légalisée par le *Règlement abolissant les frais accessoires liés à la dispensation des services assurés et régissant les frais de transport des échantillons biologiques*, c. A-29, r. 7.1.
10. [...]

B. HISTORIQUE LÉGISLATIF

11. Depuis la toute première version de la *Loi sur l'assurance maladie* (« LAM »), la facturation directe à un patient par un professionnel de la santé pour des services assurés est strictement prohibée.
12. L'historique législatif de cette loi a été discuté dans le jugement *Léveillé c. Procureure générale du Québec*, 2017 QCCS 3762 (CanLII), paras 8-18 et exposé de façon détaillée dans la requête pour autorisation dans ce même dossier, dont la dernière version, en date du 30 mai 2017, est déposée sous la cote **R-1A**.

13. Nous en résumons les points saillants ci-après :

- a. La *LAM* de 1970 prévoyait qu'un professionnel de la santé « ne peut exiger ni recevoir pour [des services assurés] aucune autre rémunération que celle qui lui est payable par la Régie et qui est prévue à l'entente; toute convention à l'effet contraire est nulle de plein droit ».
- b. Pour encore plus de clarté, un article supplémentaire prévoyait qu'« [a]ucune entente ne peut prévoir un supplément de rémunération pour des services assurés ».
- c. En 1974, suite à des facturations illégales par des professionnels de la santé à la Régie de l'assurance maladie, une clause pénale est ajoutée à la loi.
- d. En 1979, suite à des facturations illégales de frais à l'occasion de services assurés, la loi a été amendée pour statuer qu'« [i]l est interdit à toute personne d'exiger ou de recevoir tout paiement d'un bénéficiaire pour un service accessoire à un service assuré rendu par un professionnel soumis à l'application d'une entente ou par un professionnel désengagé, sauf dans les cas prescrits ou prévus à une entente ».
- e. Tel qu'il appert des extraits de débats parlementaires cités au paragraphe 5.21.1 et suivants de la requête **R-1A**, l'opposition voulait que tous frais accessoires qui n'étaient pas spécifiquement prohibés soient permis.
- f. Or, la loi adoptée a prévu exactement l'inverse, soit que **tous frais accessoires à un acte assuré qui ne sont pas spécifiquement permis sont prohibés**.
- g. En 1984, suite à des facturations illégales de frais à l'occasion de services assurés, la loi a été amendée à nouveau pour statuer, de façon pléonastique, que tous frais pour « un service, une fourniture ou des frais accessoires à un service assuré » étaient prohibés.
- h. En 2015, suite à des pratiques généralisées de facturations illégales de frais à l'occasion de services assurés, la loi a encore une fois été amendée pour prévoir qu'« [a]ucun paiement ne peut être réclamé ou reçu d'une personne assurée, directement ou indirectement, pour des frais engagés aux fins de la dispensation de services assurés ».
- i. La loi de 2015 a même précisé que « [c]onstituent notamment de tels frais ceux liés [...] au fonctionnement d'un[e] clinique... ou] aux services, fournitures, médicaments et équipements requis pour la dispensation d'un

service assuré, ainsi que pour la réalisation d'un test diagnostique se rapportant à un tel service ».

- j. Selon l'article 76 de la *Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée*, L.Q. 2015, c. 25, les exceptions prévues aux ententes ont continué à s'appliquer, puisqu'aucun règlement en application du douzième alinéa de l'article 22 de la *LAM* ne s'appliquait jusqu'au 26 janvier 2017, date d'entrée en vigueur du *Règlement abolissant les frais accessoires liés à la dispensation des services assurés et régissant les frais de transport des échantillons biologiques*, A-29, r. 7.1 :

« Les services, fournitures ou frais accessoires qui, en vertu d'une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie, pouvaient être facturés par un professionnel de la santé soumis à cette entente ou par un professionnel désengagé en vertu du neuvième alinéa de l'article 22 de cette loi, tel qu'il se lisait avant le 9 novembre 2015, peuvent continuer d'être facturés jusqu'à l'entrée en vigueur du premier règlement pris en application du douzième alinéa de l'article 22 de cette loi ».

- k. Les versions en date du 2 septembre 2016 desdites ententes sont déposées en liasse sous la cote **R-2**.

B.1 L'INCITATION DES FÉDÉRATIONS

- 13.1. Les Fédérations ont conclu des ententes avec le MSSS en vertu de l'article 19 *LAM*, pièce **R-2** en liasse.
- 13.2. Ces ententes visaient notamment à déterminer la rémunération des professionnels de la santé et prévoir les exceptions à l'article 22 *LAM*.
- 13.3. Les exceptions négociées par les Fédérations et contenues aux ententes sont limitées à quelques services, fournitures et frais accessoires à un service assuré rendu par un professionnel et ces montants peuvent être exigés aux patients seulement à titre de compensation ou de remboursement, tel qu'exposé plus amplement à la section sur le syllogisme juridique aux paragraphes 40 et s. de la présente demande.
- 13.4. Insatisfaites des résultats des négociations avec le MSSS, les Fédérations ont incité leurs membres à percevoir des frais illégaux comme moyen détourné d'augmenter leur rémunération que les Fédérations ont elles-mêmes négociée avec le MSSS.

13.5. La FMSQ et la FMOQ proposaient dans le cadre du Rapport du Comité de travail sur les frais accessoires (« Rapport Chicoine ») en 2007 d'ajouter aux ententes des frais reliés, notamment :

- aux médicaments et agents anesthésiques;
- aux fournitures, à l'utilisation et à l'entretien de matériel ou d'équipement médical;
- à la gestion administrative du dossier du patient;
- aux services fournis par le personnel médical auquel le médecin confie l'exécution de certaines tâches;
- aux services non médicaux dispensés par le médecin ou un membre du personnel;
- aux accessoires médicaux;
- aux matériel et fournitures nécessaires pour effectuer des tests diagnostiques, des examens physiques et des traitements courants; et
- aux instruments et au matériel requis pour effectuer diverses techniques médicales.

tel qu'il appert du rapport Chicoine déposé sous la cote **R-4**, notamment à l'annexe II.

13.6. Or, ces propositions n'ont jamais été retenues par le MSSS, mais les Fédérations ont néanmoins incité par la suite leurs membres par différents moyens à percevoir de tels frais.

13.7. Les Fédérations ont, par exemple, publié des grilles tarifaires afin d'inciter leurs membres à exiger de leurs patients des frais accessoires pour des services et des fournitures, tel qu'il appert des grilles tarifaires déposées en liasse sous la cote **R-14**.

13.8. Les propos de Me Bellavance en 2009, alors directeur des affaires juridiques de la FMSQ, ne laissent aucun doute sur l'objectif des grilles tarifaires :

« La grille de tarifs proposée par la Fédération pour les services non assurés et frais accessoires en est un autre exemple. Nous avons incité les médecins à réclamer une rémunération adéquate pour les services dispensés à des patients [...] »

tel qu'il appert d'un extrait de l'édition de septembre 2009 du bulletin de la FMSQ, *Le Spécialiste*, déposé sous la cote **R-15**.

13.9. Dans les faits, les grilles tarifaires étaient largement suivies par les professionnels et les cliniques, tel qu'il appert notamment de la demande des intimées pour

permission de déposer une preuve appropriée et ses pièces, déposées en liasse sous la cote **R-16**.

- 13.10. À titre d'exemple, la grille tarifaire du FMSQ indique un prix de 125 \$ à 200 \$ pour la vente par un médecin d'un stérilet, bien que le coût d'achat d'un stérilet peut être aussi bas que 50 \$, tel qu'il appert par exemple du dépliant du Centre hospitalier universitaire de Québec, déposé sous la cote **R-17**. Autre exemple : les grilles des deux fédérations médicales invitent leurs membres à facturer pour des rendez-vous annulés, même si ces rendez-vous avaient été pris dans le cadre de services assurés.
- 13.11. Par ailleurs, l'Ordre des optométristes suggère que les optométristes ayant des questions sur la facturation se dirigent à l'AOQ (voir par exemple l'extrait du bulletin officiel de l'Ordre des optométristes du Québec, *Optopresse*, de l'été 2016, déposé sous la cote **R-18**), laquelle publiait des grilles tarifaires avant le 26 janvier 2017 où, notamment, les prix suggérés pour les médicaments et agents anesthésiques allaient bien au-delà de leur prix coûtant.
- 13.12. De plus, l'AOQ, tout comme la FMSQ et la FMOQ, continue d'indiquer dans ses grilles tarifaires la possibilité de facturer à des patients des montants pour des services diagnostiques, sans faire la distinction, comme l'exige la loi, entre les services reliés à un service assuré et ceux qui ne le sont pas. Voir à cet effet, par exemple, les documents intitulés « Guide sommaire des tarifs » et « Frais accessoires et procédures cliniques » publiés récemment par l'AOQ, pièce **R-19** en liasse.
- 13.13. Bien que la gamme de services assurés soit plus restreinte en matière d'optométrie, les services assurés représentent une partie non négligeable de leurs revenus, comme en témoigne notamment le communiqué de presse du 7 février 2018 de l'AOQ, déposé sous la cote **R-20**.
- 13.14. Tel qu'il sera démontré à l'enquête et tel qu'il appert notamment de la pièce **R-6**, la pratique de facturation illégale était systémique et généralisée au Québec.
- 13.15. En raison de leur comportement, les Fédérations sont responsables pour les frais illégaux payés par les membres du groupe.

C. NON-INTERVENTION DES AUTORITÉS

14. Tel qu'il est exposé plus en détails dans la pièce **R-1A** et ci-après, la Régie et le MSSS ont négligé d'appliquer l'interdiction stricte de facturation de frais aux patients pour des services assurés. Le gouvernement pour sa part a, de façon délibérée, permis pendant des années à ces contraventions de se généraliser.

15. Loin d'appliquer le régime existant au moins depuis 1979 selon lequel **tous les frais accessoires à un acte assuré qui ne sont pas spécifiquement permis sont prohibés**, la Régie, avec la connaissance et la bénédiction du MSSS et du gouvernement, a plutôt appliqué, de façon négligente et de mauvaise foi, un régime laxiste qui a laissé se développer des frais de tous genres.
16. Lorsque la pression est devenue trop forte sur la Régie, sur le MSSS et sur le gouvernement, notamment par le dépôt d'une action collective visant les frais accessoires pour médicaments et agents anesthésiques facturés à l'occasion d'une injection intravitréenne de médicaments dans le dossier 500-06-000569-117, dont copie est déposée sous la cote **R-3**, la Régie a timidement commencé à appliquer l'interdiction, mais seulement lorsque contrainte de le faire par les médias et la pression populaire.
17. Les actions collectives **R-1A** et **R-3** visaient un subterfuge qui consiste à facturer des montants totalement arbitraires pour les quelques médicaments ou agents anesthésiques à coût souvent dérisoire utilisés à l'occasion d'actes assurés et au sujet duquel la Régie et le MSSS affirmaient, de mauvaise foi, ne pas pouvoir intervenir.
18. La présente action vise en partie la facturation de frais que la Régie rembourse aux patients qui en font la demande.
19. Ce qui lui est reproché, ainsi qu'au MSSS, dans ces cas est le fait **de ne pas intervenir à la source du problème pour faire arrêter la pratique**, la Régie émettant tout au plus des recommandations à quelques cliniques qui ont été largement ignorées, avec impunité.
 - 19.1. Or, tant la Régie que le MSSS pouvaient et devaient agir avec énergie pour faire arrêter toute facturation de frais contraires à la *LAM*.
 - 19.2. Ainsi, concernant le MSSS, en vertu de la *Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux* :
 1. Le ministre de la Santé et des Services sociaux, désigné dans la présente loi sous le nom de « ministre », est chargé de la direction et de l'administration du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Il est également chargé de l'application des lois et des règlements relatifs à la santé et aux services sociaux.
 2. Le ministre a pour fonctions d'élaborer et de proposer au gouvernement des politiques relatives à la santé et aux services sociaux.

Le ministre doit voir à la mise en œuvre de ces politiques, en surveiller l'application et en coordonner l'exécution.

- 19.3. La *LAM* spécifie en outre que « [l]e ministre de la Santé et des Services sociaux est chargé de l'application de la présente loi » (article 105 *LAM*).
- 19.4. De plus, selon la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec* (« *LRAMQ* »), le MSSS peut ordonner à la Régie d'exécuter « tout mandat » (article 2 alinéa 3 *LRAMQ*), et peut même émettre des directives qui, une fois approuvées par le gouvernement, la lient :

32. Le ministre de la Santé et des Services sociaux peut, dans le cadre des responsabilités et pouvoirs qui lui sont confiés à l'égard de l'utilisation des deniers publics, de la santé du public, des droits des personnes assurées aux services assurés et du respect des ententes auxquelles le ministre est partie, émettre des directives portant sur les objectifs et l'orientation de la Régie dans l'exécution des fonctions qui lui sont confiées par la loi.

Ces directives doivent être soumises au gouvernement pour approbation. Si elles sont ainsi approuvées, elles lient la Régie qui est tenue de s'y conformer.

Toute directive émise en vertu du présent article doit être déposée devant l'Assemblée nationale dans les cinq jours de son approbation par le gouvernement, si l'Assemblée est en session ou dans les cinq jours de l'ouverture de la session suivante si elle ne l'est pas.

- 19.5. Quant à la *RAMQ*, la *LRAMQ* prévoit :

2. La Régie a pour fonction d'administrer et d'appliquer les programmes du régime d'assurance maladie institué par la *Loi sur l'assurance maladie* (chapitre A-29) ainsi que tout autre programme que la loi ou le gouvernement lui confie.

Elle doit notamment, à ces fins :

[...]

b) **contrôler** l'admissibilité des personnes aux programmes de même que **la rémunération versée aux professionnels de la santé et les paiements ou remboursements faits**, selon le cas, aux établissements, aux laboratoires, à

la personne qui a dispensé le service ou fourni le bien ou **à la personne qui l'a reçu[.]**

19.6. De plus :

20. Dans l'exercice de ses pouvoirs, **la Régie peut**, par elle-même ou une personne qu'elle désigne, **enquêter sur toute matière de sa compétence.** [...]

À ces fins, la Régie et toute telle personne sont investies des pouvoirs et immunités de commissaires nommés en vertu de la *Loi sur les commissions d'enquête* (chapitre C-37), sauf du pouvoir d'imposer une peine d'emprisonnement.

