
PHILIPPE LÉVEILLÉ,

requérant

C.

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

et

**LA 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

**INSTITUT DU GLAUCOME DE MONTRÉAL
INC.,** personne morale dûment incorporée
ayant son siège social au 4135 rue de
Rouen, dans la ville de Montréal, district de
Montréal, province de Québec, H1V 1G5

et

**CLINIQUE O, CHIRURGIE PLASTIQUE ET
ESTHÉTIQUE DE L'OEIL INC.,** personne
morale dûment incorporée ayant son siège
social au 4845 rue Saint-Denis, dans la ville
de Montréal, district de Montréal, province de
Québec, H2J 2L7

intimés

**REQUÊTE POUR AUTORISATION
D'EXERCER UN RECOURS COLLECTIF**
(Article 1002 et suivants *C.p.c.*)

À L'UN DES HONORABLES JUGES DE LA COUR SUPÉRIEURE SIÉGEANT DANS ET POUR LE DISTRICT DE MONTRÉAL, LE REQUÉRANT EXPOSE RESPECTUEUSEMENT CE QUI SUIT :

INTRODUCTION

1. La présente requête est intentée par le requérant afin qu'il puisse représenter les personnes qui ont été victimes de surfacturation illégale de la part de médecins et de cliniques médicales dans la forme de frais accessoires illégaux facturés sous guise de médicaments et agents anesthésiques. Elle vise le remboursement de ces frais et un dédommagement pour troubles et inconvénients et dommages moraux ainsi que des dommages punitifs dans certains cas. Elle est intentée contre les médecins et cliniques fautifs—la liste des intimés sera prolongée au fur et à mesure que la preuve devient accessible—ainsi que contre le ministre de la Santé et des Services sociaux (« MSSS ») et la Régie de l'assurance maladie du Québec (« RAMQ »), qui ont toléré ces pratiques illégales alors qu'ils reconnaissent leur existence depuis des années, qu'ils ont déjà été poursuivis dans un dossier similaire qui a mené à une transaction de plusieurs millions de dollars dans le dossier *Lavoie c. Régie de l'assurance maladie du Québec et al.*, 2013 QCCS 866 (CanLII), et que les ministres de la Santé promettent depuis des années de régler la question, sans jamais donner suite à ces promesses;

2. La loi est claire : s'il est vrai que les ententes permettent la facturation du coût des médicaments et agents anesthésiques utilisés par un médecin lors d'un acte assuré, il ne peut s'agir que de leur coût réel. En réalité, les médecins insatisfaits avec les tarifs prévus par le régime public utilisent la facturation des médicaments et agents anesthésiques pour facturer directement aux patients des montants qui s'ajoutent à leurs revenus ou aux revenus des cliniques où ils travaillent. Cette pratique est répandue au Québec, et bien que la présente requête fait état de plusieurs cas de ce type de surfacturation illégale dans le domaine de l'ophtalmologie, le recours vise tous les domaines médicaux où l'on trouve la même pratique, par exemple en gastroentérologie. Il est ainsi à espérer que les patients seront remboursés et qu'il soit mis fin à cette pratique illégale très dommageable une fois pour toutes;

3. En outre, le requérant soutient que ni le MSSS ni la RAMQ n'ont fait respecter la *Loi sur l'assurance maladie*, ce qui a créé une situation d'impunité au niveau des médecins et des cliniques qui pratiquent allègrement et de façon croissante la surfacturation illégale d'actes déjà assurés par le régime public, qui devraient de ce fait être gratuits, tant sous les lois québécoises que sous la *Loi canadienne sur la santé*, laquelle prévoit que le Québec devra rembourser chaque dollar de surfacturation toléré à même le *Transfert canadien en matière de santé*. En effet, bien qu'avertis à maintes reprises de l'existence desdits frais illégaux, ni le MSSS ni la RAMQ ne sont intervenus. Or, en vertu de la *Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux* et la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec*, le MSSS et la RAMQ sont respectivement chargés « de l'application des lois et des règlements relatifs à la santé et aux services sociaux » et « d'appliquer les programmes du régime d'assurance maladie institué par la *Loi sur l'assurance maladie* ». Leur refus illégal et fautif de veiller à leurs obligations a causé de nombreux torts aux personnes qui ont dû payer des frais accessoires illégaux, en plus de dénaturer le système public de santé québécois, dont une des pierres d'assise est la gratuité des services médicaux médicalement nécessaires;

4. **Le requérant demande l'autorisation d'exercer un recours collectif contre les intimés pour le compte des personnes faisant partie du groupe ci-après décrit et dont il fait lui-même partie :**

« Toutes les personnes bénéficiaires du régime public d'assurance maladie du Québec qui ont déboursé une somme d'argent suite à une surfacturation illégale de la part d'un médecin ou d'une clinique sous guise de frais payés pour des médicaments et agents anesthésiques administrés à l'occasion d'un acte assuré. »;

5. **Les faits qui donnent ouverture à un recours individuel de la part du requérant contre les intimés sont :**

A. L'ADOPTION DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE ET L'INTERDICTION DE LA SURFACTURATION MALGRÉ LA PRESSION DES MÉDECINS ET LES TERGIVERSATIONS DU MINISTRE DE LA SANTÉ, MONSIEUR CLAUDE CASTONGUAY

5.1. L'interdiction de la surfacturation par les médecins participant au régime public est la pierre angulaire du système d'assurance maladie du Québec;

- 5.2. En effet, l'année de l'adoption de l'ancêtre de la *Loi sur l'assurance maladie*, il y a eu de tumultueux débats de société concernant exactement ce point, comme en témoignent les extraits des procès-verbaux du Conseil exécutif, dont copies sont déposées en liasse sous la cote **R-1**;
- 5.3. Ainsi, le projet de loi (« Bill ») 8, *Loi de l'assurance-maladie*, présenté le 10 mars 1970 par le gouvernement d'Union nationale, et dont des extraits sont déposés en liasse sous la cote **R-2**, interdisait la surfacturation, tel qu'il appert des notes explicatives et des articles 12, 14, 15, 18 et 19 :

La rémunération payable aux professionnels de la santé en vertu du régime sera fixée par des ententes à intervenir entre le ministre de la santé et les organismes représentatifs des diverses catégories de professionnels de la santé, et sera entièrement payée par la Régie de l'assurance-maladie pour le compte des assurés.

Les professionnels de la santé qui se seront désengagés du régime ne seront pas liés par ces ententes mais ils devront, avant de fournir à leurs patients des services ou des biens qui seraient autrement assurés par le régime, leur donner avis que le coût de ces services ne sera pas payé par la Régie.

[...]

12. Le ministre de la santé peut, avec l'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil, conclure avec les organismes représentatifs de toute catégorie de professionnels de la santé toute entente aux fins de l'application de la présente loi.

Une telle entente lie la Régie.

[..]

14. Une entente oblige tous les professionnels de la santé qui sont membres de l'organisme qui l'a conclue ainsi que tous ceux dont le champ d'activités professionnelles est le même que celui de ces membres et qui sont visés par l'entente.

15. Une entente n'oblige pas les professionnels de la santé qui informent la Régie, de la manière prescrite, qu'ils désirent se désengager de son application [...].

[...]

17. Tout professionnel de la santé qui s'est désengagé de l'application d'une entente et qui fournit à une personne qui réside au Québec des services ou des biens dont le coût serait assumé par la Régie s'il n'était pas ainsi désengagé doit, avant de fournir ces services ou ces biens, aviser la personne qui doit le rémunérer que ses honoraires ne sont pas payés par la Régie, à défaut de quoi il ne peut exiger aucune rémunération pour ces services. [...]

18. Un professionnel de la santé a droit d'être rémunéré par la Régie pour des services assurés qu'il a fournis à une personne qui réside au Québec alors qu'il était soumis à l'application d'une entente pourvu qu'il se soit conformé aux dispositions de l'entente, qu'il ait fourni à la Régie les renseignements prescrits et que sa demande de rémunération ne soit pas abusive ou injustifiée, compte tenu de la fréquence des services fournis aux personnes qui résident au Québec, de leur nécessité et des normes reconnues de pratique professionnelle; il ne peut exiger ni recevoir pour de tels services 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.

19. Une entente ne doit pas permettre à un professionnel de la santé qui est soumis à son application de réclamer une rémunération de personnes autres que la Régie pour des services assurés.

- 5.4. Or, l'Union nationale a déclenché une élection peu de temps après le dépôt de ce projet de loi et les Libéraux lui ont succédé, avec comme ministre de la Santé monsieur Claude Castonguay;
- 5.5. Dès l'élection des Libéraux, craignant que ceux-ci redéposent le même projet de loi, des médecins haut placés s'y sont attaqués, et en premier chef aux sections prévoyant l'interdiction de surfacturation, le tout tel qu'il appert notamment de l'éditorial du 9 mai 1970 par B.E. Freamo, le secrétaire général de l'Association médicale canadienne, dont copie est déposée sous la cote **R-3**;
- 5.6. Face à la pression des médecins, le ministre de la Santé, Claude Castonguay, a imaginé « une solution mitoyenne », qui prévoyait

que la Régie rembourserait directement aux patients le coût des services rendus par des professionnels désengagés de l'application d'une entente

jusqu'à concurrence du montant prévu à l'entente pour l'acte posé, pourvu que pas plus de 3% des professionnels soumis à l'entente s'en seraient désengagés [...]. Les professionnels désengagés pourraient alors réclamer aux patients une rémunération additionnelle s'ils estiment que les tarifs prévus à l'entente sont insatisfaisants [...]

tel qu'il appert de son « Mémoire au conseil des ministres » du 17 juin 1970, dont copie est déposée sous la cote **R-4**;

- 5.7. Le 28 juin 1970, monsieur Castonguay présente le « Bill » 8 amendé, dont copie est déposée sous la cote **R-5**, et qui contient les nouvelles mesures autorisant la surfacturation pour un certain nombre de médecins, tel qu'il appert des notes explicatives et des articles 11 et 12 :

La rémunération payable aux professionnels de la santé en vertu du régime sera fixée par des ententes à intervenir entre le ministre de la santé et les organismes représentatifs des diverses catégories de professionnels de la santé, et sera entièrement payée par la Régie de l'assurance-maladie pour le compte des assurés.

Les professionnels de la santé qui se seront désengagés du régime ne seront pas liés par ces ententes [...].

Les patients qui auront reçu des services d'un professionnel désengagé pourront réclamer de la Régie le coût de ces services jusqu'à 75% du tarif prévu à une entente pour de tels services pourvu que pas plus de 3% des professionnels soumis à l'application d'une entente ne se soient désengagés de son application.

[...]

11. Une personne qui réside au Québec a droit d'exiger de la Régie le paiement du coût des services assurés qui lui ont été fournis au Québec par un professionnel de la santé qui s'est désengagé de l'application d'une entente [...] jusqu'à concurrence de 75% du montant qui aurait été payé par la Régie pour ces services à un professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente [...].

12. Une personne qui réside au Québec ne peut toutefois exiger de la Régie le paiement du coût de services assurés fournis au Québec par un professionnel de la santé qui s'est désengagé de l'application d'une

entente si ces services ont été rendus après [... la publication] par le ministre de la santé, d'un avis que [...] plus de 3% des professionnels de la santé soumis à l'application de cette entente se sont désengagés de son application [...].