20. En outre, il est apparu que la Régie n'a **jamais** référé de dossier de facturation illégale au Directeur des poursuites criminelles et pénales pour faire appliquer les pénalités prévues à la loi depuis 1974, tel qu'il appert de la réponse donnée par la RAMQ à une demande sous la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, RLRQ c A-2.1, dont copie est déposée sous la cote **R-12**.
21. Ainsi, des citoyens comme le requérant Daniel Raunet se trouvent placés devant la situation absurde où ils reçoivent un remboursement pour une facturation que la Régie estime illégale, mais seulement lorsqu'ils en font la demande. Ainsi, les autorités n'intervenaient ni en amont, ni en aval, d'une telle demande.
- 21.1. Dans bien des cas, même lorsque la Régie remboursait les montants facturés illégalement dont une personne assurée s'est plainte, elle n'a pas utilisé ses pouvoirs pour faire en sorte que la pratique s'arrête, ni n'a-t-elle assuré que d'autres patients soient remboursés, notamment en les invitant à soumettre des demandes à cet effet.
22. Pire, dans bien des cas, comme par exemple celui de la requérante Colombe Gagnon, la Régie a fait des pieds et des mains afin de trouver une façon de ne pas intervenir à l'occasion de frais facturés de façon anarchique aux patients, tel qu'il sera illustré ci-après.
23. C'est notamment pour cette raison que la Régie n'a récupéré qu'environ 1,7 millions de dollars suite à des réclamations des patients entre 2010 et 2014, ce qui est un montant dérisoire en vue des montants en jeu dans la seule action collective **R-3** (bien au-delà de 6 millions – le montant de la transaction – pour seulement les personnes atteintes de dégénérescence maculaire sur une période de 3 ans).

24. Or, au moins depuis le rapport dit « Chicoine » de 2007, pièce **R-4**, et certainement bien avant, tous les acteurs institutionnels, incluant les intimées, sont au courant de ces frais « hors normes » généralisés.
25. Depuis, les ministres de la Santé qui se sont suivis ont tous affirmé à de multiples reprises qu'il s'agissait d'une façon détournée de facturer des frais d'opération des cliniques. Par exemple :
- a. En décembre 2012, Réjean Hébert a indiqué qu'il avait « demandé à la Régie de l'assurance-maladie d'être beaucoup plus diligente, et [qu'il allait] serrer la vis ». En outre, il a affirmé « qu'il y [avait] encore toutes sortes de stratégies ou de stratagèmes, même, pour faire payer aux patients des frais qui doivent être couverts par le réseau public » (Radio-Canada).
 - b. En février 2013, monsieur Hébert a affirmé que les frais accessoires étaient « un moyen détourné pour demander des honoraires supplémentaires » (La Presse).
26. Gaétan Barrette, à titre de président de la FMSQ, puis à titre de ministre de la Santé, en a dit autant à de multiples reprises. Par exemple :
- a. En février 2013, il a décrit la facturation de frais accessoires comme une « astuce », en affirmant que « le 500 \$ n'est pas pour payer le médicament, mais bien pour payer tout le reste » (Radio-Canada).
 - b. En mars 2013, [...] Maître Sylvain Bellavance, directeur des affaires juridiques de la FMSQ, a affirmé que « la problématique des frais accessoires [...] vise] à couvrir les nombreuses dépenses d'opération des cliniques médicales qui sont nécessaires afin de d'assurer la prestation des services aux patients » (Le Spécialiste, le bulletin de la FMSQ).
 - c. En janvier 2014, il a affirmé que « des frais d'exploitation, d'équipement [, ... l]es médecins les facturent dans les frais accessoires » (Le Devoir).
 - d. En juin 2015, il a affirmé, en tant que ministre cette fois, dans une entrevue à CBC Radio One, ce qui suit :
 - « [GB] You're not allowed to bill a colonoscope – you know, the scope; the instrument that you use to do a colonoscopy.
 - [Journaliste] So you're saying these items appear on the bill but they're called different things?
 - [GB] Exactly ».

- e. Le même mois, il a déclaré sur Radio-Canada ce qui suit : « [Pour les vasectomies, par exemple], dans les tarifs publics, il n'y a jamais eu rien de prévu pour payer le champ opératoire, les [...], les instruments et ainsi de suite. Donc ça là, c'est de ça qu'on parle. C'est un frais accessoire et c'est chargé aux patients. Je peux vous dire que ça coûte dans les cabinets entre 150 et 250 \$. Je peux vous dire que le coûtant est bien inférieur à ça ».
27. Or, dans ce dernier exemple, non seulement il s'agit de frais illégaux, mais au surplus et contrairement à ce qu'a affirmé le ministre, **les vasectomies bénéficient d'un tarif majoré lorsque effectuées par des médecins omnipraticiens en clinique privée justement pour prendre en compte les frais d'opération** (code 06232 du Manuel de facturation des médecins omnipraticiens, pièce **R-2**).
28. Ceci démontre clairement l'arbitraire de la pratique avalisée par le gouvernement, le MSSS et la Régie : n'étant pas heureux des montants pourtant très élevés négociés avec le système public, les médecins, les optométristes et les cliniques vont aller chercher encore plus auprès des patients, sans que ce surplus ne corresponde de quelque façon aux coûts engendrés.
- 28.1. Les intimées ont mis en place et permis une pratique systémique et généralisée de facturation illégale qui contrevient au principe de la gratuité des soins, tel qu'il appert des allégations qui précèdent et des documents déposés en liasse sous la cote **R-6** :
- A. Rapport et publication du Collège des médecins de mars 2011 et d'automne 2012.
 - B. Déclarations variées de la part des représentants du gouvernement, de la Régie, du MSSS et d'autres intervenants connexes devant les médias.
 - C. Sorties médiatiques variées appelant à une intervention des autorités.
 - D. *Avis sur les frais accessoires en matière de santé et de services sociaux à l'intention du ministre de la Santé et des Services sociaux et de la Commission de la Santé et des Services sociaux* du Protecteur du citoyen du premier octobre 2015.
 - E. Lettre du Protecteur du citoyen au Ministre de la Santé et des Services Sociaux et aux membres de la Commission de la santé et des services sociaux concernant *Le financement des frais accessoires reliés aux services assurés* du 5 octobre 2015.
 - F. Rapport de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles intitulé *Facturation aux patients : Le portefeuille en prend pour son rhume*, de novembre 2015.

G. Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2016-2017 - Vérification de l'optimisation des ressources, du mois de mai 2016.

29. [...]

30. [...]

31. [...]

32. [...]

33. [...]

34. [...]

35. [...]

36. [...]

37. [...]

38. [...]

39. [...]

D. LE SYLLOGISME JURIDIQUE

40. Sous la *LAM*, pour ce qui est des services rendus par les médecins, tous les services « qui sont requis au point de vue médical » sont assurés (art. 3.a) *LAM*).

41. Quant aux optométristes, il s'agit des « services déterminés par règlement qui sont requis au point de vue optométrique pour le compte d'une personne assurée dont l'âge est celui fixé à ces fins par règlement ou qui détient un carnet de réclamation en vigueur délivré suivant l'article 71 ou 71.1 *LAM* » (art. 3.c) *LAM*).

42. L'article 22 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie* contient une liste de services non considérés comme assurés, que ne couvre pas cette action.

43. Pour tout service assuré, la *LAM* interdit expressément toute facturation aux patients :

Article 22, alinéa 4 : « *Un professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente ne peut exiger ni recevoir, pour un service assuré, que la rémunération prévue à l'entente et à laquelle il a droit en vertu des alinéas qui précèdent; toute convention à l'effet contraire est nulle de nullité absolue. Cependant un pharmacien peut exiger la différence entre le prix du médicament indiqué à la liste et le montant dont la Régie assume le paiement.* »

Article 22, alinéa 11 : « *Il est de plus interdit de rendre, directement ou indirectement, l'accès à un service assuré conditionnel à un paiement par une personne assurée, ou de procurer à celle-ci un accès privilégié à un tel service moyennant paiement.* »

Article 23 : « *Aucune entente ne peut prévoir un supplément de rémunération pour des services assurés.* »

44. De plus, tous frais accessoires à un service assuré sont interdits :

Article 22, alinéa 9 : « *Aucun paiement ne peut être réclamé ou reçu d'une personne assurée, directement ou indirectement, pour des frais engagés aux fins de la dispensation de services assurés par un professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente ou par un professionnel désengagé. Constituent notamment de tels frais ceux liés :*

1° au fonctionnement d'un cabinet privé de professionnel ou d'un centre médical spécialisé au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux;

2° aux services, fournitures, médicaments et équipements requis pour la dispensation d'un service assuré, ainsi que pour la réalisation d'un test diagnostique se rapportant à un tel service. »

45. L'analyse n'est pas différente pour les cas ayant eu lieu avant l'adoption des amendements de novembre 2015, puisque l'alinéa 9 se lisait alors :

« *Il est interdit à toute personne d'exiger ou de recevoir tout paiement d'une personne assurée pour un service, une fourniture ou des frais accessoires à un service assuré rendu par un professionnel soumis à l'application d'une entente ou par un professionnel désengagé, sauf dans les cas prescrits ou prévus dans une entente et aux conditions qui y sont mentionnées.* »

46. Tel que mentionné, l'article 76 du chapitre 25 des lois de 2015 comporte une clause grand-père couvrant les frais autorisés dans les ententes :

« *Les services, fournitures ou frais accessoires qui, en vertu d'une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie, pouvaient être*

facturés par un professionnel de la santé soumis à cette entente ou par un professionnel désengagé en vertu du neuvième alinéa de l'article 22 de cette loi, tel qu'il se lisait avant le 9 novembre 2015, peuvent continuer d'être facturés jusqu'à l'entrée en vigueur du premier règlement pris en application du douzième alinéa de l'article 22 de cette loi ».

47. Or les ententes, lesquelles, en vertu de l'article 19 LAM, ne peuvent prévoir des montants pour couvrir des frais engagés seulement « à titre de compensation ou de remboursement », prévoyaient, jusqu'au 26 janvier 2017, les seules exceptions suivantes :

Pour les médecins spécialistes :

« RÈGLE 2. FRAIS DE PRATIQUE

*2.1 En cabinet privé, le médecin spécialiste peut demander au malade compensation pour certains frais de pratique que détermine ce tarif.
Ces frais comprennent les médicaments et les agents anesthésiques. »*

« P - GYNÉCOLOGIE

RÈGLE 6.

La compensation relative au coût d'un stérilet ou d'un implant de Essure est exigible de la patiente. »

« Q – OBSTÉTRIQUE

RÈGLE 6.

La compensation relative au coût d'un stérilet ou d'un implant de Essure est exigible de la patiente. »

Pour les médecins omnipraticiens :

« 1.1.4 Frais accessoires

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

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

[Autres frais prévus pour services non nécessairement assurés, tels que formulaires et rédaction de résumé de dossier...]

Le médecin peut en outre obtenir compensation du coût d'achat d'un stérilet pourvu qu'il ait, au préalable, avisé la patiente du montant de cette compensation. »

Pour les optométristes :

« 5.01 L'optométriste ne peut demander à la personne assurée quelque paiement en rapport avec la dispensation d'un service assuré déterminé par règlement, sauf disposition contraire au présent tarif.

Toutefois, l'optométriste peut obtenir de la personne assurée compensation pour le coût des médicaments et des agents anesthésiques utilisés en rapport avec la dispensation d'un service assuré. »

48. Tous autres frais dans le cadre d'un service assuré étaient illégaux jusqu'au 26 janvier 2017; depuis, les seuls frais légaux sont ceux énumérés au *Règlement abolissant les frais accessoires liés à la dispensation des services assurés et régissant les frais de transport des échantillons biologiques*, A-29, r. 7.1.
49. Les facturations suivantes ont notamment souvent été exigés aux membres du groupe :
- pour l'acte médical assuré;
 - pour des frais administratifs;
 - pour des fournitures dont la facturation aux patients n'est pas autorisée par les ententes;
 - pour un montant dépassant le coût de la fourniture, dans les cas où la facturation aux patients est autorisée par les ententes;
 - pour le transport d'échantillons (jusqu'au 26 janvier 2017) ou de données médicales;
 - pour la réalisation de tests diagnostiques se rapportant à un service assuré;
 - pour la prise de rendez-vous en lien avec un acte médicale assuré;
 - pour des rendez-vous annulés;
 - pour des forfaits annuels.
50. Le requérant entend réclamer le versement de dommages-intérêts équivalant aux frais imposés illégalement, ainsi que des dommages punitifs, tant aux Fédérations qu'aux instances gouvernementales poursuivies.
51. [...]
52. Les dommages punitifs se basent sur la *Charte québécoise* et la *Charte canadienne*, notamment en raison de la barrière à l'accès à des services médicalement nécessaires qu'ont constitué les frais illégaux, menant de façon certaine et prévisible à des reports ou des arrêts de traitement parmi les membres du groupe.
- 52.1. La cause **R-3** des patients atteints de DMLA qui devaient payer jusqu'à 300 \$ par mois pour garder leur vue illustre tant l'importance et la récurrence fréquente de

certaines de ces frais, ainsi que la gravité potentielle d'un report de traitement en raison de ceux-ci. Plusieurs études scientifiques, ainsi que l'opinion du Gouvernement du Canada lors des travaux préparatoires à l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé*, concernant les conséquences de la barrière à l'accès à des services médicalement nécessaires sont déposées en liasse sous la cote **R-13**.

- 52.2. Tel qu'il sera démontré au mérite, les atteintes des intimées sont illicites et intentionnelles.
- 52.3. L'octroi de dommages punitifs est nécessaire pour dénoncer le laxisme des autorités et des Fédérations, pour punir la défiance ouverte de lois sociales fondamentales et pour éviter la récidive de ces atteintes. Outre les faits allégués aux présentes, la procureure générale et la Régie ont été poursuivies pour des faits similaires à plusieurs reprises, dans *Association pour l'accès à l'avortement c. Québec (Procureur général)*, 2006 QCCS 4694 (CanLII) (la procureure générale a été condamnée au mérite), *Lavoie c. Régie de l'assurance maladie du Québec*, 2013 QCCS 866 (règlement) et *Léveillé c. Procureure générale du Québec*, 2018 QCCS 3443 (autorisation d'une action collective).

E. LE REQUÉRANT DANIEL RAUNET ET LES PRATIQUES ILLÉGALES DE LA CLINIQUE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE PIERRE-BOUCHER ET DE RADIOLOGIE PB

53. Copies des pièces se rattachant à la facturation illégale dont a été victime le requérant Daniel Raunet sont déposées en liasse sous la cote **R-7**.
54. De la pièce **R-7**, il ressort que, le 12 juin 2013, le requérant s'est vu facturer des frais de 20 \$ par la Clinique de Gastro-Entérologie Pierre-Boucher pour le programme « REDIRE », un service permettant à la clinique d'accéder à son dossier médical à l'hôpital, le tout dans le cadre d'un service assuré.
55. Ces frais accessoires à un service assuré, n'étant pas permis dans les ententes, sont illégaux.
56. Suite à une réclamation à la Régie, ces frais lui ont été remboursés le 7 août 2014.
57. La Régie n'a pas indiqué au requérant qu'elle allait faire d'autres démarches auprès de la clinique afin que cette facturation illégale arrête.
58. Au début de l'automne 2015, il a vu son médecin de famille pour des épisodes d'enflure douloureuse du genou, qui l'a référé à un radiologue pour une radiographie des deux genoux.

59. Il a passé ledit examen le 8 octobre 2015 à la clinique Radiologie PB.
60. Le premier décembre 2015, un nouvel épisode d'inflammation du genou gauche l'amenait à nouveau à la clinique sans rendez-vous.
61. Un médecin a alors décidé de le référer à un orthopédiste.
62. Il lui a dit de parler à sa secrétaire à la sortie pour obtenir une photocopie du rapport de Radiologie PB à son dossier.
63. Le médecin lui a également remis une référence pour voir un orthopédiste.
64. Sur la photocopie du rapport de Radiologie PB, le requérant a inscrit une note à la main pour se rappeler des deux documents que le médecin lui avait indiqué comme étant nécessaires avant de voir l'orthopédiste : le rapport du radiologue sur papier et le CD de la radiographie de ses genoux.
65. Le requérant a alors pris un rendez-vous avec la clinique d'orthopédie.
66. Au téléphone, la secrétaire lui a fixé un rendez-vous avec l'orthopédiste pour le 5 février 2016.
67. Elle lui a alors réitéré qu'il devait se présenter avec deux documents : le rapport papier du radiologue et le CD de la radiographie.
68. Le 4 janvier 2016, il s'est donc présenté à la Clinique de Radiologie PB, à Longueuil, pour obtenir ledit CD.
69. La secrétaire lui a alors réclamé des frais de 5 dollars, qu'il a acquittés.
70. Le 5 février 2016, l'orthopédiste a utilisé le CD dans le cadre du traitement du requérant, avant de le rendre au requérant.
71. Le paiement du CD était accessoire à l'acte assuré, puisque l'acte n'aurait pas pu avoir lieu sans le CD.
72. Il s'agit en fait de frais pour le transport de données dans le cadre d'un acte assuré et le requérant a le droit à un remboursement intégral du montant payé.
73. Ayant déjà vécu une autre expérience de frais illégaux réclamés par un médecin pour des services médicalement requis, le requérant a songé un instant se plaindre à la Régie, comme la première fois, mais il s'est dit que la démarche était inutile vu qu'il n'avait aucune assurance que cet organisme public prenait des mesures pour obtenir un remboursement des médecins et cabinets fautifs. Tout portait au contraire à croire que la Régie ne ferait rien pour que cette pratique illégale cesse.

74. Le requérant s'est donc renseigné au sujet de la possibilité d'une action collective, d'où sa présente démarche.

E.1 LA REQUÉRANTE COLOMBE GAGNON ET LES PRATIQUES ILLÉGALES DE LA CLINIQUE MÉDICALE DE SILLERY

- 74.1. Copies des pièces se rattachant à la facturation illégale dont a été victime la requérante Colombe Gagnon sont déposées en liasse sous la cote **R-7A**.
- 74.2. Le 18 juillet 2013, la requérante s'est vu facturer des frais de 5 \$ pour le transport d'un prélèvement vers le laboratoire du Centre hospitalier de l'Université Laval, le tout dans le cadre d'un service assuré.
- 74.3. Ces frais accessoires à un service assuré, n'étant pas permis dans les ententes, sont illégaux.
- 74.4. La requérante a entrepris, sans succès, des démarches avec la Régie pour se faire rembourser.
- 74.5. Dans la décision de révision de la Régie du 13 janvier 2014, celle-ci indique que « le transport de prélèvements ne constitue pas un service assuré au sens de la Loi sur l'assurance maladie », mentionne que « cette loi n'interdit pas la facturation de ce service non assuré aux personnes » et conclut que « par conséquent, il ne peut faire l'objet d'un remboursement par la Régie ».
- 74.6. La requérante a poursuivi sa demande devant le Tribunal administratif du Québec (TAQ).
- 74.7. La Régie commença par une offre de remboursement intégral faite verbalement le 9 janvier 2015 par une avocate de son service juridique, en échange d'un désistement de la part de la requérante.
- 74.8. La requérante a refusé verbalement de se désister car elle tenait à l'audience qui était prévue pour le 14 janvier 2015. Malgré son refus verbal, un document pour désistement lui a été envoyé par la poste, accompagné d'un chèque égalant les frais qu'elle avait payés à la clinique médicale.
- 74.9. La requérante n'a pas signé ce document et n'a pas encaissé le chèque.
- 74.10. Elle a d'ailleurs remis le chèque à l'avocate de la Régie lors de sa comparution à l'audience, le 14 janvier 2015.
- 74.11. Dès le début de l'audience, sachant que la requérante ne signerait pas l'offre de désistement, l'avocate de la Régie a présenté une demande d'irrecevabilité au

motif que sa cliente remboursait la requérante et que le recours devenait sans objet.

- 74.12. Le TAQ a accueilli cette demande le 16 février 2015.
- 74.13. La Régie savait très bien que les frais de transport facturés par la clinique sont un service assuré parce que ces frais sont accessoires à un service assuré. En effet, la preuve au dossier, dont notamment une lettre de la docteure Boisselle, envoyée à la Régie afin de justifier la facturation de 5 \$ à madame Gagnon et qui mentionne que la « participation de 5 \$ » de la requérante couvrait un service « non assuré », démontre l'illégalité des frais, puisqu'il s'agissait clairement de frais accessoires à un service assuré.
- 74.14. Il est évident que la Régie tentait de s'assurer que le TAQ ne se prononce pas sur l'illégalité des frais en question et remboursait le patient quand ce risque se manifeste.
- 74.15. Cette expérience avec la Régie laisse croire qu'il y a une entente tacite entre la Régie et les professionnels et cliniques pour que les patients financent les frais de cabinet à la place du gouvernement et que c'est seulement si un patient persiste jusqu'au TAQ qu'elle les remboursera, même si sa décision écrite est à l'effet qu'il s'agit pour elle d'un service non assuré.
- 74.16. La façon hypocrite de faire de la Régie fait en sorte que les professionnels de la santé pouvaient continuer de facturer de frais illégaux en toute impunité, malgré l'article 22 alinéa 9 de LAM qui est pourtant clair mais que la Régie se refuse d'appliquer officiellement dans ses décisions écrites.

F. LES AUTRES CAS

75. D'autres exemples de facturation illégale ont été ajoutés à la présente action et copies des pièces sont déposées en liasse sous les cotes **R-8** à **R-8G**;
- 75.1. Ces factures démontrent la facturation de frais accessoires à des services assurés qui n'étaient pas permis dans les ententes et qui sont donc illégaux :
- a. des frais de 60 \$ et de 30 \$ pour « ENDOSCOPIE/SURCHARGE », pièce **R-8**;
 - b. des frais de 25 \$ pour « services diagnostiques », pièce **R-8A**;
 - c. des frais de 25 \$ pour « photos de fond d'œil », pièce **R-8B**;

- d. des frais de 5 \$ à 20 \$ pour le transport de prélèvements, pièce **R-8C à R-8E**;
- e. des frais de 25 \$ pour « Kératographie oculaire et enregistrement non invasif du film lacrymal » et de 30 \$ pour « Photographie infrarouge glandes meibomiennes », pièce **R-8F**; et
- f. des frais de 15 \$ pour un « STREP Test », pièce **R-8G**.

75.2. Ces cas ne sont que quelques exemples d'une pratique de facturation illégale systémique généralisée au Québec.

76. [...]

77. [...]

78. [...]

79. [...]

80. [...]

81. [...]

82. [...]

83. [...]

84. [...]

85. [...]

86. [...]

87. [...]

88. [...]

89. [...]

89.1. [...]

89.2. [...]

89.3. [...]

89.4. [...]

89.5. [...]

89.6. [...]

89.7. [...]

89.8. [...]

89.9. [...]

89.10. [...]

89.11. [...]

89.12. [...]

89.13. [...]

89.14. [...]

89.15. [...]

89.16. [...]

89.17. [...]

89.18. [...]

III. Les questions de fait et de droit identiques, similaires ou connexes reliant chaque membre du groupe aux intimées et que les requérants entendent faire trancher par l'action collective sont :

90. [...]

91. [...]

91.1. Les membres du groupe ont-ils payé des frais illégaux en lien avec des services assurés au sens de l'article 3 LAM?

91.2. [...]

91.3. Le MSSS et la Régie ont-ils commis des fautes civiles en tolérant ou en permettant cette facturation illégale?

91.3.1. Les Fédérations ont-elles commis des fautes civiles en incitant leurs membres à violer la loi en facturant illégalement des frais en lien avec des services assurés ou en autorisant des tiers à le faire?

91.3.2. Dans l'affirmative, est-ce que les intimées (sauf la RAMQ) doivent verser, solidairement, à chacun des membres du groupe une somme équivalant au montant illégalement facturé de même que l'intérêt légal et l'indemnité additionnelle prévue à l'article 1619 C.c.Q.?

91.4. [...]

91.4.1. Est-ce que le recouvrement collectif doit être ordonné?

92. Les membres ont-ils droit à des dommages punitifs?

IV. Les questions de fait et de droit particulières à chacun des membres du groupe consistent à :

93. Déterminer le quantum de la réclamation de chacun des membres du groupe, qui variera en fonction des montants illégalement imposés.

V. Il est opportun d'autoriser l'exercice d'une action collective pour le compte des membres du groupe.

VI. La composition du groupe rend difficile ou peu pratique l'application des règles sur le mandat d'ester en justice pour le compte d'autrui ou sur la jonction d'instance pour les motifs suivants :

94. Sans connaître le nombre exact des membres du groupe, les requérants l'estiment à plusieurs centaines de milliers, puisque dans l'action collective **R-1A**, qui ne concernait qu'une maladie, soit la dégénérescence maculaire liée à l'âge, environ 10 000 personnes étaient touchées sur une période de trois ans, tel qu'il appert du jugement *Lavoie c. Régie de l'assurance maladie du Québec*, 2013 QCCS 866 (CanLII).

95. Les requérants ignorent par le fait même l'identité de tous les membres du groupe.

96. Dans ces circonstances il est impossible d'obtenir un mandat de chacun des membres du groupe et de tous les joindre dans une même action.

97. Par ailleurs, le montant de la réclamation individuelle de certains membres du groupe étant dans bien des cas relativement peu élevé, de nombreuses personnes hésiteraient à intenter un recours individuel contre les intimées.
98. Partant, l'action collective est la seule procédure appropriée afin que les membres du groupe puissent effectivement faire valoir leurs droits respectifs et avoir accès à la justice.

VIII. La nature du recours que les requérants entendent exercer pour le compte des membres du groupe est :

99. Une action en responsabilité civile extracontractuelle basée sur le *Code civil du Québec* et en dommages punitifs basée sur la *Charte québécoise des droits et libertés et la Charte canadienne*.

IX. Les conclusions que les requérants recherchent contre les intimées sont :

100. **ACCUEILLIR** l'action collective;
101. [...]
- 101.1. [...]
- 101.2. **CONDAMNER** solidairement les intimées (sauf la RAMQ) à verser à chacun des membres du groupe une somme équivalant au montant illégalement facturé de même que l'intérêt légal et l'indemnité additionnelle prévue à l'article 1619 C.c.Q. et **ORDONNER** le recouvrement collectif de ces sommes;
- 101.3. [...]
102. **CONDAMNER** solidairement les intimées à verser aux membres des dommages punitifs et **ORDONNER** le recouvrement collectif de ces sommes;
103. **ORDONNER** aux intimées de déposer au greffe de cette Cour la totalité des sommes faisant l'objet d'une ordonnance de recouvrement collectif, ainsi que les intérêts et l'indemnité additionnelle;
104. **PRENDRE** toute autre mesure que le Tribunal estime nécessaire pour sauvegarder les droits des parties;
105. **LE TOUT** avec frais de justice y compris les frais d'experts et d'avis.

X. Les requérants demandent que le statut de représentant leur soit attribué.

XI. Les requérants sont en mesure d'assurer une représentation adéquate des membres du groupe qu'ils entendent représenter, le tout pour les raisons suivantes :

- 106. Les requérants sont membres du groupe.
- 107. Le requérant Daniel Raunet est journaliste à la retraite.
 - 107.1. La requérante Colombe Gagnon est agente de recherche et de planification socio-économique.
- 108. Ils ont contacté les procureurs du groupe suite à des épisodes de facturation illégale, tel que plus amplement décrit plus haut.
- 109. Ils sont disposés à gérer la présente action collective dans l'intérêt des membres du groupe qu'ils entendent représenter et ils sont déterminés à mener à terme le présent dossier, le tout au bénéfice de tous les membres du groupe.
- 110. Ils ont compris les tenants et aboutissants de leur rôle de représentant dans le cadre de l'action collective et ils sont au courant du temps qu'ils devront consacrer à l'action et de leurs devoirs envers les autres membres du groupe.
- 111. Le requérant Daniel Raunet a participé à une conférence de presse suite au dépôt de l'action, tel qu'il appert des documents de la conférence de presse ainsi que de la couverture médiatique, dont copies sont déposées en liasse sous la cote **R-10**.
- 112. Les requérants se sont engagés à collaborer avec leurs procureurs et à y consacrer le temps nécessaire, notamment en se présentant devant la Cour supérieure lors des audiences lorsque requis.
- 113. Ils ont obtenu une aide financière du Fonds d'aide aux actions collectives.
- 114. Ils ont la capacité et l'intérêt pour représenter adéquatement tous les membres du groupe.
- 115. Ils ont mandaté leurs procureurs d'obtenir tous les renseignements pertinents au présent litige et ont l'intention de se tenir informés des développements du recours.
- 116. Ils ont notamment mandaté leurs procureurs d'établir sur leur site web un lien pour que d'autres personnes puissent se joindre au recours et ainsi se tenir au courant des développements du recours.
- 117. Ils ont lu l'imposante documentation sur la question de la surfacturation et ont lu et participé à la confection de la présente requête.

117.1. En outre, la requérante Colombe Gagnon mène de front un autre dossier devant le Collège des médecins concernant des frais disproportionnés qui lui ont été facturés, à l'instar d'autres patients, pour des médicaments et agents anesthésiques, contrairement au *Code de déontologie des médecins*, et elle a à cet effet participé au débat public les entourant, le tout tel qu'il appert des documents se rattachant à cette facturation, à ses démarches devant le Collège des médecins et à sa présence médiatique concernant celles-ci, dont copies sont déposées en liasse sous la cote **R-11**.

118. Avec l'assistance de leurs procureurs, ils sont disposés à consacrer le temps nécessaire pour collaborer avec les membres du groupe qui se feront connaître et à les tenir informés du déroulement du présent recours.

119. Les requérants sont de bonne foi et entreprennent cette action collective dans le but de faire en sorte que les droits des membres du groupe soient reconnus et qu'il soit remédié aux préjudices que chacun d'eux a subis. Ils désirent que la pratique de facturation de frais illégaux cesse, afin de protéger le régime public de santé.

XII. Les requérants proposent que l'action collective soit exercée devant la Cour supérieure siégeant dans le district de Montréal, pour les raisons suivantes :

120. Le requérant Daniel Raunet réside dans le district de Montréal et les procureurs à qui il a confié la présente action collective ont leur cabinet dans le district de Montréal, où ils exercent leur profession.