5.8. S'en est suivi une « offensive commune » syndicale contre la surfacturation par les « quatre centrales syndicales, soit la Corporation des Enseignants du Québec, la Confédération des Syndicats Nationaux, la Fédération des Travailleurs du Québec, et l'Union Catholique des Cultivateurs, contre le projet de loi », tel qu'il appert du procès-verbal du Conseil exécutif du 30 juin 1970, dont copie est incluse dans la pièce **R-1**;

5.9. Les pressions syndicales ont porté fruit, puisque le 9 juillet 1970,

[m]onsieur Castonguay propose de retrancher la clause de 75% de remboursement aux patients soignés par les médecins désengagés et la clause prévoyant le paiement de ce 75% tant que pas plus que 3% des médecins d'une spécialité ou d'une région se seraient désengagés.

Ces modifications devraient rassurer les syndicats, mais elles soulèveront des difficultés vis-à-vis des médecins spécialistes. Il apparaît impossible d'arriver à un accord satisfaisant avec ceux-ci.

La proposition du ministre consiste donc à revenir aux dispositions de l'ancien bill 8 quant aux désengagements en maintenant cependant les dispositions nouvelles permettant une intervention du gouvernement au cas de désengagements trop nombreux.

Ces modifications sont approuvées et seront soumises à l'Assemblée nationale cet après-midi.

tel qu'il appert du procès-verbal du Conseil exécutif du 9 juillet 1970, dont copie est incluse dans la pièce **R-1**;

5.10. La *Loi de l'assurance-maladie* a été adoptée avec ces changements le 17 juillet 1970, tel qu'il appert de la copie déposée sous la cote **R-6**;

5.11. Malgré l'adoption du projet de loi, la Fédération des médecins spécialistes a continué ses pressions, tel qu'il appert du procès-verbal du Conseil exécutif du 5 août 1970, dont copie est incluse dans la pièce **R-1** :

Lundi, le 3 août [1970], monsieur Castonguay, accompagné du docteur Quenneville, a rencontré l'Exécutif de la Fédération des médecins spécialistes. Au cours de cette rencontre, le docteur Robillard a dit que sa Fédération ne signera aucune entente tant que la loi n'aura pas été modifiée en ce qui touche le désengagement;

- 5.12. Dans une note destinée aux journalistes à l'occasion de la conférence de presse du premier ministre du 1^{er} septembre 1970, et dont copie est incluse dans la pièce **R-1**, le Conseil exécutif déclare qu'en ce qui a trait aux négociations en cours concernant l'assurance-maladie,

[i]l reste deux points sensibles [...] : la question du désengagement et celle de la rémunération. Il y a un lien entre ces deux points.

Par le désengagement, les médecins veulent pouvoir obtenir directement de leurs patients des honoraires plus élevés que ceux prévus dans l'entente. Nous croyons que ce serait ainsi aller à l'encontre de l'objectif du régime qui est de donner à la population un droit égal aux services de santé.

De plus, ce serait un moyen pour les médecins d'obtenir un revenu plus élevé que celui convenu. Or, les citoyens du Québec n'ont pas les moyens d'assumer un tel fardeau;

- 5.13. Le 17 septembre, les négociations sont à un point mort, mais le Conseil exécutif n'entrevoit pas de sortie de la crise, tel qu'il appert du procès-verbal du Conseil exécutif de la même date, dont copie est incluse dans la pièce **R-1** :

La médiation a été commencée, mais une rencontre du ministre avec le médiateur cet après-midi laisse voir qu'il est clair que le fond du problème en est un de rémunération, et que le désir des médecins spécialistes est de pouvoir charger ce qu'ils veulent.

Il semble que la médiation a peu de chance de réussir et qu'il faudra convoquer la Commission parlementaire sur la Santé. Monsieur Castonguay a tout de même demandé au médiateur de tenter de faire tout progrès qui s'avère possible (p. 6);

- 5.14. Le 28 septembre, tel qu'il appert du procès-verbal du Conseil exécutif de la même date, dont copie est incluse dans la pièce **R-1**, le Conseil exécutif fait part de son intention d'amender les catégories de médecins pour en arriver au régime qui est encore en vigueur actuellement, en concluant que

le problème se ramène à deux questions, soit la rémunération et le désengagement et qu'en effet, ce sont les deux seules questions qui ressortent du mémoire du 28 septembre de la Fédération des médecins spécialistes (p. 1);

- 5.15. Tel qu'il appert du procès-verbal du Conseil exécutif du 28 septembre 1970, dont copie est incluse dans la pièce **R-1**, le Conseil ordonne alors « qu'une loi spéciale soit élaborée obligeant les médecins à continuer à dispenser leurs services si ceux-ci mettaient à exécution leur menace de résistance collective [...] » (p. 3);
- 5.16. Tel qu'il appert de la *Gazette officielle*, dont un extrait est déposé sous la cote **R-7**, le 2 octobre, le ministre Castonguay apprend « qu'un certain nombre de médecins quittent la province ou cessent leurs activités normales » et évoque des rapports qu'il a reçus « à l'effet que dans certaines régions tout est normal, mais dans d'autres endroits le débrayage des médecins est plus généralisé [...] » (p. B-1371);
- 5.17. Le 5 octobre, tel qu'il appert du procès-verbal du Conseil exécutif de la même date, dont copie est incluse dans la pièce **R-1**, le ministre Castonguay « fait rapport sur la situation qui prévaut dans les hôpitaux suivant les diverses régions » :

Il semble que le débrayage s'accroît d'heure en heure, et que dans les prochaines 48 heures, il pourrait s'effectuer un débrayage massif.

Il fait état des contacts qui ont eu lieu entre les négociateurs des parties depuis la dernière séance, d'où il ressort que les omnipraticiens ne signeront pas d'entente fondée sur les offres monétaires actuelles.

Pour ce qui est des spécialistes, il appert qu'ils ne sont pas intéressés à discuter, à moins qu'ils obtiennent un désengagement permettant un dépassement d'honoraires afin de rejoindre le tarif de l'Ontario (p. 1);

- 5.18. Dans la même session, tel qu'il appert du procès-verbal du Conseil exécutif de la même date, dont copie est incluse dans la pièce **R-1**, les projets de lois « préparés en vue d'une Session spéciale sont discutés, et ils sont ensuite référés au comité de législation pour étude plus détaillée » :

Il y aura lieu de considérer si le projet de loi concernant les services médicaux doit contenir, en une première étape, des sanctions, ou s'il vaut mieux le restreindre à la mise en vigueur du Régime, pour le 1er novembre, par l'adoption d'un document pour tenir lieu d'entente, et au

processus du règlement du conflit, quitte à réserver toutes les sanctions pour une autre loi si les médecins ne se conforment pas. [...]

Il est enfin décidé que le Premier Ministre annoncera demain la convocation d'une Session spéciale pour modifier le bill 8 en ce qui concerne les libertés professionnelles et le désengagement, et pour adopter une loi aux fins de mettre le Régime en vigueur le 1er novembre, se réservant toutefois de convoquer l'Assemblée Nationale avant, si la situation l'exigeait, et quitte bien entendu à la convoquer de nouveau après le 12 octobre pour l'adoption de mesures spéciales au besoin (p. 2);

5.19. Le 13 octobre, tel qu'il appert du procès-verbal du Conseil exécutif de la même date, dont copie est incluse dans la pièce **R-1**,

[à] la demande du Premier Ministre, le Secrétaire général du Conseil Exécutif, Me Julien Chouinard, fait rapport de la communication reçue de Me Raymond Lachapelle, procureur de la Fédération des médecins spécialistes, proposant au gouvernement une trêve (*sic*) aux termes de laquelle les médecins spécialistes, sur invitation du Premier Ministre, rentreraient au travail; le régime serait mis en vigueur le 1er novembre sur la base des offres monétaires du gouvernement, mais pour une période de 30 jours seulement quitte à poursuivre les discussions dans l'intervalle, et les amendements au bill 8 étant également reportés à plus tard.

Cette proposition est rejetée et un communiqué [...] est émis par le Premier Ministre maintenant la position antérieure du gouvernement, et invitant les médecins spécialistes à rentrer immédiatement au travail (p. 1);

5.20. Voici le texte dudit communiqué :

LE PREMIER MINISTRE S'ADRESSE A CHAQUE SPECIALISTE INDIVIDUELLEMENT

Québec, le 13 octobre 1970 - Le Premier ministre du Québec, M. Robert Bourassa, a adressé aux spécialistes un message de caractère personnel afin qu'ils assument pleinement et de façon immédiate leur responsabilité.

Ce message a été publié au cours de la réunion du Conseil des ministres tenue aujourd'hui à Montréal, réunion au cours de laquelle le message a été endossé par l'ensemble des ministres présents.

Voici le texte de ce message:

“Dans cette période difficile que nous traversons, le bon fonctionnement des services essentiels à la population apparaît comme une nécessité évidente.

Chaque Québécois qui oeuvre dans ces services, à quelque niveau que ce soit, se doit donc d’assumer pleinement la part de responsabilité qui lui incombe afin que l’ordre règne dans notre société.

Aussi, je compte que chaque médecin spécialiste verra à maintenir ou, le cas échéant, à reprendre ses activités professionnelles normales.”

On sait que l’Assemblée nationale doit se réunir au cours des prochains jours afin d’adopter les mesures législatives prévues pour la mise en vigueur du régime le 1er novembre prochain.

tel qu’il appert de la copie incluse dans la pièce **R-1**;

- 5.21. La *Loi modifiant la Loi de l’assurance-maladie*, Bill 39, dont copie est déposée sous la cote **R-8**, a été adoptée le 16 octobre 1970, prévoyait le régime qui a encore cours actuellement, lequel prohibe entièrement la surfacturation;

B. L’ADOPTION DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ FACE À UNE SURFACTURATION INCONTRÔLÉE HORS QUÉBEC

- 5.22. L’interdiction de surfacturation étant acquise au Québec depuis 1970, l’adoption de l’interdiction de surfacturation dans la loi de financement fédérale de 1984 n’y trouve pas son origine, mais elle s’applique néanmoins aux ententes de financement entre le gouvernement fédéral et le gouvernement du Québec;

- 5.23. Monique Bégin, se penchant sur ses années en tant que ministre fédéral de la Santé nationale et du Bien-être social dans son livre concernant les événements menant à l’adoption de la *Loi canadienne sur la santé*, illustre les pratiques qui ont cours ailleurs qu’au Québec, dont voici un exemple ontarien :

Exemple de surfacturation d’un spécialiste
en milieu hospitalier, 1983.

27 juillet 1983

HÔPITAL MOUNT SINAI

SERVICE D'UROLOGIE GYNÉCOLOGIQUE
ET
D'URODYNAMIQUE
600, avenue University
Toronto, Ontario
M5G 1X5
Téléphone: (416) 596-4642

Chère patiente,

Votre médecin traitant vous a référée à ce Service pour identifier vos problèmes relatifs au tractus urinaire inférieur chez la femme. Notre service vous offre de nouvelles techniques d'évaluation dans ce domaine.