121. La plupart des intimées ont un établissement dans le district judiciaire de Montréal.

122. Le district judiciaire de Montréal est le plus peuplé du Québec.

PAR CES MOTIFS, PLAISE AU TRIBUNAL :

ACCUEILLIR la présente demande pour autorisation d'exercer une action collective;

AUTORISER l'exercice de l'action collective ci-après décrite : « Une action en responsabilité civile extracontractuelle basée sur le *Code civil du Québec* et en dommages punitifs basée sur la *Charte québécoise des droits et libertés* et la *Charte canadienne* »;

ATTRIBUER aux requérants le statut de représentant aux fins d'exercer ladite action collective pour le compte du groupe ci-après décrit :

« Toutes les personnes qui ont déboursé une somme d'argent pour des frais en lien avec un service assuré, prodigué par un médecin ou un

optométriste entre le 2 juin 2013 et le 26 janvier 2017, qui a été rémunéré par la Régie de l'assurance maladie du Québec [...].

Toutefois, ne font pas partie du groupe les frais visés par l'action collective dans le dossier 500-06-000695-144 concernant la facturation de médicaments et d'agents anesthésiques.

Sont aussi exclues les personnes dont les seuls frais réclamés ou reçus l'ont été pour compenser le prix coûtant d'une fourniture dont les ententes permettent explicitement la facturation aux patients ou pour des services qui ne sont pas considérés comme assurés en vertu de l'article 22 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, chapitre A-29, r. 5.

[...] »

IDENTIFIER comme suit les principales questions de fait et de droit qui seront traitées collectivement :

Les membres du groupe ont-ils payé des frais illégaux en lien avec des services assurés au sens de l'article 3 LAM?

Le MSSS et la Régie ont-ils commis des fautes civiles en tolérant ou en permettant cette facturation illégale?

Les Fédérations ont-elles commis des fautes civiles en incitant leurs membres à violer la loi en facturant illégalement des frais en lien avec des services assurés ou en autorisant des tiers à le faire?

Dans l'affirmative, est-ce que les intimées (sauf la RAMQ) doivent verser, solidairement, à chacun des membres du groupe une somme équivalant au montant illégalement facturé de même que l'intérêt légal et l'indemnité additionnelle prévue à l'article 1619 C.c.Q.?

Est-ce que le recouvrement collectif doit être ordonné?

Les membres ont-ils droit à des dommages punitifs?

IDENTIFIER comme suit les conclusions recherchées qui s'y rattachent :

ACCUEILLIR l'action collective;

CONDAMNER solidairement les intimées (sauf la RAMQ) à verser à chacun des membres du groupe une somme équivalant au montant illégalement facturé de même que l'intérêt légal et l'indemnité

additionnelle prévue à l'article 1619 C.c.Q. et **ORDONNER** le recouvrement collectif de ces sommes;

CONDAMNER solidairement les intimées à verser aux membres des dommages punitifs et **ORDONNER** le recouvrement collectif de ces sommes;

ORDONNER aux intimées de déposer au greffe de cette Cour la totalité des sommes faisant l'objet d'une ordonnance de recouvrement collectif, ainsi que les intérêts et l'indemnité additionnelle;

PRENDRE toute autre mesure que le Tribunal estime nécessaire pour sauvegarder les droits des parties;

LE TOUT avec frais de justice y compris les frais d'experts et d'avis;

DÉCLARER qu'à moins d'exclusion, les membres du groupe seront liés par tout jugement à intervenir sur l'action collective de la manière prévue par la loi;

FIXER le délai d'exclusion à trente (30) jours après la date de publication de l'avis aux membres, délai à l'expiration duquel les membres du groupe qui ne se seront pas prévalus des moyens d'exclusion seront liés par tout jugement à intervenir;

ORDONNER la publication d'un avis aux membres dans les soixante (60) jours du jugement à intervenir;

LE TOUT AVEC FRAIS DE JUSTICE, y compris les frais d'avis.

Montréal, le 22 avril 2022



GRENIER VERBAUWHEDE
Avocats des requérants

Montréal, le 22 avril 2022



HADEKEL SHAMS
Avocats-conseils des requérants

Montréal, le 22 avril 2022

A handwritten signature in blue ink, reading "Trudel Johnston & Lespérance".

TRUDEL JOHNSTON & LESPÉRANCE
Avocats-conseils des requérants

CANADA

PROVINCE DE QUÉBEC
DISTRICT DE MONTRÉAL

No. 500-06-000793-162

COUR SUPÉRIEURE

(Actions collectives)

DANIEL RAUNET, domicilié au 565, rue Saint-Laurent Ouest, appartement 2, dans la ville de Longueuil, district de Longueuil, province de Québec, J4H 1N8

-et-

COLOMBE GAGNON, domiciliée au 2140 rue Marillac, dans la ville de Québec, district de Québec, province de Québec G1T 1L4

Demandeurs

c.

PROCUREUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC, agissant pour le ministre de la Santé et des Services sociaux, ayant un établissement au 1, rue Notre-Dame est, 8e étage, dans la ville de Montréal, district de Montréal, province de Québec, H2Y 1B6

-et-

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, personne morale de droit public ayant un établissement au 425, boulevard de Maisonneuve Ouest, bureau 300, dans la ville de Montréal, district de Montréal, province de Québec, H3A 3G5

-et-

LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC, domiciliée au 3000-2 Tour Est du Complexe Desjardins, C.P. 216, succ. Desjardins, dans la ville de Montréal, district de Montréal, province de Québec, H5B 1G8

-et-

**LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC**,
domiciliée au 3500 boulevard de
Maisonnette Ouest, bureau 2000, dans la
ville de Westmount, district de Montréal,
province de Québec, H3Z 3C1

-et-

**L'ASSOCIATION DES OPTOMÉTRISTES
DU QUÉBEC**, domiciliée au 1255, boulevard
Robert-Bourassa, bureau 1400, dans la ville
de Montréal, district de Montréal, province
de Québec, H3B 3X1

Défendeurs

DEMANDE INTRODUCTIVE D'INSTANCE DE L'ACTION COLLECTIVE
(Art. 141 et 583 C.p.c.)

**AU SOUTIEN DE LA PRÉSENTE DEMANDE INTRODUCTIVE D'INSTANCE, LES
DEMANDEURS EXPOSENT RESPECTUEUSEMENT CE QUI SUIT :**

I. INTRODUCTION

1. La gratuité est au cœur du régime légal d'assurance maladie au Québec depuis le début de son existence. Ce principe fondamental a été renforcé à plusieurs reprises afin de préserver l'universalité des soins pour les services assurés, c'est-à-dire la couverture de tous les soins médicalement nécessaires pour toute la population à des conditions uniformes¹.
2. Pendant les années couvertes par cette action collective, et ce jusqu'au 26 janvier 2017, date de l'adoption du *Règlement abolissant les frais accessoires*², les patients ont payé pour les insatisfactions de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (« **FMSQ** »), la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (« **FMOQ** ») et l'Association des optométristes du Québec (« **AOQ** »)

¹ Il s'agit de la définition que l'on trouve à l'article 10 de la *Loi canadienne sur la santé*, L.R.C. (1985), ch. C-6.

² *Règlement abolissant les frais accessoires liés à la dispensation des services assurés et régissant les frais de transport des échantillons biologiques*, RLRQ c A-29, r 7.1 (« **Règlement abolissant les frais accessoires** »)

(collectivement les « **Fédérations** ») face aux négociations de rémunération avec le gouvernement.

3. En effet, chacun des défendeurs a adopté la position selon laquelle, pendant cette période, la pratique extrahospitalière de la médecine et de l'optométrie était sous-financée au sein du régime public.
4. Les principaux défendeurs – soit la FMSQ, la FMOQ, le ministre de la Santé et des Services sociaux (« **MSSS** ») et la Régie de l'assurance maladie du Québec (« **RAMQ** ») – ont soutenu que le crescendo des frais facturés aux patients depuis plusieurs années était intimement relié à ce prétendu sous-financement chronique des cliniques. Cette position a également été adoptée ou constatée par d'importants intervenants tels que le Collège des médecins, le Protecteur du citoyen et le Vérificateur général du Québec.
5. Face à cette situation, plutôt que de défendre et de respecter le principe de la gratuité des services médicaux comme ils se devaient de faire, les défendeurs ont tantôt incité, tantôt laissé faire des pratiques qu'ils savaient être illégales, les patients en payant les frais avec des conséquences prévisibles sur la gratuité et donc l'accessibilité des soins médicalement nécessaires au Québec.
6. La présente cause est la quatrième action collective à s'attaquer à cette problématique et a contribué à ce qu'elle soit résolue.
7. Permettre aux professionnels de la santé d'exiger des frais supplémentaires pour couvrir des services, des frais ou des fournitures accessoires à des services assurés érige en système ce que la loi interdit.
8. En tolérant le fait que ces pratiques soient érigées en système pendant plusieurs années alors même qu'ils les savaient illégales, le MSSS et la RAMQ ont abdiqué leurs obligations légales visant à préserver l'intégrité du régime et ont commis des fautes engageant leur responsabilité civile extracontractuelle.
9. De même, les Fédérations, en encourageant leurs membres à facturer ces frais illégaux, notamment par la publication de grilles tarifaires à leur attention, ont incité les professionnels de la santé à violer la *Loi sur l'assurance maladie* (« **LAM** »), ce qui constitue également une faute civile extracontractuelle.
10. Les demandeurs ont déposé cette action collective afin que cesse ce système de facturation illégale de frais accessoires pour des soins de santé assurés, d'obtenir une indemnisation pour les patients québécois qui en ont été victimes et de condamner les défendeurs à des dommages punitifs pour leur violation grave d'un principe fondamental d'une loi d'ordre public.

II. LE JUGEMENT AUTORISANT L'ACTION COLLECTIVE

11. Le 7 décembre 2022, l'honorable juge Lacoste de la Cour supérieure a autorisé la présente action collective contre les défendeurs et a défini le groupe comme suit :

Toutes les personnes qui ont déboursé une somme d'argent en paiement de frais accessoires liés à un service assuré et reçu d'un médecin ou d'un optométriste, entre le 2 juin 2013 et le 26 janvier 2017.

Tels frais accessoires excluent ceux payés, au-delà du prix coûtant, pour des frais de médicaments ou d'agents anesthésiques, étant compris que les personnes les ayant payés forment un groupe distinct dans l'action collective *Philippe Léveillé c. Procureur général du Québec*, Cour supérieure du Québec, district de Montréal, n° 500-06-000695-144.

12. Les principales questions de fait et de droit qui seront traitées collectivement sont les suivantes :

- 1) Les membres du groupe ont-ils payé des frais illégaux en lien avec des services assurés au sens de l'article 3 *LAM*?
- 2) Le MSSS et la Régie ont-ils commis des fautes civiles en tolérant ou en permettant cette facturation illégale?
- 3) Les Fédérations ont-elles commis des fautes civiles en incitant leurs membres à violer la loi en facturant illégalement des frais en lien avec des services assurés ou en autorisant des tiers à le faire?
- 4) Dans l'affirmative, est-ce que les intimés (sauf la RAMQ) doivent verser, solidairement, à chacun des membres du groupe une somme équivalant au montant illégalement facturé de même que l'intérêt légal et l'indemnité additionnelle prévue à l'article 1619 C.c.Q.?
- 5) Est-ce que le recouvrement collectif doit être ordonné?
- 6) Les membres ont-ils droit à des dommages punitifs?

13. Les conclusions recherchées sur une base collective pour les membres visent essentiellement à obtenir une condamnation solidaire contre les défendeurs à une somme équivalant au montant des frais accessoires illégalement payés par les membres (sauf la RAMQ) et une condamnation à des dommages punitifs.

III. LE CONTEXTE DE L'ACTION COLLECTIVE : LES RECOURS PRÉCÉDENTS ET L'ABOLITION DES FRAIS ACCESSOIRES

14. La cause profonde des frais illégaux aux patients qui se sont répandus sous de multiples formes réside dans ce qui a été appelé le « virage ambulatoire » et les allégations de sous-financement qui en ont résulté. Par cette politique, entamée au milieu des années 1990, le gouvernement s'attendait à ce que de plus en plus de

services médicalement nécessaires soient fournis en milieu extrahospitalier, ce que les nouvelles technologies médicales permettaient de plus en plus de faire.

15. Or, selon les Fédérations, les tarifs négociés avec le MSSS n'ont pas suivi ce développement. Face à cette situation et face à une impasse dans les négociations avec le MSSS, les Fédérations et leurs membres se sont fait justice eux-mêmes, en tentant par divers stratagèmes de contourner les interdictions en place.
16. Avant la présente cause, trois autres actions collectives se sont attaquées à des frais illégaux découlant de cette problématique plus large.
17. La première cause, l'action collective *Association pour l'accès à l'avortement* (C.S.M. : 500-06-000158-028), a dévoilé un stratagème de la part du ministre de la Santé pour transférer, pour des raisons budgétaires, des femmes ayant besoin d'avortements des hôpitaux aux cliniques privées, allégeant ainsi la pression financière sur les hôpitaux. Les cliniques ne pouvant pas donner les services requis aux tarifs prévus aux ententes négociées, elles se sont mises à facturer illégalement les patientes afin de pouvoir donner le service. La cause a été gagnée, les femmes compensées et les frais d'exploitation des cliniques ont été couverts par la RAMQ pour le futur.
18. La deuxième cause, l'action collective *Lavoie* (C.S.M. : 500-06-000569-117), dévoilait une problématique similaire, où les patients atteints de dégénérescence maculaire liée à l'âge (« DMLA ») devaient payer des centaines de dollars par mois afin de couvrir les frais demandés par les ophtalmologistes en clinique privée au sein du régime public. Ces frais pouvaient être facturés pour l'acte médical lui-même, pourtant déjà payé par la RAMQ, pour les gouttes anesthésiantes et autres produits utilisés pendant la procédure, qui coûtaient une fraction du prix facturé, ou bien pour des examens de l'œil (des examens pourtant assurés). Là aussi, les frais aux patients découlaient du fait que le tarif à l'acte négocié entre le MSSS et la FMSQ était considéré inadéquat pour couvrir les frais d'exploitation des cliniques. À peine quelques jours après le dépôt de l'action collective, un tarif bonifié a été négocié et les principaux examens de l'œil utilisés dans le cadre de la DMLA ont été désassurés lorsqu'effectués en clinique privée.
19. La troisième cause, l'action collective *Léveillé* (C.S.M. : 500-06-000695-144), vise la forme principale que les frais illégaux aux patients ont fini par prendre, soit la facturation au-delà du prix coutant des médicaments et agents anesthésiques utilisés lors d'un service assuré. Malgré la connaissance de tous les défendeurs de ce système de facturation illégale, ces derniers ont laissé faire et même activement contribué à ce que cette pratique se généralise et se répande. En date du dépôt de la présente demande, l'action collective *Léveillé* se poursuit.
20. Enfin, la présente action collective, la quatrième, a été déposée alors que les pratiques de facturation illégale aux patients perduraient. Elle vise tous les autres stratagèmes de facturation illégale liés à la dispensation d'un service assuré qui ne sont pas couverts par les précédents recours, soit principalement des frais

administratifs, mais aussi des frais pour des fournitures accessoires non visés par la cause *Léveillé*, ainsi que pour les prix exorbitants payés pour les stérilets, qui devaient pourtant être facturés au prix coûtant.

21. La problématique attaquée dans la présente cause a en grande partie pris fin en janvier 2017 avec l'injection massive de nouvelles ressources, d'abord matérielles puis éventuellement humaines, qui a suivi l'« abolition » des frais accessoires. Par contre, les patients n'ont jamais été indemnisés pour les montants qu'ils ont été illégalement forcés de payer.