Votre examen comprendra:

*Honoraires OHIP vous remboursera
de la façon suivante*

Consultation	75,00 \$	38,60 \$
Cystoscopie	100,00 \$	55,10 \$
Utéroscopie		
Cystométrie		
Urétrale		
Profil de la pression		
Coût total de l'examen	175,00 \$	93,70 \$

Le coût des rayons-X et des pyélogrammes intraveineux (reins) et les cystoritrogrammes (vessie inférieure) sera couvert par l'OHIP (la Régie).

Si vous avez des questions au sujet de ces honoraires, veuillez en discuter avec l'infirmière ou le médecin. La totalité des honoraires est payable dès la fin de l'examen.

H.P. Drutz, M.D., F.R.C.S. (C)
Directeur

tel qu'il appert de son livre, *L'assurance-santé : Plaidoyer pour le modèle canadien*, Montréal, Édition du Boréal Express, 1987, p. 148, dont des extraits sont déposés en liasse sous la cote **R-9**;

5.24. Le gouvernement du Canada affirme ainsi en 1983 qu'en Ontario,

62 p. cent des anesthésistes sont désaffiliés et pratiquent la surfacturation [... et qu'en] Alberta, environ 40 p. cent des anesthésistes et 55 p. cent des chirurgiens pratiquent la surfacturation. Pour un seul pontage coronarien sans complication, la famille peut être appelée à verser jusqu'à 800 \$ en honoraires professionnels.

tel qu'il appert de la publication fédérale intitulée *Pour une assurance-santé universelle : La politique du Gouvernement du Canada*, Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1983, p. 5, dont copie est déposée sous la cote **R-10**;

5.25. Le document continue :

La surfacturation

La surfacturation par les médecins constitue en fait des frais directs que le Gouvernement du Canada considère comme une menace à l'accessibilité. La surfacturation s'est étendue au point de se chiffrer aux environs de 100 millions de dollars par année. Le problème est particulièrement sérieux dans les collectivités où la plupart des médecins la pratiquent. Dans certaines parties du Canada, presque tous les médecins d'une même spécialité le font. Cette tendance paraît prédominer dans les grandes villes où les relations des médecins avec leurs patients sont plus impersonnelles.

Diverses raisons ont été données pour expliquer ces tendances. Certains praticiens soutiennent que les barèmes provinciaux sont inadéquats. Le Gouvernement du Canada est d'avis, par ailleurs, que les médecins doivent recevoir une rémunération raisonnable et la loi fédérale actuelle traduit bien ce souci. C'est cependant aux provinces et aux associations médicales qu'il appartient de négocier les barèmes. Les provinces peuvent alléguer qu'elles tolèrent la surfacturation parce qu'elles n'ont pas les fonds suffisants pour rémunérer les médecins adéquatement. Comme il est indiqué ailleurs dans ce document, il n'a pas encore été prouvé qu'il y ait manque de fonds. Si c'était le cas, les provinces n'auraient qu'à établir le montant qui leur est nécessaire et à le percevoir par la voie des impôts et non par l'imposition de surcharges arbitraires et incontrôlées à des personnes frappées par la maladie.

Certaines associations de médecins ont fait valoir que les barèmes des régimes provinciaux étaient rigides et ne valorisaient par conséquent en

rien le rendement supérieur. Elles prônent la surfacturation comme moyen de garantir cette souplesse et d'offrir aux médecins une «soupape» s'ils ne sont pas satisfaits du barème du régime.

Si les soins de qualité supérieure existent, le Gouvernement du Canada veut qu'ils soient accessibles à tous grâce au programme d'assurance-santé. Les Canadiens ne peuvent pas accepter un programme partial qui assurerait les meilleurs soins à ceux qui peuvent se les payer quand ils sont malades et des soins de qualité moindre à ceux qui ne peuvent pas payer. Si les gouvernements provinciaux et les médecins conviennent de l'importance d'une forme quelconque de gratification pour l'expérience et le rendement supérieur, définis au préalable, la meilleure solution serait d'incorporer l'expérience et les facteurs d'excellence dans les barèmes, lors des négociations entre les provinces et les associations médicales.

Les provinces devront décider du meilleur moyen à employer pour se débarrasser de la surfacturation. Le Québec a choisi de la rendre pratiquement impossible en décrétant que les patients qui consultent des médecins non participants ne peuvent être remboursés par le régime provincial. Il en résulte que la surfacturation est à toutes fins pratiques inexistante dans cette province. L'Ontario, par ailleurs, est d'avis que si les médecins désaffiliés ne doivent pas être payés directement par le régime, le patient doit de son côté être entièrement remboursé par le régime.

Cette façon d'aborder le problème n'a pas éliminé la surfacturation, mais l'a contrôlée beaucoup plus efficacement que ce n'est le cas dans des provinces comme l'Alberta qui permettent aux médecins de facturer et le régime et le patient. Quelques autres provinces sont parvenues à éliminer virtuellement la surfacturation grâce à des négociations avec les associations médicales provinciales.

Le gouvernement fédéral n'essaie pas d'imposer une façon unique d'aborder le problème. Il ne se préoccupe que du résultat final: **que les gens n'aient pas à faire face à des surcharges lorsqu'ils sont malades et qu'ils n'aient pas à discuter individuellement d'honoraires avec les médecins.** Le gouvernement fédéral est convaincu que cela est réalisable sans priver les médecins d'occasions de satisfaction professionnelle et d'une rémunération raisonnable.

- 5.26. La *Loi canadienne sur la santé*, adoptée le 1^{er} avril 1984, et dont copie est déposée sous la cote **R-11**, prévoit une pénalité en cas de tolérance d'une province envers la surfacturation à la même hauteur que l'importance de celle-ci :

SURFACTURATION ET FRAIS MODÉRATEURS

Surfacturation

18. Une province n'a droit, pour un exercice, à la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 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.

[...]

Déduction en cas de surfacturation

20. (1) Dans le cas où une province ne se conforme pas à la condition visée à l'article 18, il est déduit de la contribution pécuniaire à cette dernière pour un exercice un montant, déterminé par le ministre d'après les renseignements fournis conformément aux règlements, égal au total de la surfacturation effectuée par les médecins ou les dentistes dans la province pendant l'exercice ou, si les renseignements n'ont pas été fournis conformément aux règlements, un montant estimé par le ministre égal à ce total.

C. SURFACTURATION ILLÉGALE SOUS GUISE DE FRAIS DE MÉDICAMENTS OU D'AGENTS ANESTHÉSIIQUES

- 5.27. Depuis l'adoption de la *Loi de l'assurance-maladie*, la question des frais accessoires s'est posée, et la *Loi sur l'assurance maladie* actuelle les interdit formellement, avec pour seules exceptions celles qui sont spécifiées à l'entente entre les médecins et le MSSS, tel qu'il appert de l'article 22, alinéa 9 :

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.

5.28. Or, il n'y a que quelques exceptions prévues dans les ententes;

5.29. Pour les médecins omnipraticiens, il s'agit de celles prévues à l'article 1.1.4 du Préambule général du *Manuel des médecins omnipraticiens*, tel qu'il appert de l'extrait dont copie est déposée sous la cote **R-12** :

Préambule général

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.

Le médecin peut également obtenir compensation pour la rédaction d'un formulaire médical, sauf pour les formulaires ci-après mentionnés dont la liste détaillée est produite à l'annexe XI de l'Entente et pour lesquels les honoraires de rédaction sont inclus dans la rémunération de l'examen, de la consultation, de la visite ou sont prévus au tarif :

- le certificat médical requis en vertu de la *Loi sur la sécurité du revenu*;
- le formulaire médical requis en vertu de la *Loi sur la protection du malade mental*;
- les formulaires médicaux requis en vertu de la *Loi sur la protection de la santé publique*.

En cabinet privé, le médecin peut obtenir du patient compensation pour la rédaction et la transmission d'un 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.

- 5.30. Pour les médecins spécialistes, il s'agit de celles qui sont prévues à la Règle 2 du Préambule général du *Manuel des médecins spécialistes*, tel qu'il appert de l'extrait dont copie est déposée sous la cote **R-13** :

Préambule général

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.

- 5.31. Il s'agit dans les deux cas d'exceptions qui doivent être lues avec le régime entier à l'esprit, et surtout l'interdiction fondamentale de la surfacturation, rendant leur interprétation nécessairement stricte;
- 5.32. L'alinéa 7 de l'article 22 de la *Loi sur l'assurance maladie* renforce cette interprétation stricte :

Un professionnel de la santé soumis à une entente ne peut exiger ou recevoir paiement de la Régie ou d'une personne assurée, selon le cas, pour un service assuré qui n'a pas été fourni, qu'il n'a pas fourni lui-même, qu'il n'a pas fourni conformément à une entente ou qu'il a faussement décrit.

- 5.33. Tant les médecins que la RAMQ, et par son inaction le MSSS, affirment qu'il n'y a pas de limite légale aux profits que les médecins peuvent faire avec la vente de médicaments et d'agents anesthésiques, alors qu'il s'agit d'une exception contenue dans une loi d'ordre public pour les seules fins de s'assurer que les médecins n'aient pas à assumer le coût de médicaments ou d'agents anesthésiques qu'ils administrent eux-mêmes à leurs patients et non de donner une nouvelle source de revenus aux médecins et aux cliniques;
- 5.34. Le requérant affirme ainsi que la seule façon de lire ces exceptions est qu'elles on trait au **prix coûtant** des médicaments et agents anesthésiques utilisés;
- 5.35. En effet, les coûts d'opération des cliniques médicales de médecins participants sont défrayés par la négociation, au sein des ententes, de frais de pratique, qui

sont aussi connues comme des « frais de cabinet »;

- 5.36. Ainsi, on apprend par exemple que les ophtalmologistes, en 2012-2013, ont fait des revenus moyens nets de 517 536 \$, dont 66 377 \$ en frais de cabinet, tel qu'il appert des extraits des *Réponses aux questions générales et particulières* soumises par la RAMQ lors de l'Étude des crédits 2012-2013 devant la Commission de la santé et des services sociaux, dont copies sont déposées en liasse sous la cote **R-14**;
- 5.37. La logique de tels frais est l'équité entre médecins qui travaillent à l'hôpital et ceux qui travaillent en cabinet : théoriquement, et sous réserve des divers programmes qui modulent la rémunération selon le territoire desservi (par exemple, les Plans régionaux d'effectifs médicaux, dits « PREM ») ou les activités entrepris (par exemple, les Activités médicales particulières, dits « AMP »), les médecins pratiquant dans un cabinet ont droit à la même rémunération que leurs collègues qui travaillent à l'hôpital. Or, à l'hôpital, les installations, l'équipe de soutien et, **surtout, dans le cadre de la présente cause, les médicaments et les agents anesthésiques**, sont payés par le MSSS;
- 5.38. Les frais de cabinet font partie des négociations continues entre le MSSS et les médecins et si les médecins ne sont pas satisfaits des montants qui leur sont donnés, ils doivent renégocier l'entente avec le MSSS et ne peuvent s'octroyer le pouvoir de facturer ces montants directement aux patients;
- 5.39. L'argument des médecins concernant le fait que certains actes ne sont pas associés à des frais de cabinet, et seraient donc sous-évalués dans les ententes, passe sous silence le fait qu'il est de la nature même d'une telle entente que certains actes soient sous-évalués et que d'autres soient surévalués;
- 5.40. Partant, le seul remède légal qu'ont les médecins contre une sous-évaluation est la renégociation de l'entente, tout comme c'est le cas pour des actes surévalués dans le cas du MSSS;
- 5.41. Tant le MSSS que la RAMQ avalisent la pratique de surfacturation illégale sous guise de l'exception prévue pour les médicaments et agents anesthésiques, puisqu'ils n'interviennent pas pour faire arrêter cette pratique;
- 5.42. En effet, ni le MSSS ni la RAMQ n'ont entamé des procédures contre les médecins fautifs sous l'article 22 de la *Loi sur l'assurance maladie*, qui prévoit **des pénalités allant de 1 000 \$ à 5 000 \$ par infraction**, justement pour protéger l'interdiction de surfacturation. La RAMQ refuse même

systématiquement de rembourser les patients qui en font la demande, affirmant ne pas avoir la compétence pour le faire, et référant parfois le patient au Collège des médecins, alors que le Collège n'a pas mandat d'appliquer la *Loi sur l'assurance maladie*;