IV. LES PARTIES ET LES FRAIS VISÉS PAR L'ACTION COLLECTIVE

A. Les demandeurs et les membres du groupe

22. Les demandeurs Daniel Raunet et Colombe Gagnon sont des usagers du système de santé québécois et ont tous deux dû payer des frais accessoires liés à des services assurés.
23. Dans le cas du demandeur Raunet, il a payé des frais de 20 \$ pour un service permettant à la clinique d'accéder à son dossier médical à l'hôpital ainsi que des frais de 5 \$ pour obtenir une copie d'un CD d'une radiographie nécessaire pour une consultation avec un orthopédiste, tel qu'il appert des documents de M. Raunet à cet effet, **Pièce P-1**.
24. À la suite de ses démarches auprès de la RAMQ, le demandeur Raunet a été remboursé pour les frais d'accès à son dossier médical. Pour les frais de copie de CD, le demandeur a songé un instant à se plaindre à la RAMQ, mais il s'est dit que la démarche était inutile vu qu'il n'avait aucune assurance que cet organisme public prenait des mesures pour obtenir un remboursement des médecins et cabinets fautifs.
25. Dans le cas de la demanderesse Gagnon, elle a payé des frais de 5 \$ pour le transport d'un prélèvement vers le laboratoire du Centre hospitalier de l'Université Laval, tel qu'il appert des documents de Mme Gagnon à cet effet, **Pièce P-2**.
26. Après le dépôt de la contestation devant le Tribunal administratif du Québec de la décision de la RAMQ de refuser le remboursement de ces frais, la demanderesse Gagnon a refusé l'offre de remboursement de ces frais car elle estime que cette tactique visait à éviter une décision d'un tribunal sur la légalité de ces frais.
27. Tout comme les demandeurs, les membres du groupe sont des personnes qui ont déboursé une somme d'argent en paiement de frais accessoires liés à un service assuré et reçu d'un médecin ou d'un optométriste, entre le 2 juin 2013 et le 26 janvier 2017.
28. Toutefois, les personnes qui ont payé des frais pour des médicaments ou des agents anesthésiques ne sont pas visées par l'action collective, car ils font partie d'une autre action collective dans le dossier *Léveillé* (C.S.M. : 500-06-000695-144).

B. Les défendeurs

29. Le Procureur général du Québec est poursuivi à titre de représentant du MSSS. Le MSSS est le ministre responsable de l'application de la *LAM* et ses règlements ainsi que d'élaborer et mettre en œuvre les politiques relatives à la santé et aux services sociaux (art. 1 et 2 de la *Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux* (« **LMSSS** ») et art. 105 *LAM*).
30. La RAMQ a la responsabilité d'administrer et d'appliquer le régime d'assurance maladie et de contrôler la rémunération versée aux professionnels de la santé en lien avec les services et biens fournis dans le cadre de ce régime (art. 2 al. 1 et art. 2 al. 2 par. b) *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec* (« **LRAMQ** »)).
31. Les Fédérations sont des syndicats professionnels qui représentent les intérêts économiques de leurs membres. En vertu de l'art. 19 *LAM*, ils ont négocié les ententes sur la rémunération de leurs membres avec le MSSS lors de la période visée par l'action collective, ententes qui sont étroitement liées à la facturation des frais accessoires.
32. Les Fédérations sont constituées sous forme de personnes morales sans but lucratif, tel qu'il appert des extraits du Registraire des entreprises du Québec, **Pièce P-3, en liasse**.
33. La FMSQ a pour mission de défendre et de soutenir les médecins spécialistes de ses 35 associations affiliées qui œuvrent dans le système public de santé, comme il appert d'un extrait de son site internet, **Pièce P-4**.
34. La FMOQ a pour mission de veiller aux intérêts professionnels et scientifiques des médecins omnipraticiens du Québec et de défendre leur autonomie professionnelle, notamment en négociant avec les instances gouvernementales les conditions d'exercice de ses membres, comme il appert d'un extrait de son site internet, **Pièce P-5**.
35. L'AOQ a pour mission de promouvoir la valeur et le rôle de l'optométrie au sein du système de santé québécois et de favoriser l'indépendance professionnelle et financière des optométristes, comme il appert d'un extrait de son site internet, **Pièce P-6**.
36. Alors qu'elles négociaient avec le gouvernement les ententes de rémunération de leurs membres, les Fédérations les ont incités à facturer des frais en lien avec un service assuré en violation de la loi.
37. L'inaction, voire l'encouragement, de la part du gouvernement, du MSSS et de la RAMQ face à ces pratiques contraires à la *LAM* pendant de nombreuses années, a permis d'ériger en système ces pratiques illégales, en toute impunité.

C. Les frais visés

38. Les frais visés par l'action collective ont été facturés dans le cadre d'un service assuré et n'étaient pas permis par entente, comme il sera plus amplement expliqué ci-après. Les frais suivants ont notamment souvent été exigés aux membres du groupe :
- pour des frais administratifs;
 - pour des fournitures dont la facturation aux patients n'est pas autorisée par les ententes;
 - pour un montant dépassant le coût de la fourniture, dans les cas où la facturation aux patients est autorisée par les ententes;
 - pour le transport d'échantillons (jusqu'au 26 janvier 2017) ou de données médicales;
 - pour la réalisation de tests diagnostics non désassurés se rapportant à un service assuré;
 - pour la prise de rendez-vous en lien avec un acte médical assuré;
 - pour des rendez-vous annulés;
 - pour des forfaits annuels.
39. Pendant la période du recours, seul le coût de stérilets, d'implants Essure, d'attelles et de bandages pour certains médecins pouvaient être exigés aux patients en lien avec un service assuré, car prévus dans les ententes.
40. Depuis le 26 janvier 2017, il est permis de facturer à un montant déterminé pour le transport d'échantillons biologiques, une pratique légalisée par le *Règlement abolissant les frais accessoires*.

V. LES DÉFENDEURS ONT INCITÉ ET TOLÉRÉ LA FACTURATION ILLÉGALE DE FRAIS ACCESSOIRES À DES SERVICES ASSURÉS

A. La *Loi sur l'assurance maladie* a toujours interdit la facturation de frais accessoires à des services assurés, sauf quelques exceptions très restreintes

41. Depuis la toute première version de la *Loi sur l'assurance maladie*, la facturation directe à un patient par un professionnel de la santé pour des services assurés est strictement prohibée.
42. L'historique législatif de cette loi démontre l'importance accordée par le législateur au principe fondamental de la gratuité des services assurés, en voici un résumé des points saillants et les extraits de pièces législatives pertinents, **Pièce P-7, en liasse** :

- a. Dans sa première version en 1970, la *LAM* prévoyait qu'un professionnel de la santé « ne peut exiger ni recevoir pour [des services assurés] aucune autre rémunération que celle qui lui est payable par la Régie et qui est prévue à l'entente; toute convention à l'effet contraire est nulle de plein droit ».
- b. Pour encore plus de clarté, un article supplémentaire prévoyait qu'« [a]ucune entente ne peut prévoir un supplément de rémunération pour des services assurés ».
- c. En 1974, à la suite d'incidents de facturation illégale par des professionnels de la santé à la RAMQ, une clause pénale est ajoutée à la loi.
- d. En 1979, face à de nouveaux cas de facturation illégale, la loi a été modifiée pour statuer qu'« [i] est interdit à toute personne d'exiger ou de recevoir tout paiement d'un bénéficiaire pour un service accessoire à un service assuré rendu par un professionnel soumis à l'application d'une entente ou par un professionnel désengagé, sauf dans les cas prescrits ou prévus à une entente ».
- e. Lors des débats parlementaires de 1979 concernant l'étude du projet de loi 84 — *Loi modifiant la Loi de l'assurance-maladie et d'autres dispositions législatives*, l'opposition demandait un important changement d'approche législative, soit que tous les frais accessoires qui n'étaient pas spécifiquement prohibés soient permis, tel qu'il appert des extraits des débats parlementaires, **Pièce P-8**.
- f. Or, la loi adoptée en 1979 a prévu exactement l'inverse, soit que tous les frais accessoires à un acte assuré qui ne sont pas spécifiquement permis sont prohibés.
- g. En 1984, la loi a été modifiée à nouveau pour statuer, de façon pléonastique, que tous frais pour « un service, une fourniture ou des frais accessoires à un service assuré » étaient prohibés.
- h. En 2015, alors que la facturation illégale de frais à l'occasion de services assurés est devenue une pratique généralisée érigée en système, la *LAM* a encore une fois été modifiée pour prévoir qu'« [a]ucun paiement ne peut être réclamé ou reçu d'une personne assurée, directement ou indirectement, pour des frais engagés aux fins de la dispensation de services assurés ».
- i. La *LAM* de 2015 a même précisé que « [c]onstituent notamment de tels frais ceux liés [...] au fonctionnement d'un[e clinique... ou] aux services, fournitures, médicaments et équipements requis pour la dispensation d'un service assuré, ainsi que pour la réalisation d'un test diagnostique se rapportant à un tel service ».

- j. La *LAM* de 2015 modifie le régime des exceptions, qui étaient jusqu'alors prévues par ententes négociées entre les défendeurs, afin que les seules exceptions soient celles prévues par règlement.
- k. Selon l'article 76 de la *Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée*, L.Q. 2015, c. 25, les exceptions prévues aux ententes ont continué à s'appliquer, puisqu'aucun règlement en application du douzième alinéa de l'article 22 de la *LAM* ne s'appliquait jusqu'au 26 janvier 2017.
- l. Le 26 janvier 2017, le *Règlement abolissant les frais accessoires* est entré en vigueur.
- m. Depuis cette date, seuls les frais spécifiquement prévus par règlement peuvent être facturés par les professionnels de la santé aux fins de la dispensation de services assurés, soit :
 - a) 15 \$ pour le transport d'échantillons biologiques comprenant un prélèvement sanguin;
 - b) 5 \$ pour le transport de tout autre échantillon biologique.

B. Le système de facturation illégale des frais accessoires à des services assurés

- 43. Au moins depuis le rapport Chicoine de 2007, **Pièce P-9**, tous les acteurs institutionnels, incluant les défendeurs, sont au courant du système de facturation illégal.
- 44. En 2007, le ministre Couillard a donné un mandat au Comité de travail sur les frais accessoires – lequel était notamment composé de représentants du Collège des médecins du Québec, de la FMOQ, de la FMSQ, dont le ministre Gaétan Barrette (alors président de la FMSQ), de la RAMQ et du MSSS — afin :

[d']analyser et documenter la problématique entourant la facturation pour un service, une fourniture ou des frais accessoires à un service assuré non prévu par la *Loi sur l'assurance maladie du Québec* (et ses règlements) et les ententes de rémunération intervenues entre le ministre [québécois] et les fédérations des médecins omnipraticiens et spécialistes du Québec.
- 45. Cette initiative du ministre Couillard faisait suite à la soumission d'un rapport par la RAMQ sur la surfacturation de frais accessoires, lequel concluait que certains médecins participants fournissaient en cabinet privé des services assurés et exigeaient des personnes assurées le paiement de frais accessoires destinés à couvrir les coûts de fonctionnement des cliniques, le tout en contravention avec la *LAM*, tel qu'il appert de l'Annexe IV du rapport, pièce P-9.

46. Dans le rapport Chicoine, le comité de travail constate entre autres (nos caractères gras) :

On assiste à une fragilisation de plusieurs cabinets privés et à une **croissance de la facturation de frais dits accessoires qui visent en réalité à couvrir les frais de fonctionnement**; cette situation entraîne des plaintes, des enquêtes et des contestations, etc.

[...]

À moyen et à long terme, compte tenu de l'ampleur grandissante des défis de financement et d'accessibilité, **on peut penser que la proportion de financement par la facturation directe deviendra de plus en plus importante.**

[...]

Différents modes de facturation « hors normes » se sont installés, traduisant une problématique beaucoup plus large de manque de revenu pour couvrir les frais de fonctionnement des cabinets privés.

[...]

Des frais accessoires facturés aux patients ne peuvent résoudre toute la problématique des frais de fonctionnement sans entrer en collision avec les dispositions de la loi canadienne.

[...]

Le [CMQ] a aussi constaté l'émergence de modèles de facturation « novateurs » visant clairement à compenser des frais d'exploitation. On s'inquiète de la grande variabilité des montants facturés pour une même fourniture.

comme il appert aux pages I, III, 5 et 6 du rapport Chicoine, P-9.

47. Les défendeurs étaient donc très explicitement au courant, depuis au moins l'année 2007, de la part de professionnels de la santé et de cliniques :
- a. de « modèles de facturation “novateurs” visant clairement à compenser des frais d'exploitation »;
 - b. de « modes de facturation “hors normes” »;
 - c. de « l'émission de documents de facturation volontairement incomplets »; et
 - d. d'« une interprétation large de la notion de médicament ».
48. En 2010, la RAMQ a produit au gouvernement du Québec un rapport intitulé *Frais facturés aux personnes assurées — Éléments de réflexion et pistes de solution*,

Pièce P-10. Dans ce rapport, la RAMQ fait état au MSSS de la pratique illégale des frais accessoires.

49. Dans ses constats, la RAMQ souligne avec euphémisme la *créativité* des professionnels de la santé et des cliniques qui mettent en place des procédés de facturation *novateurs* afin de faire indirectement ce qu'ils ne peuvent faire directement :

En vertu de l'alinéa 4 de l'article 22 de la LAM, un professionnel de la santé ne peut exiger ou recevoir pour un service assuré aucune autre rémunération que celle prévue à l'entente.

De plus, en vertu de l'alinéa 9 de ce même article, le professionnel ou un tiers ne peut réclamer le paiement des frais, des services ou des fournitures qui sont accessoires à un service assuré à moins que cela ne soit prévu à l'entente.

[...]

Bien que la facturation de frais aux personnes assurées lorsqu'elles requièrent la dispensation de soins de santé ait toujours existée, ces situations sont de plus en plus fréquentes et interpellent de plus en plus la Régie. De plus, cela amène aussi les citoyens à se questionner sur les principes de gratuité et d'universalité, lesquels constituent la pierre d'assise de notre système de santé. Il importe de rappeler que l'article 7 de la Loi canadienne sur la santé (L.R., 1985, c. C-6) établit cinq principes auxquels sont assujetties les provinces pour le versement de la pleine contribution pécuniaire: la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité.

[...]

La facturation aux personnes assurées rejoint de différentes façons plusieurs secteurs de la Régie. À partir des informations recueillies auprès des secteurs visés, il ressort que le phénomène est en constante augmentation.

[...]

La Régie constate aussi une majoration de certains frais acceptés par la loi et les ententes qui semble servir à couvrir les frais d'exploitation.

[...]

L'analyse des demandes de remboursement démontre que les factures se modulent avec le temps de manière à donner une apparence de légalité à la facturation. La description des services rendus est modifiée au profit d'éléments qui ne sont pas remboursables par la Régie. Ces modifications se font au fur et à mesure des interventions de la Régie dans certains dossiers.

[...]