D. LES PRATIQUES DE SURFACTURATION ILLÉGALE DE LA PART DES MÉDECINS

5.43. Loin de se limiter à la seule facturation de médicaments et d'agents anesthésiques à des prix exorbitants, la surfacturation illégale a pris plusieurs formes, y inclus la double facturation de l'acte, déjà facturé à la RAMQ, au patient; la facturation pour certains tests diagnostics pourtant non exclus du régime public; la facturation pour des frais de cabinet; etc.;

5.44. Il est à noter que souvent les patients ont l'impression qu'ils paient pour l'acte lui-même et sont alors surpris lorsqu'ils se rendent compte que la facture ne contient pas d'entrées pour l'acte en soi, mais se limite à des frais accessoires, dont en premier lieu une liste de médicaments, dont il est à se demander si tous ont même été utilisés;

5.45. Il est alors opportun de faire un survol de plusieurs factures et reçus émis en ophtalmologie depuis une dizaine d'années afin d'illustrer le phénomène de la surfacturation illégale. Bien que plusieurs de ces montants soient prescrits et que tous soient limités au domaine de l'ophtalmologie, ils sont néanmoins révélateurs des stratégies plus généralisées par lesquelles se pratique la surfacturation illégale et sont donc pertinents au présent recours;

5.46. L'INSTITUT DU GLAUCOME DE MONTRÉAL

5.46.1. L'intimée Institut du glaucome de Montréal Inc. facturait parfois 100 \$ la dose individuelle d'Avastin, tel qu'il appert des factures dont copies sont déposées en liasse sous la cote **R-15**;

5.46.2. Or, comme l'Avastin est divisé par les médecins en doses individuelles, le prix coûtant par dose serait plutôt de 50 \$, selon l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (« INESSS »), tel qu'il appert de l'extrait du rapport de janvier 2012 intitulé *Les médicaments antiangiogéniques dans le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge : enjeux associés à leur utilisation dans le contexte*

québécois, dont copie est déposée sous la cote **R-16**;

- 5.46.3. Le prix facturé pour ce médicament par les médecins et les cliniques dépasse souvent largement ce montant;
- 5.46.4. L'intimée Institut du glaucome de Montréal Inc. a aussi facturé à raison de 25 \$ **chacun** des médicaments suivants : Alcaïne DIN 00035076, Diclofenac DIN 01940414, Iopidine DIN 02076306, Pilocarpine DIN 00000868, Mydriacyl 00001007 et Mydfrin 00465763, alors que leurs prix coûtants sont respectivement de 3,4 ¢ par goutte; 3,01 \$ par ampoule individuelle; 23 ¢, 3,95 ¢, 18 ¢ et 5,42 ¢ par goutte, tel qu'il appert de la pièce **R-15** et de l'expertise du pharmacien Laurent Tétreault du 9 mai 2014, dont copie est déposée sous la pièce **R-17**;
- 5.46.5. Elle a aussi facturé à 75 \$ le Fluorescite 00505005, tel qu'il appert de la pièce **R-15**, alors que le prix coûtant par goutte pour le Fluorescéine sodique 10 %, une substance identique, est de 26,71 ¢ par goutte, tel qu'il sera démontré à l'audience sur le fond;
- 5.46.6. Elle a aussi facturé à 25 \$ l'Alcaïne DIN 00035076 et le Fluorescein sodium DIN 02148390 à des prix variant de 25 \$ à 30 \$ alors que leurs prix coûtants sont de 3,4 ¢ par goutte et 2,01 \$ par ampoule individuelle respectivement, tel qu'il appert de la pièce **R-15** et de l'expertise **R-17**;
- 5.46.7. Elle facturait aussi l'ophtalmoscopie à 75 \$, la tomographie maculaire à 50 \$ et la tomographie cornéenne à 100 \$ entre 2008 et 2010, alors que ces tests diagnostics n'ont été exclus de la couverture publique qu'en octobre 2011 avec le Décret 1088-2011, le tout tel qu'il appert de la pièce **R-15** et du Décret 1088-2011 du 26 octobre 2011, dont copie est déposée sous la cote **R-18**;

5.47. CLINIQUE O

- 5.47.1. En 2014, l'intimée Clinique O a facturé à une personne visée par le présent recours un montant de 195 \$, soit 45 \$ pour le Chlorexhydine DIN 00788422, 45 \$ pour un onguent d'erythromycine DIN 01912755, 45 \$ pour la Tetracaïne DIN 02148528, 20 \$ pour du Bicarbonate de sodium 8,4 % et 40 \$ pour 1,1 cc de Xylocaïne 2 % avec épinephrine DIN 00001821, pour un montant total de 195 \$, tel qu'il appert de la facture dont copie est déposée sous la cote **R-19**;

5.47.2. Une deuxième facture de la même date réclame 30 \$ pour des « gouttes diagnostiques pour examen ophtalmologique (fluorescéine sodique et de chlorhydrate de benoxinate (02237775) **et/ou** Diophenyl-T 5% (02023717) **et/ou** Alcaïne 0,5% (00035076), tel qu'il appert de la facture dont copie est déposée sous la cote **R-20**.

5.47.3. Or, lorsqu'elle a réclamé ces montants à son assureur, ce dernier lui a remboursé 15 \$, en faisant valoir que le régime « couvre le coût raisonnable et courant de ces médicaments », tel qu'il appert de la lettre de la Great West du 14 avril 2014, dont copie est déposée sous la cote **R-21**;

5.48. CENTRE OCULAIRE DE QUÉBEC

5.48.1. Le Centre oculaire de Québec facture des frais accessoires importants sous guise de « solutions anesthésiques et ophtalmiques topiques préparatoires », tel qu'il appert des factures, dont copies sont déposées en liasse sous la cote **R-22**;

5.48.2. Ainsi, en 2011 et 2012, la clinique facturait à plusieurs reprises un montant de 115 \$ pour la même liste de médicaments, soit : « Mydfrin Din 00465763[,] Alcaïne Din 0035076[,] Mydriacyl 1% Din 00001007[,] Erythomycin ong. DIN 01912755[,] Proviodyne 5%[,] Refresh liquigel DIN 02244650 [et] Tétracaine DIN 02148544 », tel qu'il appert de la pièce **R-22**;

5.48.3. Or, le coût de ces médicaments est respectivement de 5,4 ¢, 3,4 ¢ et 18 ¢ par goutte, 4,08 \$ par tube, 6,25 ¢ par ml, 2,64 ¢ par goutte et 2 \$ par ampoule, tel qu'il appert de l'expertise **R-17**;

5.48.4. Il est intéressant de noter qu'une facture de 2011 indique un montant de 60 \$ pour la même liste de médicaments, tel qu'il appert de la facture, dont copie est déposée sous la cote **R-23**;

5.48.5. Par ailleurs, deux factures, la facture **R-23** une facture de 2012 dont copie est déposés sous la cote **R-24**, indiquent 30 \$ et 25 \$ respectivement pour l'« Alcaïne Din 0035076 & Fluoresceine Din02148390 » et le « Gel ophtalmique Din 02242977 »;

5.48.6. Or, le coût de ces médicaments est d'environ 3,4 ¢ par goutte, 2,01 \$ par ampoule et 8,23 \$ par tube, tel qu'il appert de l'expertise **R-17**;

- 5.48.7. Par ailleurs, plusieurs autres factures de 2012 indiquent un montant de 65 \$ pour une liste similaire à celle citée plus haut, sauf que tantôt on y indique le médicament Avastin, tantôt le Lucentis, tel qu'il appert des factures dont copies sont déposées en liasse sous la cote **R-25**;
- 5.48.8. Or, dans le cas de l'Avastin, ce médicament est fourni par la clinique, alors que dans le cas du Lucentis, il est payé séparément par le patient;
- 5.48.9. Par ailleurs, avant de modifier sa pratique de facturation, le Centre oculaire de Québec facturait régulièrement ses patients pour l'injection intravitréenne de médicaments elle-même—et non les médicaments et gouttes anesthésiques—et ce depuis des années, tel qu'il appert des factures, dont copies sont déposées en liasse sous la cote **R-26**;
- 5.48.10. Cet acte est pourtant déjà prévu aux ententes sous le code 07331, à raison de 250 \$, tel qu'il appert de l'extrait du *Manuel des médecins spécialistes*, dont copie est déposée sous la cote **R-27**,
- 5.48.11. La même clinique facturait aussi des angiographies à un prix variant de 75 \$ à 85 \$ et des tomographies par cohérence optique (« OCT ») à un prix variant de 40 \$ à 60 \$, tel qu'il appert de la pièce **R-26**;
- 5.48.12. Or, ces tests diagnostics n'étaient pas exclus de la couverture sous l'article 22 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*, en date des factures. En effet, seule la tomographie de l'œil a été exclue de la couverture publique lorsqu'effectuée hors hôpital, et ce seulement en octobre 2011, avec le Décret 1088-2011, pièce **R-18**;
- 5.48.13. La même clinique a par ailleurs facturé des médicaments et agents anesthésiques bien au-delà de leur prix coûtant dans bien d'autres cas :
- 5.48.13.1. Quelques gouttes du médicament Mydriacyl 1% DIN 00001007 ont été facturés au prix de 25 \$ à 30 \$ par intervention, bien au-delà de son prix coûtant d'environ 18 ¢ par goutte, tel qu'il appert de la pièce **R-26** et de l'expertise **R-17**;
- 5.48.13.2. Quelques gouttes du médicament Alcaïne DIN 00035076 ont été facturés au prix de 30 \$, bien au-delà du prix coûtant de 3,4 ¢ par goutte, tel qu'il appert de la pièce **R-26** et de l'expertise **R-17**;

5.49. CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'OUEST ET LE DR JEAN-DANIEL ARBOUR

5.49.1. Tant la Clinique ophtalmologique de l'ouest, où pratiquait le D^r Jean-Daniel Arbour, que le médecin lui-même, facturaient 250 \$ pour le médicament Avastin, tel qu'il appert des factures, dont copies sont déposées en liasse sous la cote **R-28**;

5.50. LE DR ALAIN CHARBONNEAU

5.50.1. Le D^r Alain Charbonneau facturait l'OCT à un prix variant de 60 \$ à 90 \$, alors que ce test n'était pas exclu de la couverture publique en date des factures, le tout tel qu'il appert des factures dont copies sont déposées en liasse sous la cote **R-29** et du décret **R-18**;