Les textes d'ordre légaux, pris dans leur ensemble, laissent place à l'interprétation et la créativité, ce qui entraîne des procédés de facturation

novateurs et polymorphes pouvant sembler, de prime abord, légaux, mais qui ont comme dénominateur commun de faire indirectement ce qui est interdit directement.

comme il appert des pages 2, 3 et 5 du rapport de la RAMQ, P-10.

50. Depuis 2010, les ministres de la Santé qui se sont succédé ont affirmé à de multiples reprises que la facturation des frais accessoires était une façon détournée de facturer des frais d'exploitation des cliniques.
51. Par exemple, en décembre 2012, Réjean Hébert a indiqué qu'il avait « demandé à la Régie de l'assurance-maladie d'être beaucoup plus diligente, et [qu'il allait] serrer la vis ». En outre, il a affirmé « qu'il y [avait] encore toutes sortes de stratégies ou de stratagèmes, même, pour faire payer aux patients des frais qui doivent être couverts par le réseau public » (Radio-Canada), **Pièce P-11**.
52. En février 2013, monsieur Hébert a affirmé que les frais accessoires étaient « un moyen détourné pour demander des honoraires supplémentaires » (La Presse), **Pièce P-12**.
53. Gaétan Barrette, à titre de président de la FMSQ, puis à titre de ministre de la Santé, en a dit autant à de multiples reprises. Par exemple :
 - a. En février 2013, il a décrit la facturation de frais accessoires comme une « astuce », en affirmant que « le 500 \$ n'est pas pour payer le médicament, mais bien pour payer tout le reste » (Radio-Canada), **Pièce P-13**.
 - b. En janvier 2014, il a affirmé que « des frais d'exploitation, d'équipement [, ...] les médecins les facturent dans les frais accessoires » (Le Devoir), **Pièce P-14**.
 - c. En juin 2015, il a affirmé, en tant que ministre cette fois, dans une entrevue à CBC Radio One, ce qui suit :

« [GB] You're not allowed to bill a colonoscope, you know the scope, the instrument that you use to do a colonoscopy. [...] »

[Journaliste] So you're saying these items appear on the bill [...] but they're called different [...] things?

[GB] Exactly », **Pièce P-15**.
 - d. Le même mois, il a déclaré sur Radio-Canada: « [J]e vais vous donner un exemple qui est très simple, la vasectomie. [...] En cabinet, ça peut se faire facilement et ça se fait. C'est là que se font la majorité ou sinon la totalité des vasectomies. Mais dans les tarifs publics, il n'y a jamais eu rien de prévu pour payer le champ opératoire, [...] les instruments et ainsi de suite. Donc, ça, là, c'est de ça qu'on parle. C'est un frais accessoire et c'est chargé aux patients.

Je peux vous dire que ça coûte dans les cabinets entre 150 et 250 \$. Je peux vous dire que le coûtant est bien inférieur à ça », **Pièce P-16**.

54. Le caractère systémique et généralisé de la pratique de facturation illégale a été reconnu publiquement par différents acteurs et dénoncé par divers intervenants, tel qu'il appert des allégations qui précèdent et des documents suivants, **Pièce P-17**, *en liasse* :

- Rapport et publication du Collège des médecins de mars 2011 et d'automne 2012.
- Déclarations variées de la part des représentants du gouvernement, de la RAMQ, du MSSS et d'autres intervenants connexes devant les médias.
- Sorties médiatiques variées appelant à une intervention des autorités.
- *Avis sur les frais accessoires en matière de santé et de services sociaux à l'intention du ministre de la Santé et des Services sociaux et de la Commission de la Santé et des Services sociaux* du Protecteur du citoyen du premier octobre 2015.
- Lettre du Protecteur du citoyen au ministre de la Santé et des Services Sociaux et aux membres de la Commission de la santé et des services sociaux concernant *Le financement des frais accessoires reliés aux services assurés* du 5 octobre 2015.
- Rapport de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles intitulé *Facturation aux patients : Le portefeuille en prend pour son rhume*, de novembre 2015.
- Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2016-2017 – Vérification de l'optimisation des ressources, du mois de mai 2016.

C. Les Fédérations ont incité leurs membres à facturer illégalement des frais accessoires à des services assurés

55. Les Fédérations ont conclu des ententes avec le MSSS en vertu de l'article 19 *LAM*, **Pièce P-18**, *en liasse*, qui visaient notamment à déterminer la rémunération des professionnels de la santé et prévoir les exceptions à l'article 22 *LAM*.
56. Les exceptions négociées par les Fédérations et contenues aux ententes sont limitées à quelques services, fournitures et frais accessoires à un service assuré rendu par un professionnel et ces montants peuvent être exigés aux patients seulement à titre de compensation ou de remboursement.

57. Insatisfaites des résultats des négociations avec le MSSS, les Fédérations ont incité leurs membres à facturer des frais illégaux comme moyen détourné d'augmenter leur rémunération que les Fédérations ont elles-mêmes négociée avec le MSSS. Prenant appui sur ces incitations, les médecins, les optométristes et les cliniques ont pigé dans les poches des patients pour se verser une rémunération supplémentaire.
58. De nombreux documents font état du lien étroit qui existe entre les insatisfactions concernant la rémunération et le phénomène des frais aux patients, quelle qu'en soit la nature.
59. Ainsi, la FMSQ et la FMOQ, bien au courant de la pratique répandue de la facturation illégale au Québec, proposaient dans le cadre du Rapport Chicoine en 2007 d'ajouter aux ententes des frais reliés, notamment :
- aux médicaments et agents anesthésiques;
 - aux fournitures, à l'utilisation et à l'entretien de matériel ou d'équipement médical;
 - à la gestion administrative du dossier du patient, y inclut le service de livraison, transmission ou messagerie;
 - aux services fournis par le personnel médical auquel le médecin confie l'exécution de certaines tâches;
 - aux services non médicaux dispensés par le médecin ou un membre du personnel;
 - aux accessoires médicaux;
 - au matériel et fournitures nécessaires pour effectuer des tests diagnostiques, des examens physiques et des traitements courants; et
 - aux instruments et au matériel requis pour effectuer diverses techniques médicales;

tel qu'il appert du rapport Chicoine, P-9.

60. Or, malgré le fait que ces propositions n'aient jamais été retenues par le MSSS, les Fédérations ont néanmoins incité par la suite leurs membres par différents moyens à percevoir de tels frais.
61. Les Fédérations ont notamment publié des grilles tarifaires afin d'inciter leurs membres à exiger de leurs patients des frais accessoires pour des services et des fournitures, tel qu'il appert des grilles tarifaires déposées au dossier, **Pièce P-19, en liasse**.

62. À titre d'exemples :

- la grille tarifaire de la FMSQ indique un prix de 125 \$ à 200 \$ pour la vente par un médecin d'un stérilet, bien que le coût d'achat d'un stérilet peut être aussi bas que 50 \$, tel qu'il appert par exemple du dépliant du Centre hospitalier universitaire de Québec, **Pièce P-20**;
- la grille tarifaire de la FMSQ encourage la facturation pour certains « analyses, techniques diagnostiques et thérapeutiques » dont pour la « glycémie » et pour un « *strep test* »;
- les grilles de la FMSQ et de la FMOQ invitent leurs membres à facturer pour les frais de transport de spécimens biologiques;
- les Fédérations invitent et conseillent leurs membres à facturer pour la copie du dossier médical, même lorsque ces copies sont liées à la dispensation d'un service assuré;

tel qu'il appert des grilles tarifaires, P-19, et des bulletins officiels de l'Ordre des optométristes du Québec — *Optopresse*, **Pièce P-21**, en liasse, dont celui de l'hiver 2016 (P-21 A) qui précise que « [l']Association des optométristes du Québec suggère un tarif entre 15 \$ et 35 \$ » pour des copies de dossier;

63. Les propos de Me Bellavance en 2009, alors directeur des affaires juridiques de la FMSQ, ne laissent aucun doute sur l'objectif des grilles tarifaires :

La grille de tarifs proposée par la Fédération pour les services non assurés et frais accessoires en est un autre exemple. Nous avons incité les médecins à réclamer une rémunération adéquate pour les services dispensés à des patients [...].

tel qu'il appert d'un extrait de l'édition de septembre 2009 (P-22 A), parmi les bulletins officiels de la FMSQ — *Le Spécialiste*, **Pièce P-22**, en liasse.

64. En mars 2013, dans un autre extrait du bulletin *Le Spécialiste*, Me Bellavance a affirmé que « la problématique des frais accessoires [... vise] à couvrir les nombreuses dépenses d'opération des cliniques médicales qui sont nécessaires afin d'assurer la prestation des services aux patients », P-22 B.

65. En ce qui concerne l'AOQ, bien que la gamme de services assurés soit plus restreinte en matière d'optométrie, les services assurés représentent une partie non négligeable de leurs revenus, comme en témoigne notamment le communiqué de presse du 7 février 2018 de l'AOQ, **Pièce P-23**.

66. Le plus important de ces services assurés en matière d'optométrie, l'examen complet de la vue, inclut de multiples examens diagnostics, selon le cas, tel qu'il

appert de la publication de l'Association canadienne des optométristes, **Pièce P-24**, et de la Pièce P-18 C, p. 228.

67. En outre, le Manuel de facturation des optométristes indique ce qui suit (nos caractères gras) :

Optométristes 10. TARIF D'HONORAIRES

10.5 RÈGLES D'APPLICATION

1.01 L'optométriste est rémunéré en vertu du présent tarif d'honoraires pour tout service optométrique qu'il a lui-même fourni à la personne assurée.

Toutefois, l'optométriste peut se faire assister par du personnel auxiliaire pour dispenser un service optométrique.

Les honoraires payables à l'optométriste comprennent, en cabinet privé, compensation pour le coût des techniques qui concourent au service optométrique qu'il dispense à la personne assurée, que ces techniques soient exécutées par l'optométriste lui-même ou qu'il en confie l'exécution au personnel auxiliaire qui l'assiste.

tel qu'il appert de la pièce P-18 en liasse.

68. L'AOQ produit également un guide des tarifs à l'intention de ses membres. En 2014, alors qu'il présente à ses membres ce guide des tarifs, le président de l'AOQ à l'époque, Steven Carrier, encourage ouvertement ses membres à *charger religieusement* les frais accessoires, tel qu'il appert d'extraits de la revue *L'Optométriste*, **Pièce P-25**, en liasse. :

Évidemment, il y a aussi des frais accessoires qui sont dans notre cas, principalement des gouttes, des colorants ou certaines autres substances utilisées pour effectuer divers tests. Tous ces frais sont tout à fait justifiés et votre Association vous encourage à les charger religieusement.

69. Comme il sera démontré au procès, outre le fait que les prix suggérés dans les guides des tarifs publiés par l'AOQ pour ces frais allaient bien au-delà de leur prix coûtant – une problématique couverte par le dossier *Léveillé* – les optométristes facturaient aussi, dans le cadre d'un examen de la vue assuré, des frais pour des examens diagnostics non désassurés.

70. Or, l'AOQ encourageait cette facturation d'examens diagnostics non désassurés tels que la photographie rétinienne ou la biométrie optique, tel qu'il appert notamment de la déclaration de Maryse Nolin en janvier 2017, **Pièce P-26** :

En optométrie, certains services offerts aux patients de moins de 18 ans et aux personnes âgées de 65 ans et plus sont couverts par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), comme l'examen annuel. D'autres services ne le sont toutefois pas, comme la biométrie de l'oeil, la rétinophoto, l'échographie de

l'oeil ou la tomographie en cohérence optique (OCT), explique la directrice générale de l'Association des optométristes du Québec (AOQ), Maryse Nolin.

71. Cette incitation de l'AOQ s'inscrit dans le contexte où, à tout le moins à partir de 2010, elle est d'avis que l'un des grands enjeux des négociations avec le MSSS est que les tarifs de la RAMQ étaient grandement insuffisants par rapport à la hausse des dépenses d'exploitation des optométristes et devaient être revalorisés à la hauteur de 40 %, pièce P-25, en liasse.

72. Ce lien explicite fait par l'AOQ entre les frais accessoires et la rémunération qu'elle juge déficiente perdue lors de l'abolition des frais accessoires, l'AOQ allant jusqu'à menacer de retirer leurs services extrahospitaliers dans plusieurs cas, tel qu'il appert de cette déclaration du président de l'AOQ dans un article du journal *Le Devoir*, **Pièce P-27** :

« Si nous ne pouvons plus faire ces tests, il faudra renvoyer les patients au système hospitalier, où les délais peuvent atteindre un an », déplore le président de l'AOQ, Steven Carrier.

73. Par ailleurs, au courant des contestations grandissantes des frais facturés aux patients par les optométristes lors de services assurés, l'Ordre des optométristes invitait les optométristes ayant des questions sur la facturation à se diriger vers l'AOQ, voir par exemple l'extrait du bulletin *Optopresse* de l'Ordre des optométristes du Québec de l'été 2016, P-21 B, p. 19.

74. Dans les faits, les grilles tarifaires et les conseils plus informels des Fédérations, notamment proférés dans leurs publications *Le Spécialiste*, *Le Médecin du Québec* et *L'Optométriste*, étaient largement suivis par les professionnels et les cliniques, tel qu'il appert notamment de la demande pour permission de déposer une preuve appropriée déposée par plusieurs cliniques dans le dossier *Léveillé*, **Pièce P-28**.

75. L'influence directe des Fédérations sur la pratique de la facturation illégale se manifeste également lors des négociations entre elles et le gouvernement. En effet, de nombreuses déclarations faites par ces acteurs sophistiqués démontrent qu'ils ont un contrôle sur le moment où leurs membres cesseront la pratique de facturation illégale, tel qu'il appert des déclarations contenues aux pièces P-17, P-21, ainsi que dans les documents suivants :

- Article publié sur *indexsanté.ca* intitulé « Confusion au sujet des frais accessoires : L'Association des optométristes du Québec exige des réponses », **Pièce P-29**;
- Article de *La Presse* intitulé « Québec annonce l'abolition des frais accessoires », **Pièce P-30**;
- Article du magazine *L'actualité* intitulé « Frais accessoires : les omnipraticiens s'entendent en partie avec Québec », **Pièce P-31**;

- Article du journal *Le Soleil* intitulé « Frais accessoires: les spécialistes dénoncent la “politique-spectacle” de Barrette », **Pièce P-32**;
- Article du journal *Le Quotidien* intitulé « Frais accessoires : pas d’abus ici, assure la FMOQ », **Pièce P-33**;
- Article de TVA Nouvelles intitulé « Les services aux patients seront affectés disent les médecins », **Pièce P-34**.

76. Comme il sera démontré à l’enquête, la pratique de facturation illégale était systémique et généralisée à l’ensemble des cliniques au Québec et les Fédérations ont incité leurs membres à facturer des frais illégaux. En raison de leur incitation, les Fédérations sont responsables des frais illégaux payés par les membres du groupe.

D. Le MSSS et la RAMQ ont toléré la facturation illégale systémique

77. Comme expliqué plus haut, tant le MSSS que la RAMQ savaient que toutes sortes de stratagèmes se répandaient afin de contourner l’interdiction de facturation aux patients pour les services assurés et tout ce qui y était relié. Ils savaient en outre que ces stratagèmes étaient en grande partie liés à la perception d’un sous-financement des cliniques, comme en témoigne le rapport Chicoine, mais aussi l’Analyse d’impact réglementaire du *Règlement abolissant les frais accessoires*, **Pièce P-35**, notamment à la page 4 :

[L]es cabinets perçoivent des frais accessoires qui disparaîtront avec le nouveau règlement. Les patients cesseront de payer les 50 à 100 M\$ de frais accessoires. Certains frais accessoires sont souvent un paiement en double puisque les coûts de ces services sont déjà payés par la RAMQ dans l’honoraire majoré du cabinet. D’autres frais dits accessoires ne seraient pas couverts par l’honoraire de cabinet (ex: vasectomie en cabinet) et ils disparaîtront aussi avec le règlement. Cependant, ces frais pourraient être inclus dans un honoraire majoré pris en charge par les augmentations généreuses des masses salariales de chacune fédérations de médecins.

78. Le MSSS et la RAMQ ont négligé d’appliquer l’interdiction stricte de facturation de frais aux patients pour des services assurés, permettant que cette facturation illégale se développe en toute impunité.
79. Lorsque la pression est devenue trop forte, la RAMQ et le MSSS ont timidement et partiellement commencé à appliquer l’interdiction lorsque contraints de le faire par les médias et la pression populaire.
80. Dans les faits, les rapports d’inspection de la RAMQ illustrent bien son comportement fautif, car ils passaient à côté du problème fondamental qu’elle avait elle-même identifié, tel qu’il appert notamment de la demande pour permission de déposer une preuve appropriée déposée par plusieurs cliniques dans le dossier *Léveillé*, P-28.

81. Les rapports d'inspection de la RAMQ illustrent bien son comportement fautif, car ils passaient à côté du problème fondamental qu'elle avait elle-même identifié, tel qu'il appert notamment de la demande pour permission de déposer une preuve appropriée déposée par les cliniques dans le dossier *Léveillé*, P-28.
82. Cette pression est venue notamment par le dépôt de l'action collective *Lavoie* visant les frais accessoires pour médicaments et agents anesthésiques facturés à l'occasion d'une injection intravitréenne de médicaments et par le dépôt de l'action collective *Léveillé* visant les frais de médicaments ou d'agents anesthésiques, lesquelles s'inscrivent dans le même système de facturation illégale qui consiste à facturer des montants totalement arbitraires pour les quelques médicaments ou agents anesthésiques à coût souvent dérisoire utilisés à l'occasion d'actes assurés.
83. Or, tant la RAMQ que le MSSS pouvaient et devaient agir pour faire cesser cette violation systémique à la *LAM*. Le MSSS a l'obligation légale d'appliquer la *LAM* et les règlements ainsi que d'élaborer et mettre en œuvre les politiques relatives à la santé et aux services sociaux :

Loi sur l'assurance maladie

105. Le ministre de la Santé et des Services sociaux est chargé de l'application de la présente loi.

Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux :

1. Le ministre de la Santé et des Services sociaux, désigné dans la présente loi sous le nom de « ministre », est chargé de la direction et de l'administration du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Il est également chargé de l'application des lois et des règlements relatifs à la santé et aux services sociaux.

2. Le ministre a pour fonctions d'élaborer et de proposer au gouvernement des politiques relatives à la santé et aux services sociaux.

Le ministre doit voir à la mise en œuvre de ces politiques, en surveiller l'application et en coordonner l'exécution.

84. De plus, le MSSS peut ordonner à la RAMQ d'exécuter tout mandat et peut même émettre des directives qui, une fois approuvées par le gouvernement, la lient :

Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (« LRAMQ »)

Art. 2, al. 3. La Régie exécute tout mandat que lui confie le ministre de la Santé et des Services sociaux.

[...]

32. Le ministre de la Santé et des Services sociaux peut, dans le cadre des responsabilités et pouvoirs qui lui sont confiés à l'égard de l'utilisation des deniers publics, de la santé du public, des droits des personnes assurées aux

services assurés et du respect des ententes auxquelles le ministre est partie, émettre des directives portant sur les objectifs et l'orientation de la Régie dans l'exécution des fonctions qui lui sont confiées par la loi.

Ces directives doivent être soumises au gouvernement pour approbation. Si elles sont ainsi approuvées, elles lient la Régie qui est tenue de s'y conformer.

Toute directive émise en vertu du présent article doit être déposée devant l'Assemblée nationale dans les cinq jours de son approbation par le gouvernement, si l'Assemblée est en session ou dans les cinq jours de l'ouverture de la session suivante si elle ne l'est pas.

85. Quant à la RAMQ, elle a le devoir d'administrer et d'appliquer le régime d'assurance maladie, de contrôler la rémunération des professionnels de la santé ainsi que le pouvoir d'enquêter :

Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (« LRAMQ »)

2. La Régie a pour fonction d'administrer et d'appliquer les programmes du régime d'assurance maladie institué par la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) ainsi que tout autre programme que la loi ou le gouvernement lui confie.

Elle doit, notamment, à ces fins :

[...]

b) **contrôler** l'admissibilité des personnes aux programmes de même que la **rémunération versée aux professionnels de la santé et les paiements ou remboursements faits**, selon le cas, aux établissements, aux laboratoires, à la personne qui a dispensé le service ou fourni le bien ou **à la personne qui l'a reçu**[.]

(...)

20. Dans l'exercice de ses pouvoirs, **la Régie peut**, par elle-même ou une personne qu'elle désigne, **enquêter sur toute matière de sa compétence**. [...]

À ces fins, la Régie et toute telle personne sont investies des pouvoirs et immunités de commissaires nommés en vertu de la Loi sur les commissions d'enquête (chapitre C-37), sauf du pouvoir d'imposer une peine d'emprisonnement.

86. Malgré ses devoirs et pouvoirs, la RAMQ n'a jamais référé de dossier de facturation illégale au Directeur des poursuites criminelles et pénales pour faire appliquer les pénalités prévues à la loi depuis 1974, tel qu'il appert de la réponse donnée par la RAMQ à une demande sous la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, RLRQ c A-2.1, **Pièce P-36**.

87. Comme il sera démontré à l'enquête, même lorsque la RAMQ remboursait les montants facturés illégalement dont une personne assurée s'est plainte, elle n'a pas utilisé ses pouvoirs pour faire en sorte que la pratique s'arrête, ni n'a-t-elle cherché à rembourser d'autres patients, notamment en les invitant à soumettre des

demandes à cet effet, tel qu'il appert notamment d'un article du journal *Le Soleil* à cet égard, **Pièce P-37** :

Il ressort de tout cela que le patient a l'entière responsabilité de faire respecter ses droits. La Régie, elle, n'agit pas sans plainte et n'élargit pas ses enquêtes au delà des plaintes individuelles.

88. Pire, dans bien des cas, par exemple celui de la demanderesse Gagnon, la RAMQ a fait des pieds et des mains afin de trouver une façon de ne pas intervenir à l'occasion de frais facturés aux patients.
89. La demanderesse Gagnon a entrepris, sans succès, des démarches avec la RAMQ pour se faire rembourser des frais de transport de prélèvement. À la suite du dépôt de la contestation devant le Tribunal administratif du Québec du refus de remboursement par la RAMQ, cette dernière a transmis à la demanderesse un document pour désistement accompagné d'un chèque correspondant aux frais qu'elle avait payés à la clinique médicale.
90. Bien que la demanderesse n'ait pas signé ce document et n'ait pas encaissé le chèque, le TAQ a accueilli la demande d'irrecevabilité de la RAMQ en raison du remboursement et a statué que le recours devenait sans objet.
91. Entre 2010 et 2014, la RAMQ n'a récupéré qu'environ 1,7 million de dollars à la suite de réclamations des patients, ce qui est un montant dérisoire considérant que la valeur des frais accessoires facturés annuellement au Québec était de plusieurs dizaines de millions de dollars.

VI. LE SYLLOGISME JURIDIQUE

92. Sous la *LAM*, tous les services rendus par les médecins « qui sont requis au point de vue médical » sont assurés (art. 3 a) *LAM*).
93. Quant aux optométristes, il s'agit des « services déterminés par règlement qui sont requis au point de vue optométrique pour le compte d'une personne assurée dont l'âge est celui fixé à ces fins par règlement ou qui détient un carnet de réclamation en vigueur délivré suivant l'article 71 ou 71.1 [*LAM*] » (art. 3 c) *LAM*).
94. L'article 22 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*³ contient une liste de services non considérés comme assurés, donc non couverts par cette action collective.
95. Pour tout service assuré, la *LAM* interdit expressément toute facturation aux patients :

³ *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*, RLRQ c A-29, r 5.

Article 22, alinéa 4 : « Un professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente ne peut exiger ni recevoir, pour un service assuré, que la rémunération prévue à l'entente et à laquelle il a droit en vertu des alinéas qui précèdent; toute convention à l'effet contraire est nulle de nullité absolue. Cependant un pharmacien peut exiger la différence entre le prix du médicament indiqué à la liste et le montant dont la Régie assume le paiement. »

Article 22, alinéa 11 : « Il est de plus interdit de rendre, directement ou indirectement, l'accès à un service assuré conditionnel à un paiement par une personne assurée, ou de procurer à celle-ci un accès privilégié à un tel service moyennant paiement. »

Article 23 : « Aucune entente ne peut prévoir un supplément de rémunération pour des services assurés. »

96. De plus, tous frais accessoires à un service assuré sont interdits :

Article 22, alinéa 9 : « Aucun paiement ne peut être réclamé ou reçu d'une personne assurée, directement ou indirectement, pour des frais engagés aux fins de la dispensation de services assurés par un professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente ou par un professionnel désengagé. Constituent notamment de tels frais ceux liés :

1° au fonctionnement d'un cabinet privé de professionnel ou d'un centre médical spécialisé au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux;

2° aux services, fournitures, médicaments et équipements requis pour la dispensation d'un service assuré, ainsi que pour la réalisation d'un test diagnostique se rapportant à un tel service. »

97. L'analyse n'est pas différente pour les cas ayant eu lieu avant l'adoption des amendements de novembre 2015, car le même principe était prévu à l'art. 22 al. 9 *LAM*, mais libellé différemment.

98. L'article 19 *LAM* prévoit pendant la période du recours des exceptions au principe d'interdiction. Ces exceptions doivent être inscrites dans les ententes entre le gouvernement et les Fédérations et sont limitées aux montants pour couvrir des frais engagés seulement « à titre de compensation ou de remboursement ».

99. Pendant la période du recours, les seules exceptions sont les suivantes :

Pour les médecins spécialistes :

RÈGLE 2. FRAIS DE PRATIQUE

2.1 En cabinet privé, le médecin spécialiste peut demander au malade compensation pour certains frais de pratique que détermine ce tarif.

Ces frais comprennent les médicaments et les agents anesthésiques.

[...]

P - GYNÉCOLOGIE

RÈGLE 6.

La compensation relative au coût d'un stérilet ou d'un implant de Essure est exigible de la patiente.

[...]

Q – OBSTÉTRIQUE

RÈGLE 6.

La compensation relative au coût d'un stérilet ou d'un implant de Essure est exigible de la patiente.

[...]

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

RÈGLE 1.

[...]

1.2 La rémunération pour l'application d'un plâtre ou d'une attelle est incluse dans l'honoraire de la visite ou de prestation de soins principale.

Toutefois, le coût du matériel n'est pas inclus.

Pour les médecins omnipraticiens :

1.1.4 Frais accessoires

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

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

[Autres frais prévus pour services non nécessairement assurés, tels que formulaires et rédaction de résumé de dossier...]

Le médecin peut en outre obtenir compensation du coût d'achat d'un stérilet pourvu qu'il ait, au préalable, avisé la patiente du montant de cette compensation.

[...]

C - ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

La rémunération de l'anesthésie locale, excluant le coût du produit injecté, reliée à un acte diagnostique et thérapeutique est incluse dans celle de l'acte.

[...]

G - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE

PRÉAMBULE PARTICULIER

1.00 DÉFINITIONS

[...]

1.04 [...]

Le coût du matériel requis pour assurer l'immobilisation d'une fracture ou d'une luxation suite à sa réduction n'est pas inclus dans l'honoraire de la chirurgie.

[...]

G - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE

Immobilisation par plâtre, attelles et « taping »
(coût du matériel non inclus).

Pour les optométristes :

« 5.01 L'optométriste ne peut demander à la personne assurée quelque paiement en rapport avec la dispensation d'un service assuré déterminé par règlement, sauf disposition contraire au présent tarif.

Toutefois, l'optométriste peut obtenir de la personne assurée compensation pour le coût des médicaments et des agents anesthésiques utilisés en rapport avec la dispensation d'un service assuré. »

tel qu'il appert de la pièce P-18 en liasse.

100. Tous autres frais facturés dans le cadre d'un service assuré étaient illégaux, à moins d'avoir été désassurés par règlement, jusqu'au 26 janvier 2017. Depuis cette date, les seuls frais légaux sont ceux énumérés au *Règlement abolissant les frais accessoires*.
101. Les demandeurs réclament aux Fédérations et au MSSS une restitution des frais imposés illégalement aux membres du groupe.
102. Les demandeurs réclament aussi que des dommages punitifs soit octroyés contre tous les défendeurs.

103. Les dommages punitifs se basent sur la *Charte québécoise* et la *Charte canadienne*, notamment en raison de la barrière à l'accès à des services médicalement nécessaires qu'ont constitué les frais illégaux, menant de façon certaine et prévisible à des reports ou des arrêts de traitement parmi les membres du groupe, constituant une violation à leurs droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne.
104. L'action collective *Lavoie* des patients atteints de DMLA qui devaient payer jusqu'à 300 \$ par mois pour garder leur vue illustre tant l'importance et la récurrence fréquente de certains de ces frais, ainsi que la gravité potentielle d'un report de traitement en raison de ceux-ci.
105. Plusieurs études scientifiques, ainsi que l'opinion du Gouvernement du Canada lors des travaux préparatoires à l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé*, L.R.C. (1985), ch. C-6, **Pièce P-38, en liasse**, reconnaissent que le fait d'imposer des coûts dans le cadre des soins de santé conduira une partie de la population à reporter le traitement ou à ne pas le recevoir, ce qui l'exposera à des dommages psychologiques et corporels.
106. Par ailleurs, la RAMQ a spécifiquement soulevé cet enjeu auprès du MSSS dans son rapport :
- Tout d'abord, la facturation de frais inadmissibles entraîne un frein à l'accessibilité des services puisque le facteur financier devient une entrave pour certains groupes de la population. (P-10, page 5)
107. À la suite de l'entrée en vigueur du *Règlement abolissant les frais accessoires*, le MSSS a reconnu dans son rapport annuel que cette mesure, jumelée à la gratuité des échographies, contribue « grandement à l'accessibilité aux soins et aux services de santé et aux services sociaux en s'assurant que la capacité de payer n'empêche pas un usager d'obtenir les services assurés dont il a besoin », tel qu'il appert du Rapport annuel 2016-2017 du MSSS, **Pièce P-39**.
108. De plus, compte tenu de la sophistication des acteurs dans le domaine de la santé, ils savaient ou ne pouvaient ignorer que les conséquences de leurs actes auraient cet effet sur certains segments de la population.
109. L'octroi de dommages punitifs est nécessaire pour dénoncer le laxisme des autorités et des Fédérations, pour punir la défiance ouverte de lois sociales d'ordre public et pour éviter la récidive de ces atteintes. Outre les faits allégués aux présentes, le procureur général et la RAMQ ont été poursuivis pour des faits similaires à plusieurs reprises, dans les actions collectives *Association pour l'accès à l'avortement*, *Lavoie* et *Léveillé*.