5.51. CLINIQUE DOCTEUR PATRICK SAUREL ET SERVICES MÉDICAUX PATRICK SAUREL INC.

5.51.1. La Clinique docteur Patrick Saurel facturait des « gouttes ophtalmiques » en 2005 et 2006 à un prix allant de 10 \$ à 15 \$, et demandait 150 \$ pour le Fluorescéine sodique 10 %, tel qu'il appert des factures dont copies sont déposées en liasse sous la cote **R-30**, alors que le prix courant d'une quantité de 5 ml de cette substance tourne actuellement autour de 27 \$, tel qu'il sera démontré à l'audience sur le fond;

5.51.2. De même, la même clinique facturait 50 \$ pour du Kenalog, tel qu'il appert de la pièce **R-30**, alors que le prix courant avoisine les 24 ¢ par goutte, tel qu'il sera démontré à l'audience sur le fond;

5.51.3. De même, la même clinique facturait de 250 \$ à 275 \$ pour le médicament Avastin, tel qu'il appert de la pièce **R-30**;

5.51.4. La même clinique facturait 150 \$ pour des gouttes d'Alcaïne et l'injection de Xylocaïne, tel qu'il appert de la pièce **R-30**, alors que l'Alcaïne ne coûte qu'environ 3,43 ¢ par goutte, tel qu'il appert de l'expertise **R-17**, et qu'il est interdit au médecin participant au régime public de facturer pour un service médicalement nécessaire;

5.51.5. La même clinique facturait 150 \$ pour l'OCT, un test couvert, tel qu'il appert de la pièce **R-30**;

- 5.51.6. Or, la même pièce révèle que la clinique a modifié sa pratique et plutôt réclamé 50 \$ pour les « gouttes ophtalmiques pour test OCT »;
- 5.51.7. Une variation sur ce thème consistait à facturer 50 \$ pour « gouttes ophtalmiques **et** test OCT », tel qu'il appert de la même pièce;
- 5.51.8. Services médicaux Patrick Saurel Inc. facturait aussi 50 \$ pour les gouttes reliées à l'OCT, tout en indiquant plus précisément le nom des médicaments et agents anesthésiques, dont toutes ne coûtent que quelques cents par goutte, le tout tel qu'il appert de la pièce **R-30** et de l'expertise **R-17**;

5.52. OËIL SANTÉ/EYE HEALTH

- 5.52.1. La clinique Oeil santé facturait 40 \$ pour les gouttes ophtalmiques pour examen de la rétine/glaucome (DIN 00465763), alors que ce médicament, le Mydrin, ne coûte que 5,42 ¢ par goutte et 5,42 \$ par fiole de 100 gouttes, le tout tel qu'il appert des factures dont copies sont déposées en liasse sous la cote **R-31** et de l'expertise **R-17**;
- 5.52.2. Pour leur part, en 2008 et 2009, l'OCT était facturée à 100 \$, l'« injection d'Avastin » à 75 \$ et l'« Injection anesthésie locale (œil) » à 175 \$, tel qu'il appert de la pièce **R-31**, alors qu'il s'agissait de services assurés par le régime public;

5.53. DR MARINO J. DISCEPOLA

- 5.53.1. Dans une rare référence directe au *Manuel de médecins spécialistes*, le D^r Marino J. Discepola indique sur sa facture que les 30 \$ qu'il a facturés pour « les frais de pratique **et** gouttes ophtalmiques [... DIN] 00629707 [...] Flurocaine (*sic*) » réfèrerait au « règlement no.2 du Préambule Général de la RAMQ, Article 2,1 (*sic*) », tel qu'il appert de la facture dont copie est déposée sous la cote **R-32**;

5.54. CLINIQUE D'OPHTALMOLOGIE DU SAGUENAY

- 5.54.1. La Clinique d'ophtalmologie du Saguenay, alors qu'elle facturait 10 \$ pour les gouttes de Diophenyl-T DIN 02023717 et Alcaïne DIN 00035076, a augmenté la facture à 50 \$ lorsqu'y était ajouté l'OCT, le tout tel qu'il appert des factures, dont copies sont déposées en liasse sous la cote **R-**

33;

5.54.2. En 2008, elle facturait aussi 125 \$ pour la liste de médicaments et substances suivante : « Tétracaine topique (minim) (DIN 0214844)[,] Proviodyne topique (DIN 00172944)[,] Mydracyl 1% (minim) (DIN 02148536) [et] Mydrin (minim) (DIN 02148447) », tel qu'il appert de la pièce **R-33**, alors que ces substances coûtent respectivement 2 \$ par ampoule et 2,64 ¢, 18 ¢ et 5,42 ¢ par goutte, tel qu'il appert de l'expertise **R-17**;

5.55. DR PIERRE TURCOTTE

5.55.1. Le D^r Pierre Turcotte facturait les angiographies à la Fluorescéine à un prix variant de 150 \$ à 175 \$, alors que les angiographies ne sont pas exclues de la couverture publique et que la Fluorescéine coûte environ 30 ¢ la goutte, tel qu'il appert des factures dont copies sont déposées en liasse sous la cote **R-34**;

5.55.2. Dans d'autres factures, le montant de 250 \$ relié aux frais reliés à une injections intra-vitréenne d'Avastin correspondent non seulement aux médicaments, mais aussi aux produits d'« asepsie », dont le Proviodyne 10%, le « Champ stérile Medical Concepts D1020 », les « Gants stériles », les « Coton-tiges et gazes stériles », les « Seringue et aiguille », l'« Assistante (infirmière) » et la « Stérilisation du matériel : caliper Castroviejo, écarteur à paupières », le tout tel qu'il appert de la pièce **R-34**;

5.55.3. Une version ultérieure reprend essentiellement la même information, tout en précisant que les 250 \$ ne sont facturés que pour les médicaments listés, dont le coût est bien en-deçà de ce montant, tel qu'il appert de la pièce **R-34** et de l'expertise **R-17**;

5.56. RRX MÉDICALE INC.

5.56.1. La clinique RRX Médicale Inc., outre de facturer 100 \$ pour « LUCENTIS », a facturé par ailleurs pour chaque injection soumis en preuve des frais de 66,13 \$ pour des formulaires, tel qu'il appert des factures dont copies sont déposées en liasse sous la cote **R-35**;

5.56.2. Elle a par ailleurs facturé 50 \$ pour l'OCT, tout en précisant qu'il s'agit de frais pour les gouttes de Mydracyl DIN 00001007, Mydrin 2,5% DIN

00465763 et Flurox DIN 00629707, alors même que ces médicaments coûtent respectivement 18 ¢ et 5,42 ¢ par goutte et 8,23 \$ pour un tube entier de Flurox, le tout tel qu'il appert de la pièce **R-35** et l'expertise **R-17**;

5.56.3. Dans une autre facture, les mêmes médicaments ont été facturés au prix de 40 \$ à l'occasion d'un examen ophtalmologique, tel qu'il appert de la pièce **R-35**;

5.56.4. Dans d'autres factures, ont été ajoutés à ces médicaments l'Alcaïne 0,5% DIN 00035076 et une injection de Xylocaïne 2% DIN 00036641, tel qu'il appert de la pièce **R-35**, alors que le prix coûtant reste le même, et qu'il est interdit au médecin participant au régime public de facturer pour un service médicalement nécessaire;

5.56.5. Une facture indique par ailleurs 160 \$ pour une « OCT ANGIO REPEAT », sans mention d'une quelconque médication, tel qu'il appert de la pièce **R-35**;

E. RÉPONSE DES AUTORITÉS

5.57. Dans ce contexte de surfacturation illégale généralisée et hors contrôle, qui n'est pas sans rappeler la situation décrite par le gouvernement du Canada en 1983, et dont les pratiques des ophtalmologistes ci-haut mises en évidence ne sont que des illustrations, le 4 juillet 2007, le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Philippe Couillard, a mandaté :

[un] comité de travail pour 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 [LAM] (et ses règlements) et les ententes de rémunération intervenues entre ministre de la Santé et des Services sociaux et les fédérations des médecins omnipraticiens et spécialistes du Québec,

le tout tel qu'il appert de la page 1 de l'annexe IV du rapport du Comité de travail sur les frais accessoires (« CTFA »), dont copie est déposée sous la cote **R-36**;

5.58. Le comité avait comme mandat de proposer « s'il y a lieu, des modifications législatives, réglementaires ou contractuelles susceptibles de corriger la situation et de contribuer à une meilleure accessibilité », tel qu'il appert de la même page

de la pièce **R-36**;

5.59. Selon la même pièce **R-36**, à la page 1 du rapport, le ministre a mis en place ce comité suite au rapport d'une enquête qu'il a demandé à la RAMQ, qui avait conclu que :

certains médecins participant (*sic*) fournissent en cabinet privé des services assurés et exigent des personnes assurées des frais accessoires destinés à couvrir les coûts de fonctionnement de ces cliniques;

5.60. De façon significative, selon le ministre, la RAMQ lui avait indiqué que « de tels frais accessoires sont exigés en contravention avec la [*Loi sur l'assurance maladie*] », tel qu'il appert de la même pièce **R-36**, à la page 1 de l'annexe IV;

5.61. Le rapport du CTFA, déposé au MSSS le 1^{er} octobre 2007, informait celui-ci qu'il

est maintenant assez évident que la pression des coûts des fournitures, du personnel de soutien et de la technologie utilisée en cabinet privé s'est traduite par une tentative de couvrir la composante technique par le biais d'une interprétation large de la notion du médicament.

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.

[...]

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 Collège des médecins 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.

L'émission de documents de facturation volontairement incomplets limite et complique l'analyse des plaintes qui sont en augmentation constante.

Le Collège se préoccupe aussi de la facturation de certains éléments qui sont inhérents à l'organisation d'une consultation comme la prise de rendez-vous, l'ouverture, le suivi et la tenue de dossier,

le tout tel qu'il appert des sections 3.1 et 3.3 de la pièce **R-36**, à ses pages 5 et 6;

- 5.62. Or, malgré ces observations avalisées notamment par le MSSS, la RAMQ, le Collège des médecins, la Fédération des médecins omnipraticiens (« FMOQ »), et la Fédération des médecins spécialistes (« FMSQ »), ni le MSSS ni la RAMQ ne sont intervenus de façon décisive afin de faire cesser ces activités illégales;

F. RECOURS COLLECTIF DES PERSONNES ATTEINTES DE DMLA CONTRE LE MSSS, LA RAMQ, DES CLINIQUES D'OPHTALMOLOGIE ET DES OPHTALMOLOGISTES

- 5.63. Le requérant du recours collectif des personnes atteintes de DMLA, monsieur André Lavoie, a constaté que le ministre de la Santé n'a pas agi sur les constatations d'illégalités qu'il a lui-même pu faire en 2007;
- 5.64. Le 18 mai 2011, il a déposé un recours collectif au nom de « Toutes les personnes bénéficiaires du régime public d'assurance maladie du Québec qui ont déboursé une somme d'argent couvrant les frais accessoires à une injection intravitréenne de médicaments pour traiter la dégénérescence maculaire dans la province du Québec, en autant que ces frais ne correspondaient pas au coût des médicaments et agents anesthésiques utilisés. », tel qu'il appert du jugement de la Cour supérieure, dont copie est déposée sous la cote **R-37**;
- 5.65. Le 19 mai 2011, la FMSQ lance un « ultimatum » au ministre de la Santé :

Montréal, le 19 mai 2011 - La Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) interpelle le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, Yves Bolduc, en lui lançant un ultimatum de 48 heures ouvrables, afin qu'il règle, une fois pour toutes, le dossier des frais accessoires facturés par des cliniques ophtalmologiques.

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.

La Fédération estime que cette situation perdure par la seule inertie du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Les médecins spécialistes concernés par les frais accessoires, notamment les ophtalmologistes, ont accepté de donner les soins aux patients en dépit du fait que tous les coûts inhérents au traitement médical n'étaient pas pris en compte par le régime public de santé.

D'ailleurs, lors d'un point de presse tenu le 16 mars dernier, la FMSQ faisait, à nouveau, le point sur le dossier des frais accessoires facturés aux patients. La Fédération rappelait que ce dossier aurait dû et aurait pu être réglé depuis déjà quatre ans.

Le MSSS a en sa possession depuis le 1er octobre 2007 un rapport détaillé quant à la question des frais accessoires (rapport Chicoine). Ce rapport a été produit, à la demande expresse du MSSS, par un comité composé de représentants des deux fédérations médicales, du Collège des médecins du Québec, de la Régie de l'assurance maladie du Québec et du ministère. Le rapport stipulait, entre autres, que le gouvernement devait ajuster la grille de tarification afin, notamment, de tenir compte de l'évolution des technologies et des équipements, du coût des diverses composantes techniques ainsi que de l'évolution technique et scientifique de la médecine. Le rapport Chicoine dressait un certain nombre de constats et recommandait, entre autres, au gouvernement de s'attaquer de manière urgente à cette question. Or, depuis 2007, rien ne s'est passé.

« L'heure des discussions est terminée, le gouvernement doit agir maintenant pour le bien des patients. Par leur recours collectif, les patients souffrant de dégénérescence maculaire montrent qu'ils en ont assez. Si le ministre ne prend pas de décisions, les médecins spécialistes devront prendre les leurs. La source du problème de même que de la solution est définitivement au MSSS » de conclure le Dr Barrette.

tel qu'il appert du communiqué de presse, dont copie est déposée sous la cote **R-38**;

- 5.66. Le 24 mai 2011, soit six jours après le dépôt du recours collectif, une entente est intervenue entre la FMSQ et le MSSS :

Montréal, le 24 mai 2011 – Une entente est finalement intervenue entre la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux à propos des frais imposés jusqu'à maintenant aux patients souffrant de dégénérescence maculaire.

Cette entente prévoit le versement d'un tarif de 115 \$ aux ophtalmologistes afin de couvrir les frais associés à la composante technique pour l'injection intravitréenne du médicament dont : le plateau technique, l'imagerie médicale utilisée aux fins de cette injection et les gouttes anesthésiques.

« 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.

tel qu'il appert du communiqué de presse, dont copie est déposée sous la cote **R-39**;

- 5.67. L'entente prévoit notamment une rémunération additionnelle pour l'injection intravitréenne de médicament pour les personnes atteintes de DMLA et la désassurance de certains tests diagnostics en clinique d'ophtalmologie par le gouvernement, sauf pour les personnes atteintes de DMLA :

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

CONSIDÉRANT que le service d'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique dans le cadre du traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (service médical codé 07331) est actuellement dispensé autant dans les centres hospitaliers que dans les cliniques médicales des médecins spécialistes en ophtalmologie;

CONSIDÉRANT que la tarification de ce service ne prévoit toutefois pas de composante technique afin de tenir compte de tous les frais encourus par les médecins ophtalmologistes lorsque ce service est dispensé en clinique médicale, dont, notamment, les frais associés à l'équipement d'imagerie médicale utilisé à cette fin;

CONSIDÉRANT que le gouvernement entend modifier la réglementation sur l'assurance maladie afin de préciser que les examens de tomographie optique du globe oculaire et l'ophtalmoscopie confocale par balayage laser du nerf optique sont des services considérés non assurés en clinique médicale, sauf lorsque utilisés dans le cadre du service d'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique en vue du traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge;

CONSIDÉRANT que le gouvernement accepte de payer une composante technique à ce service afin de tenir compte de tous les frais encourus par les médecins ophtalmologistes lorsque ce service est dispensé en clinique médicale;

CONSIDÉRANT que le ministère de la Santé et des Services sociaux a toutefois comme objectif que le service d'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique dans le cadre du traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge soit effectué dans les centres hospitaliers;

CONSIDÉRANT la volonté du Ministère de faire en sorte que les centres hospitaliers puissent offrir complètement ce service au 1er juin 2012. En attendant d'offrir complètement ces services dans les centres hospitaliers,

ceux-ci dirigeront les patients qu'ils ne peuvent desservir aux cliniques médicales des médecins spécialistes en ophtalmologie;

CONSIDÉRANT la volonté du Ministère de revoir à ce moment la réglementation sur l'assurance maladie pour traduire cet objectif.

tel qu'il appert de l'infolettre de la RAMQ du 21 juillet 2011, dont copie est déposée sous la cote **R-40**;

- 5.68. Le 1^{er} mars 2013, la Cour supérieure entérine une transaction dans ce recours collectif qui prévoit un remboursement de près de 6 000 000 \$ aux patients lésés, un montant qui ne représente qu'une partie des frais facturés par les médecins sur une période de trois ans aux seuls patients atteints de DMLA, les médecins n'ayant rien à rembourser dans le cadre de l'entente, le tout tel qu'il appert de la pièce **R-37**;

G. PERSISTANCE DE LA PROBLÉMATIQUE POUR LES PERSONNES NON ATTEINTES DE DMLA, DONT LE REQUÉRANT

- 5.69. Le problème persistant de surfacturation illégale n'est pas un secret. En effet, il s'agit d'un problème systémique où les médecins et les cliniques trouvent des façons innovatrices pour imposer une facturation directe aux patients en contravention des lois applicables, que ce soit par les frais annuels, la double facturation du même acte ou la facturation de médicaments, d'agents anesthésiques et de substances autres bien au-delà de leur prix coûtant;
- 5.70. Or, bien que la RAMQ cherche parfois une compensation—dans les seuls cas où les patients se plaignent dans le délai imparti par la *Loi sur l'assurance maladie*—elle donne carte blanche aux médecins et aux cliniques de facturer le montant de leur choix dès lors qu'ils affirment que celui-ci se rapporte à des « médicaments et agents anesthésiques », même lorsque les factures ne sont pas claires, ou parfois même lorsqu'elles contredisent directement l'affirmation du médecin ou de la clinique concernée. Par ailleurs, même si le problème est grave et étendue, les lourdes pénalités prévues par la loi ne sont appliquées par aucune autorité, laissant ainsi les médecins et les cliniques garder tout montant illégalement facturé qui ne leur a pas été réclamé par plainte et ne leur donnant ainsi aucune raison d'arrêter la pratique, puisque la pire des conséquences à laquelle ils devront faire face est le remboursement d'une fraction des montants auxquels ils n'avaient de toute façon pas droit;

- 5.71. Les médecins, la RAMQ et les ministres de la Santé qui se succèdent en discutent ouvertement dans les médias et sur la place publique depuis des années et, outre le cas exceptionnel des personnes atteintes de DMLA, dont le traitement continue d'être gratuit suite à l'entente du 24 mai 2011, le problème reste entier pour tous les autres patients devant se faire traiter à l'extérieur de l'hôpital et payer pour des services qui devraient être gratuits;
- 5.72. Les discussions et affirmations publiques autour de cette problématique démontrent que
- (i) les médecins prétendent encore devoir défrayer des coûts administratifs et opérationnels en imposant des frais directs aux patients, ce qu'ils font notamment par le biais de la facturation de médicaments et d'agents anesthésiques (et autres produits qui ne tombent pas dans ces catégories tels que les produits d'asepsie) bien au-delà de leur prix coûtant;
 - (ii) les ministres de la Santé qui se succèdent indiquent à maintes reprises que ce problème est une priorité mais dans les faits ils tolèrent cette pratique notamment parce qu'ils ne veulent pas faire face aux médecins qui réclament à nouveau davantage de fonds;
 - (iii) la RAMQ procède de façon incohérente, en remboursant parfois des frais accessoires aux patients, parfois non, sans jamais poursuivre au pénal les contrevenants à la *Loi sur l'assurance maladie*, tout en affirmant faussement qu'elle n'a aucune compétence d'intervention dès lors qu'un médecin affirme qu'une facture a trait à des médicaments ou des agents anesthésiques; et
 - (iv) les patients sont pris en otage entre des médecins qui n'hésitent pas à se faire justice eux-mêmes et des ministres de la Santé incapables de faire face à des groupes de pression devenus trop puissants;
- 5.73. En 2007, le D^r Barrette, alors qu'il était président de la FMSQ, a admis 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, dont copie est déposée sous la cote **R-41**;

- 5.74. Il est alors sous-entendu dans les propos du D^r Barette que la loi ne permet pas la facturation pratiquée par les spécialistes;
- 5.75. À cette même époque, Philippe Couillard, alors qu'il était ministre de la Santé, mis au courant du fait que certains frais s'élevaient à 2 200 \$ pour des procédures dans certaines cliniques sous enquête par la RAMQ, a indiqué penser « que les conclusions des enquêtes menées sur les cliniques Rockland et Opmedic vont s'appliquer à toutes les cliniques », tel qu'il appert de la pièce **R-41**;
- 5.76. Selon l'enquête de la RAMQ concernant la clinique Opmedic, cette dernière aurait, par exemple, facturé à ses patients les coûts pour les pansements et la mèche-plug, ce qui serait selon la RAMQ illégal selon l'article 22 de la *Loi sur l'assurance maladie* et contreviendrait à l'entente, car n'étant pas des « médicaments [ou] agents anesthésiques », le tout tel qu'il appert du rapport d'enquête de la RAMQ du 29 mars 2007, dont copie est déposée sous la cote **R-42**;
- 5.77. Force est de constater que la promesse du ministre de la Santé à l'époque n'a pas été mise en œuvre, puisque ces pratiques ont continué de façon continue, notoire et impunie;
- 5.78. En 2010, la RAMQ décide à nouveau d'enquêter la clinique RocklandMD non pas parce qu'elle pratiquait de la surfacturation illégale en soi, mais plutôt à cause des montants en cause, tel qu'explique le porte-parole Lortie :

Vu le montant d'argent en cause, nous allons vérifier quels sont ces frais exigés par RocklandMD et quelle est la pratique de ces médecins participants au régime public qui opèrent à cette clinique. Les informations obtenues nous amènent à nous questionner. L'objectif de cette enquête est de déterminer s'il y a ou non contravention à la *Loi sur l'assurance maladie*.

tel qu'il appert d'articles de la chaîne *LCN* du 27 avril 2010 et du *Journal de Québec* du lendemain, dont copies sont déposées en liasse sous la cote **R-43**;

- 5.79. L'« infolettre » publiée en décembre 2010 par la RAMQ au sujet des frais illégaux démontre qu'elle ne veut pas s'attaquer au problème de façon systématique : bien qu'elle discute de plusieurs types d'illégalités tels les « *block fees* », de façon révélatrice, elle omet de préciser que la facturation des médicaments et des agents anesthésiques doit se limiter à leur prix coûtant, tel qu'il appert de l'infolettre, dont copie est déposée sous la cote **R-44**;