PAR CES MOTIFS, PLAISE AU TRIBUNAL :

ACCUEILLIR l'action collective;

CONDAMNER solidairement les défendeurs (sauf la Régie de l'assurance maladie du Québec) à verser à chacun des membres du groupe une somme équivalant au montant illégalement facturé de même que l'intérêt légal et l'indemnité additionnelle prévue à l'article 1619 C.c.Q. et **ORDONNER** le recouvrement collectif de ces sommes;

CONDAMNER les défendeurs à verser aux membres des dommages punitifs et **ORDONNER** le recouvrement collectif de ces sommes;

ORDONNER aux défendeurs de déposer au greffe de cette Cour la totalité des sommes faisant l'objet d'une ordonnance de recouvrement collectif, ainsi que les intérêts et l'indemnité additionnelle;

PRENDRE toute autre mesure que le tribunal estime nécessaire pour sauvegarder les droits des parties;

LE TOUT avec frais de justice y compris les frais d'experts et d'avis.

Montréal, le 8 septembre 2023



GRENIER VERBAUWHEDE AVOCATS INC.

AVOCATS DES DEMANDEURS

Me Bruno Grenier

bgrenier@grenierverbauwhede.ca

Me Cory Verbauwheide

cverbauwhede@grenierverbauwhede.ca

5215, rue Berri, bureau 102

Montréal (Québec) H2J 2S4

Tél. : (514) 866-5599

Télec. : (514) 866-3151

Montréal, le 8 septembre 2023



HADEKEL SHAMS S.E.N.C.R.L.

AVOCATS DES DEMANDEURS

Me Peter Shams

peter@hadekelshams.ca

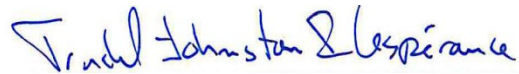
6560, Avenue de l'Esplanade, bureau 305

Montréal (Québec) H2V 4L5

Tél. : (514) 439-0800

Télec. : (514) 439-0798

Montréal, le 8 septembre 2023



TRUDEL JOHNSTON & LESPÉRANCE

AVOCATS DES DEMANDEURS

Me Bruce Johnston

bruce@tjl.quebec

Me Mathieu Charest-Beaudry

mathieu@tjl.quebec

Me Lex Gill

lex@tjl.quebec

750, côte de la Place-d'Armes, bureau 90

Montréal (Québec) H2X 2Y8

Tél. : (514) 871-8385

Télec. : (514) 871-8800

AVIS D'ASSIGNATION
(art. 145 et ss. C.p.c.)

Dépôt d'une demande en justice

Prenez avis que la partie demanderesse a déposé au greffe de la Cour Supérieure du district judiciaire de Montréal la présente Demande introductive d'instance.

Pièces au soutien de la demande

Au soutien de sa Demande introductive d'instance, la partie demanderesse invoque les pièces suivantes :

- PIÈCE P-1 :** Documents de M. Raunet, *en liasse*;
- PIÈCE P-2 :** Documents de Mme Gagnon, *en liasse*;
- PIÈCE P-3 :** Extraits du Registraire des entreprises du Québec concernant les défenderesses, *en liasse*;
- PIÈCE P-4 :** Extrait du site internet de la FMSQ;
- PIÈCE P-5 :** Extrait du site internet de la FMOQ;
- PIÈCE P-6 :** Extrait du site internet de l'AOQ;
- PIÈCE P-7 :** Disposition législatives pertinentes concernant l'évolution historique de la LAM, *en liasse*;
- PIÈCE P-8 :** Débats parlementaires pertinents sur l'étude du projet de loi no 84 — *Loi modifiant la Loi de l'assurance-maladie et d'autres dispositions législatives (4)*;
- PIÈCE P-9 :** Rapport du comité de travail sur les frais accessoires à l'attention du MSSS (« Rapport Chicoine »), daté du 1^{er} octobre 2007;
- PIÈCE P-10 :** Rapport de la RAMQ sur les frais facturés aux personnes assurées, daté de septembre 2010;
- PIÈCE P-11 :** Article de Radio-Canada intitulé « Le ministre Hébert appelé à contrer la surfacturation en clinique privée », daté du 13 décembre 2012;
- PIÈCE P-12 :** Article de La Presse intitulé « Le ministre de la Santé met la hache dans les frais accessoires », daté du 4 février 2013;

PIÈCE P-13 : Transcription d’une entrevue d’Anne-Marie Dussault avec le Dr Gaétan Barrette, président de la FMSQ, en date du 5 février 2013;

PIÈCE P-14 : Article du Devoir intitulé « Se prémunir contre les frais accessoires », daté du 25 janvier 2014;

PIÈCE P-15 : Transcription de l’entrevue du ministre de la Santé Gaétan Barette sur CBC par Sue Smith dans le cadre de l’émission Homerun le 18 juin 2015;

PIÈCE P-16 : Transcription de l’entrevue du ministre de la Santé Gaétan Barette par Michel C. Auger le 17 juin 2015;

PIÈCE P-17 : A) Rapport et publication du Collège des médecins de mars 2011 et d’automne 2012;

B) Déclarations variées de la part des représentants du gouvernement, de la RAMQ, du MSSS et d’autres intervenants connexes devant les médias;

C) Sorties médiatiques variées appelant à une intervention des autorités;

D) *Avis sur les frais accessoires en matière de santé et de services sociaux à l’intention du ministre de la Santé et des Services sociaux et de la Commission de la Santé et des Services sociaux* du Protecteur du citoyen du premier octobre 2015;

E) Lettre du Protecteur du citoyen au ministre de la Santé et des Services Sociaux et aux membres de la Commission de la santé et des services sociaux concernant *Le financement des frais accessoires reliés aux services assurés* du 5 octobre 2015;

F) Rapport de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles intitulé *Facturation aux patients : Le portefeuille en prend pour son rhume*, de novembre 2015;

G) Rapport du Vérificateur général du Québec à l’Assemblée nationale pour l’année 2016-2017 – Vérification de l’optimisation des ressources, du mois de mai 2016.

PIÈCE P-18 : A) Manuel des médecins omnipraticiens (n° 100), mise à jour 84, décembre 2015;

B) Manuel des médecins spécialistes (n° 150), mise à jour 34, avril 2014;

C) Manuel des optométristes (n° 240), mise à jour 89, janvier 2016;

PIÈCE P-19 : Grille provinciale des tarifs pour les services non assurés (à titre indicatif) les services des assurés et les frais accessoires, daté du 1^{er} janvier 2010;

PIÈCE P-20 : Dépliant du CHU de Québec intitulé « Planning familial Dispositif intra-utérin (Stérilet) », révision 2011;

PIÈCE P-21 : A) Optopresse Bulletin officiel de l'Ordre des optométristes du Québec, hiver 2016;

B) Optopresse Bulletin officiel de l'Ordre des optométristes du Québec, été 2016;

PIÈCE P-22 : A) Le Spécialiste, Le magazine de la fédération des médecins spécialistes du Québec, septembre 2009;

B) Le Spécialiste, Le magazine de la fédération des médecins spécialistes du Québec, mars 2013

PIÈCE P-23 : Communiqué de presse intitulé « Échec des négociations : les optométristes se retirent du régime public à compter du 10 mars prochain » daté du 7 février 2018;

PIÈCE P-24 : Publication de l'Association canadienne des optométristes daté du 29 mars 2023;

PIÈCE P-25 : Revue l'Optométriste daté de janvier/février 2009;

PIÈCE P-26 : Article de la Presse intitulé « Frais accessoires : les optométristes s'inquiètent », daté du 16 janvier 2017;

PIÈCE P-27 : Article du Devoir intitulé « Confusion autour des frais accessoires », daté du 17 janvier 2017;

PIÈCE P-28 : Demande pour permission de déposer une preuve appropriée déposée par plusieurs cliniques dans le dossier *Léveillé* (500-06-000695-144);

PIÈCE P-29 : Article publié sur *indexsanté.ca* intitulé « Confusion au sujet des frais accessoires : L'Association des optométristes du Québec exige des réponses », daté du 16 janvier 2017

- PIÈCE P-30 :** Article de *La Presse* intitulé « Québec annonce l'abolition des frais accessoires », daté du 14 septembre 2016;
- PIÈCE P-31 :** Article du magazine *L'actualité* intitulé « Frais accessoires : les omnipraticiens s'entendent en partie avec Québec », daté du 26 janvier 2017;
- PIÈCE P-32 :** Article du journal *Le Soleil* intitulé « Frais accessoires: les spécialistes dénoncent la “politique-spectacle” de Barrette », daté du 15 septembre 2016;
- PIÈCE P-33 :** Article du journal *Le Quotidien* intitulé « Frais accessoires : pas d'abus ici, assure la FMOQ », daté du 7 février 2016
- PIÈCE P-34 :** Article de TVA Nouvelles intitulé « Les services aux patients seront affectés disent les médecins », daté du 26 janvier 2017;
- PIÈCE P-35 :** Analyse d'impact réglementaire du ministère de la Santé et des Services sociaux intitulé « Règlement abolissant les frais accessoires liés à la dispensation des services assurés et régissant les frais de transport des échantillons biologiques », daté de Décembre 2016
- PIÈCE P-36 :** Réponse donnée par la RAMQ à une demande sous la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, RLRQ c A-2.1, daté du 19 mars 2014
- PIÈCE P-37 :** Article du *Soleil* intitulé « Médicaments Lucentis : La RAMQ se fie aux médecins », daté du 8 novembre 2010;
- PIÈCE P-38 :** Plusieurs études scientifiques, ainsi que l'opinion du Gouvernement du Canada lors des travaux préparatoires à l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé*, L.R.C. (1985), ch. C-6, *en liasse*;
- PIÈCE P-39 :** Rapport annuel de gestion 2016-2017 du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ces pièces sont disponibles sur demande.

Réponse à cette demande

Vous devez répondre à cette demande par écrit, personnellement ou par avocat, au palais de justice de Montréal situé au 1, rue Notre-Dame Est, Montréal, Québec, H2Y 1B6, dans les 15 jours de la signification de la présente demande ou, si vous n'avez ni domicile, ni résidence, ni établissement au Québec, dans les 30 jours de celle-ci. Cette

réponse doit être notifiée à l'avocat de la partie demanderesse ou, si ce dernier n'est pas représenté, à la partie demanderesse elle-même.

Défaut de répondre

Si vous ne répondez pas dans le délai prévu, de 15 ou de 30 jours, selon le cas, un jugement par défaut pourra être rendu contre vous sans autre avis dès l'expiration de ce délai et vous pourriez, selon les circonstances, être tenu au paiement des frais de justice.

Contenu de la réponse

Dans votre réponse, vous devez indiquer votre intention, soit :

- de convenir du règlement de l'affaire;
- de proposer une médiation pour résoudre le différend;
- de contester cette demande et, dans les cas requis par le Code, d'établir à cette fin, en coopération avec la partie demanderesse, le protocole qui régira le déroulement de l'instance. Ce protocole devra être déposé au greffe de la Cour du district mentionné plus haut dans les 45 jours de la signification du présent avis. Toutefois, ce délai est de 3 mois en matière familiale ou si vous n'avez ni domicile, ni résidence, ni établissement au Québec;
- de proposer la tenue d'une conférence de règlement à l'amiable.

Cette réponse doit mentionner vos coordonnées et, si vous êtes représenté par un avocat, le nom de celui-ci et ses coordonnées.

Lieu du dépôt de la demande en justice

Cette demande est, sauf exceptions, entendue dans le district judiciaire où est situé votre domicile ou, à défaut, votre résidence ou le domicile que vous avez élu ou convenu avec la partie demanderesse. Si elle n'a pas été déposée dans le district où elle peut être entendue et que vous voulez qu'elle y soit transférée, vous pouvez présenter une demande au tribunal à cet effet.

Cependant, si cette demande porte sur un contrat de travail, de consommation ou d'assurance ou sur l'exercice d'un droit hypothécaire sur l'immeuble vous servant de résidence principale, elle est entendue dans le district où est situé le domicile ou la résidence du salarié, du consommateur ou de l'assuré, qu'il soit demandeur ou défendeur, dans le district où est situé cet immeuble ou dans le district où le sinistre a eu lieu s'il s'agit d'une assurance de biens. Si cette demande n'a pas été déposée dans le district où elle peut être entendue et que vous voulez qu'elle y soit transférée, vous pouvez, sans qu'une convention contraire puisse vous être opposée, présenter une demande à cet effet au greffier spécial de ce district.

Transfert de la demande à la Division des petites créances

Si vous avez la capacité d'agir comme partie demanderesse suivant les règles relatives au recouvrement des petites créances, vous pouvez également communiquer avec le greffier du tribunal pour que cette demande soit traitée selon ces règles. Si vous faites cette demande, les frais de justice de la partie demanderesse ne pourront alors excéder le montant des frais prévus pour le recouvrement des petites créances.

Convocation à une conférence de gestion

Dans les 20 jours suivant le dépôt du protocole mentionné plus haut, le tribunal pourra vous convoquer à une conférence de gestion en vue d'assurer le bon déroulement de l'instance. À défaut, ce protocole sera présumé accepté.

Demande accompagnée d'un avis de présentation

Une demande présentée en cours d'instance, une demande visée par les livres III ou V, à l'exception notamment de celles portant sur les matières familiales mentionnées à l'article 409 et de celles relatives aux sûretés mentionnées à l'article 480, ou encore certaines demandes visées par le livre VI du Code, dont le pourvoi en contrôle judiciaire, sont accompagnées, non pas d'un avis d'assignation, mais d'un avis de présentation. Dans ce cas, la préparation d'un protocole de l'instance n'est pas requise.

No.: 500-06-000695-144
COUR SUPÉRIEURE
(Actions collectives)
DISTRICT DE MONTRÉAL

PHILIPPE LÉVEILLÉ

Demandeur

c.

PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA et al.

Défendeurs

Notre dossier : 1431-1

BT 1415

**DEMANDE POUR PERMISSION DE MODIFIER
LA DEMANDE INTRODUCTIVE D'INSTANCE ET
POUR AUTORISER L'ACTION COLLECTIVE
CONTRE DE NOUVELLES DEFENDERESSES**

P-1, P-2 et P-3

ORIGINAL

Avocats : Me Mathieu Charest-Beaudry

TRUDEL JOHNSTON & LESPÉRANCE
750, Côte de la Place d'Armes, bureau 90
Montréal (Québec) H2Y 2X8
Tél. : 514 871-8385
Fax : 514 871-8800
mathieu@tjl.quebec