- 5.80. En 2011, le D^r Charles Bernard, président-directeur général du Collège des médecins, indique que le problème de surfacturation illégale est devenu « systémique » et « presse le gouvernement d'agir », tel qu'il appert du communiqué de presse du Collège des médecins du 15 mars 2011, dont copie est déposée sous la cote **R-45**;
- 5.81. Certains médecins, s'affirmant incapables d'accepter que le gouvernement ne paie pas pour certains appareils, comme des appareils numériques pour les mammographies, se disent alors obligés de facturer les patients, tel que l'explique un médecin spécialiste : « L'achat des deux appareils avec les installations connexes nous avait coûté environ 6 millions [...]. On devait facturer 200 \$ aux patients. Maintenant, la RAMQ paie pour la technologie [...] », tel qu'il appert de l'article du journal *La Presse*, dont copie est déposée sous la cote **R-46**;
- 5.82. La citation du médecin met en évidence le fait que la pratique de surfacturation illégale n'est pas restreinte aux ophtalmologues, mais qu'il est systémique. D'ailleurs, dans *Le Devoir* on note que la pratique se fait dans le domaine de la gastroentérologie pour des montants de plusieurs centaines de dollars, tel qu'il appert de l'article du journal *Le Devoir* du 24 novembre 2011, dont copie est déposée sous la cote **R-47**;
- 5.83. Dans le même article, madame Joncas Boudreau, l'attachée de presse du D^r Yves Bolduc, ministre de la Santé à l'époque, a indiqué que la surfacturation illégale était une « priorité », tel qu'il appert de la pièce **R-47**;
- 5.84. Dans un autre article elle expliquait que des « discussions sont en cours et il n'y a pas d'échéancier prévu. [...] La *Loi sur la santé et les services sociaux (sic)* est là pour ça [...]. C'est à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) de veiller à son respect. Dans les derniers mois, la Régie a d'ailleurs fait plusieurs rappels aux médecins, elle a aussi lancé une campagne en ligne pour aider les patients à identifier les frais illégaux », le tout tel qu'il appert de l'article du journal *Le Devoir* du 29 juin 2011, dont copie est déposée sous la cote **R-48**;
- 5.85. Marc Lortie, porte-parole de la RAMQ, indique que leur approche vis-à-vis de cette « priorité » est éducative et non punitive envers les médecins : « On veut agir en amont de manière à favoriser le respect des règles », tel qu'il appert de la pièce **R-48**;
- 5.86. En 2012, Réjean Hébert, alors ministre de la Santé, indique qu'il a « demandé à la Régie de l'assurance-maladie d'être beaucoup plus diligente, et on a va serrer la

vis ». En revanche, le ministre ne semblait pas savoir qu'il existait toujours un problème, puisqu'il « pensai[t] qu'on avait réglé le problème, mais [voyait] qu'il y a encore toutes sortes de stratégies ou de stratagèmes, même, pour faire payer aux patients des frais qui doivent être couverts par le réseau public », le tout tel qu'il appert de l'article du diffuseur Radio-Canada du 13 décembre 2012, dont copie est déposée sous la cote **R-49**;

5.87. Le 4 février 2013, le ministre Hébert indique qu'il veut « qu'on abolisse ces frais accessoires, qui commencent à devenir un moyen détourné pour demander des honoraires supplémentaires », tel qu'il appert de l'article du journal *La Presse* du 4 février 2013, dont copie est déposée sous la cote **R-50**;

5.88. Le jour suivant, le D^r Barrette, toujours président de la FMSQ, indique que la facturation des frais accessoires est une « astuce », précisant que « le 500 \$ n'est pas pour payer le médicament, mais bien pour payer tout le reste », tel qu'il appert de l'entrevue diffusée par Radio-Canada le 5 février 2013, dont l'enregistrement est déposé sous la cote **R-51**;

5.89. Le 6 février 2013, le D^r Barrette, parlant au nom de la FMSQ en réaction aux menaces du gouvernement d'abolir les frais accessoires, affirme que la conséquence serait que les médecins fermeront les portes de leurs cliniques :

Je pense que le ministre 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.

tel qu'il appert de l'article du journal *La Presse* du 6 février 2013, dont copie est déposée sous la cote **R-52**;

5.90. Le président de la FMOQ, le D^r Louis Godin, est d'accord que si les frais sont abolis,

les médecins vont arrêter d'offrir ces services-là. On est d'accord pour faire le ménage dans le dossier des frais accessoires, mais il faut qu'ils se rendent jusqu'au bout de l'exercice sans se contenter d'une mesure à la pièce.

tel qu'il appert de la pièce **R-52**;

5.91. Toujours en mars 2013, dans *Le Spécialiste*, le magazine de la FMSQ, le directeur des affaires juridiques, M^e Sylvain Bellavance, écrit en réplique aux intentions du ministre Hébert de février 2013 ce qui suit :

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.

Le médecin fait donc face au dilemme suivant : ou bien il ne dispense pas certains services en clinique médicale, ce qui nuit à l'accessibilité aux soins pour les patients, ou bien il favorise cette accessibilité en demandant aux patients de financer une partie des coûts d'opérations de la clinique, au risque de se le faire reprocher par la suite.

tel qu'il appert de l'article, dont copie est déposée sous la cote **R-53**;

5.92. En juin 2013, toujours sous la loupe des médias, le porte-parole pour le MSSS indique qu'il y a une crainte que l'offre de services dans les cliniques risque effectivement de diminuer si les frais accessoires étaient abolis et un système de remboursement des médicaments aux médecins soit utilisé pour compenser le coût assumé par les médecins pour les médicaments administrés à leurs patients, le tout tel qu'il appert de l'article du journal *Faits et Causes*, dont copie est déposée sous la cote **R-54**;

5.93. Quelques jours plus tard, une motion unanime a été adoptée par l'Assemblée nationale pour « [p]resser le ministre de la Santé et des Services sociaux de mettre fin à la pratique des frais accessoires en santé », tel qu'il appert de l'extrait du *Journal des débats* du 13 juin 2013, dont copie est déposée sous la cote **R-55**;

5.94. En janvier 2014, le D^r Barrette, parlant pour la FMSQ, répète que la pratique de facturation de frais accessoires ne vise pas seulement le coût des médicaments, puisqu'il y a « des frais d'exploitation, d'équipement. Les médecins les facturent dans les frais accessoires, car Québec n'a pas pris de décision : est-ce assuré ou non? », le tout tel qu'il appert de l'article du journal *Le Devoir* du 25 janvier 2014, dont copie est déposée sous la cote **R-56**;

- 5.95. Le porte-parole pour le ministre indique pour sa part que « [c]'est un dossier vaste et complexe. Il faut passer par des négociations avec les fédérations médicales, par la voie réglementaire aussi », tel qu'il appert de la pièce **R-56**;
- 5.96. Le 7 février 2014, Catherine Poulin, porte-parole de la RAMQ, indique que la RAMQ « a dû rembourser 1,7 million dollars en frais accessoires abusifs aux patients depuis 2010 [...] et qu'elle récupère] les sommes auprès des médecins et des cliniques. Ce processus plus long et plus complexe entraîne parfois des démarches juridiques qui se soldent par des règlements à l'amiable de nature confidentielle », tel qu'il appert de l'article du journal *Le Devoir* du 7 février 2014, dont copie est déposée sous la cote **R-57**;
- 5.97. Or ce montant est insignifiant, considérant que dans le seul dossier de la DMLA les montants en jeu pour seulement 3 ans de surfacturation illégale pour une patientèle définie se sont élevés à bien plus que 6 000 000 \$, tel qu'il appert de la pièce **R-37**. Ce faible montant, soit 1 736 283 \$, s'explique notamment par le fait que la RAMQ refuse d'intervenir lorsque le médecin indique qu'il s'agit de frais pour des médicaments et agents anesthésiques, et qu'elle n'a lancé aucune poursuite pénale à l'encontre des médecins et des cliniques fautifs;

H. FAUTES DES INTIMÉS

LE MSSS

- 5.98. Il est du devoir du MSSS d'appliquer la *Loi sur l'assurance maladie* et sa non-application systématique alors qu'il est au courant du problème depuis des années est une faute;
- 5.99. La faute du MSSS cause des dommages aux membres de ce recours collectif, entraînant ainsi sa responsabilité pour les dommages causés par son inaction fautive;

LA RAMQ

- 5.100. La RAMQ refuse systématiquement de rembourser les montants de la surfacturation illégale effectuée par les médecins et les cliniques dès lors que ceux-ci indiquent qu'il s'agit de frais relatifs à des médicaments et agents anesthésiques, aussi exorbitants soient-ils. Elle leur fait ainsi un chèque en blanc, leur indiquant comment échapper à leur contrôle et donc aux dispositions strictes de la *Loi sur l'assurance maladie*. Ainsi, dans une réponse typique, la RAMQ

affirme :

En vertu de l'article 22 de la Loi sur l'assurance maladie du Québec, les frais qui vous ont été facturés ne peuvent pas vous être remboursés. En effet, l'entente entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec stipule que le médecin en cabinet privé est en droit de vous facturer des frais pour compenser l'achat des gouttes et onguents ophtalmiques.

tel qu'il appert de la lettre de la RAMQ du 16 mars 2011, dont copie est déposée sous la cote **R-58**;

5.101. La RAMQ est d'avis que le prix des médicaments et agents anesthésiques facturés par les médecins n'est pas de son ressort. Une transcription d'une entrevue radiophonique du 24 novembre 2011 avec Marc Lortie, porte-parole de la RAMQ, rend leur position limpide :

[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 physiothérapie, 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 physiothérapie, 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, il 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.

le tout tel qu'il appert de l'entrevue de *Radio Canada*, dont l'enregistrement est déposé sous la cote **R-59**;

5.102.Or, la position de la RAMQ est absurde, puisque la surfacturation se fait justement **sous guise de** frais de médicaments et d'agents anesthésiques;

5.103.Au niveau des pouvoirs et obligations de la RAMQ, s'apercevant d'une surfacturation telle qui existe dans le présent cas, celle-ci pouvait et devait référer ces cas au directeur des poursuites criminelles et pénales (« DPCP »), pour que celui-ci entament les procédures pénales prévues à l'article 22 de la *Loi sur l'assurance maladie*, qui prévoient de 1 000 \$ à 5 000 \$ d'amende par infraction;

5.104.Ce pouvoir de transmission de dossier au DPCP est prévu en vertu du *Règlement intérieur concernant les délégations de pouvoirs et de fonctions du Conseil d'administration au Président-directeur général de la Régie de l'assurance maladie du Québec* et du document intitulé *Subdélégations de pouvoirs et de fonctions du président-directeur général au personnel de la Régie de l'assurance maladie du Québec*, dont copies sont déposées en liasse sous la cote **R-60**;

5.105.Or, suite à la question suivante envoyée à la RAMQ par le requérant :

Auriez-vous l'obligeance de m'adresser une copie de tous les dossiers qui ont été référés au Directeur des poursuites criminelles et pénales pour contravention à l'article 22 de la *Loi sur l'assurance maladie*.

La RAMQ a répondu :

La Régie de l'assurance maladie du Québec ne détient aucun document concernant votre demande puisqu'elle n'a jamais référé de dossiers au Directeur des poursuites criminelles et pénales.

le tout tel qu'il appert de la lettre de la RAMQ du 19 mars 2014, dont copie est déposée sous la cote **R-61**;

5.106.La laxité de la RAMQ dans l'application de la *Loi sur l'assurance maladie* contribue directement à la prolifération de la surfacturation illégale de frais accessoires par les médecins et les cliniques décourage notamment les demandes de remboursement et parfois même les traitements nécessaires, avec des conséquences pouvant être graves dans certains cas;

5.107.Or la RAMQ est depuis longtemps au courant des illégalités au niveau de la surfacturation sous guise de frais de médicaments et agents anesthésiques, mais elle refuse d'intervenir pour rectifier la situation en pénalisant les médecins qui contreviennent à la loi, ce qui à terme a mené à des pratiques répandues de surfacturation illégale;

LES MÉDECINS ET LES CLINIQUES

5.108. Les médecins et les cliniques contreviennent directement à la *Loi sur l'assurance maladie*, ce qui constitue une faute menant au droit de remboursement par les membres du groupe et d'un montant pour les dommages-intérêts pour troubles et inconvénients et dommages moraux, en plus de dommages punitifs, dans certains cas;

I. LE REQUÉRANT

5.109. Le requérant est atteint de glaucome;

5.110. Il s'est fait traiter plusieurs fois par l'intimée Institut du glaucome de Montréal et a dû payer des frais importants pour ce faire, tel qu'il appert des factures dont copies sont déposées en liasse sous la cote **R-62**;

5.111. Le 16 mai 2006, l'intimée lui facture 20 \$ pour le médicament Alcaïne DIN 00035076, tel qu'il appert de la pièce **R-62**;

5.112. Le même jour, l'intimée lui facture 100 \$ pour le médicament Alcaïne DIN 00035076 (« x2 ») et une tomographie rétinienne et une analyse des fibres nerveuses, tel qu'il appert de la pièce **R-62**, alors même que ces tests n'étaient pas exclus de la couverture publique;

5.113. Le 8 juin 2006, l'intimée lui facture 20 \$ pour le médicament Alcaïne DIN 00035076, tel qu'il appert de la pièce **R-62**;

5.114. Le 5 juillet 2006, l'intimée lui facture 20 \$ pour le médicament Alcaïne DIN 00035076, tel qu'il appert de la pièce **R-62**;

5.115. Le 20 septembre 2006, l'intimée lui facture 20 \$ pour le médicament Alcaïne DIN 00035076, tel qu'il appert de la pièce **R-62**. La facture comporte notamment la mention « Bilan : Frais de pratique » comme facturation possible;

5.116. Le 1^{er} août 2007, l'intimée lui facture 20 \$ pour le médicament Alcaïne DIN 00035076, tel qu'il appert de la pièce **R-62**;

5.117. Le 9 janvier 2008, l'intimée lui facture 25 \$ pour le médicament Alcaïne DIN 00035076, tel qu'il appert de la pièce **R-62**;

- 5.118. Le 5 avril 2008, l'intimée lui facture 125 \$ pour un Scan des fibres optiques GDx et une ophtalmoscopie, tel qu'il appert de la pièce **R-62**, alors même que ces tests n'étaient pas exclus de la couverture publique;
- 5.119. Le 17 juillet 2008, l'intimée lui facture 25 \$ pour les médicaments Alcaïne DIN 00035076 et Fluorescein sodium DIN 02148390, tel qu'il appert de la pièce **R-62**;
- 5.120. Le 9 février 2009, l'intimée lui facture 125 \$ pour un Scan des fibres optiques GDx et une ophtalmoscopie, tel qu'il appert de la pièce **R-62**, alors même que ces tests n'étaient pas exclus de la couverture publique;
- 5.121. Le même jour, l'intimée lui facture 25 \$ pour les médicaments Alcaïne DIN 00035076 et Fluorescein sodium DIN 02148390, tel qu'il appert de la pièce **R-62**;
- 5.122. Le 4 février 2010, l'intimée lui facture 30 \$ pour les médicaments Alcaïne DIN 00035076 et Fluorescein sodium DIN 02148390, tel qu'il appert de la pièce **R-62**;
- 5.123. Le 16 mai 2011, l'intimée lui facture 30 \$ pour les médicaments Alcaïne DIN 00035076 et Fluorescein sodium DIN 02148390, tel qu'il appert de la pièce **R-62**;
- 5.124. Le 9 septembre 2011, l'intimée lui facture 125 \$ pour un Scan des fibres optiques GDx et une ophtalmoscopie, frais pour lesquels il obtient un remboursement de la RAMQ le 20 septembre 2012, tel qu'il appert de la pièce **R-62** ainsi que de la lettre et du chèque de la RAMQ, dont copies sont déposées en liasse sous la cote **R-63**;
- 5.125. Le 12 décembre 2011, l'intimée lui facture 30 \$ pour les médicaments Alcaïne DIN 00035076 et Fluorescein sodium DIN 02148390, tel qu'il appert de la pièce **R-62**;
- 5.126. Or les montants réclamés pour les gouttes d'Alcaïne et de Fluorescein sodium sont hors proportion avec le coût de ces médicaments, dont le prix à la goutte est de respectivement 3,43 ¢ et 33,5 ¢, tel qu'il appert de l'expertise **R-17**;
- 5.127. Au total, l'intimée Institut du glaucome de Montréal Inc. a illégalement perçu du requérant un montant de 740 \$;
- 5.128. Le requérant réclame des intimés MSSS, RAMQ, et Institut du Glaucome de Montréal Inc., conjointement et solidairement, les sommes facturées et perçues par l'intimée Institut du Glaucome de Montréal Inc. qui ne sont pas prescrites ni

remboursées en date du dépôt du recours;

Les questions de fait et de droit identiques, similaires ou connexes reliant chaque membre du groupe aux intimés et que le requérant entend faire trancher par le recours collectif sont :

- 5.1. Quelle est l'interprétation à donner aux exceptions à l'interdiction de frais accessoires suivantes : « compensation pour le coût des médicaments et des agents anesthésiques utilisés » dans le *Manuel des médecins omnipraticiens*, et « compensation pour certains frais de pratique que détermine ce tarif [...] dont] les médicaments et les agents anesthésiques » dans le *Manuel des médecins spécialistes* ?
- 5.2. Les médecins et les cliniques peuvent-ils facturer à leurs patients des frais accessoires qui ne correspondent pas au coût des médicaments et agents anesthésiques utilisés, tout en indiquant que la facture couvre ces médicaments et agents anesthésiques ?
- 5.3. Cette facturation est-elle une façon déguisée de pratiquer une surfacturation interdite par la *Loi sur l'assurance maladie* ?
- 5.4. Le MSSS a-t-il manqué à ses devoirs en ne veillant pas à la bonne application de la *Loi sur l'assurance maladie*, et notamment en n'intervenant pas auprès de la RAMQ pour que celle-ci fasse respecter les dispositions de la loi, l'obligeant ainsi à rembourser tous les frais illégalement imposés aux membres du groupe, ainsi qu'un montant pour les troubles et inconvénients et dommages moraux causés et des dommages punitifs dans certains cas ?
- 5.5. La RAMQ a-t-elle manqué à son devoir d'appliquer la loi de façon uniforme et de façon à s'assurer que les médecins et les cliniques la respectent, notamment en refusant de s'enquérir de la véritable valeur des médicaments et agents anesthésiques facturés à prix exorbitants par les médecins et en omettant de leur imposer les pénalités prévues, l'obligeant ainsi à rembourser tous les frais illégalement imposés aux membres du groupe ainsi qu'un montant pour les troubles et inconvénients et dommages moraux causés et des dommages punitifs dans certains cas ?
- 5.6. Chaque membre du groupe a-t-il droit au remboursement, de la part du médecin ou de la clinique où le membre a été traité, de la RAMQ et du MSSS, conjointement et solidairement, du montant des frais qui lui ont été illégalement imposés, plus l'intérêt légal et l'indemnité additionnelle prévue à l'article 1619 du *Code civil du Québec*, et ce en date du dépôt de la requête en autorisation

d'exercer un recours collectif ?

- 5.7. Certains membres du groupe ont-ils droit au paiement, de la part du médecin, de la clinique, de la RAMQ et du MSSS, conjointement et solidairement, des dommages-intérêts pour troubles et inconvénients et pour dommages moraux, plus l'intérêt légal et l'indemnité additionnelle prévue à l'article 1619 du *Code civil du Québec*, et ce en date du dépôt de la requête en autorisation d'exercer un recours collectif ?
- 5.8. Certains membres du groupe ont-ils droit à des dommages punitifs, notamment lorsqu'ils ont arrêté leurs traitements en raison des frais accessoires illégaux ?

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

- 6.1. Déterminer le quantum de la réclamation de chacun des membres du groupe, qui variera en fonction des montants illégalement imposés, des troubles et inconvénients et des dommages moraux subis, et de la présence ou non d'une atteinte illicite et intentionnelle à la *Charte québécoise des droits et libertés*;

Il est opportun d'autoriser l'exercice d'un recours collectif pour le compte des membres du groupe;

La composition du groupe rend difficile ou peu pratique l'application des articles 59 ou 67 du *Code de procédure civile* pour les motifs suivants :

- 8.1. Sans connaître le nombre exact des membres du groupe, le requérant l'estime à plusieurs centaines de milliers, puisque dans le dossier *Lavoie*, qui ne concernait qu'une maladie, environ 10 000 personnes étaient touchées sur une période de trois ans, tel qu'il appert de la pièce **R-37**, au paragraphe 41 du jugement, et qu'il y a de nombreux médecins qui opèrent dans des cliniques;
- 8.2. Le requérant ignore l'identité de tous les membres du groupe;
- 8.3. Dans ces circonstances il est difficile, voire impossible, d'obtenir un mandat de chacun des membres du groupe et de tous les joindre dans une même action;
- 8.4. Par ailleurs, le montant de la réclamation individuelle de certains membres du groupe étant modique, de nombreuses personnes hésiteraient à tenter un recours individuel contre les intimés;

- 8.5. Partant, le recours collectif est la seule procédure appropriée afin que les membres du groupe puissent effectivement faire valoir leurs droits respectifs et avoir accès à la justice;

La nature du recours que le requérant entend exercer pour le compte des membres du groupe est :

- 9.1. Une action en responsabilité civile basée sur le *Code civil du Québec* et une action en dommages punitifs basée sur la *Charte québécoise des droits et libertés*;

Les conclusions que le requérant recherche contre les intimés sont :

- 10.1. **ACCUEILLIR** l'action en recours collectif du représentant et des membres du groupe contre les intimés;
- 10.2. **CONDAMNER** les médecins et les cliniques à rembourser à leurs patients qui sont membres du groupe le montant illégalement imposé, l'intérêt légal et l'indemnité additionnelle prévue au *Code civil du Québec* et **ORDONNER** le recouvrement collectif de ces sommes, les intérêts courant à partir de la date de signification de la requête pour autorisation d'exercer un recours collectif;
- 10.3. **CONDAMNER** les médecins et les cliniques à rembourser à leurs patients qui sont membres du groupe, le cas échéant, les dommages-intérêts pour troubles et inconvénients et pour dommages moraux, l'intérêt légal et l'indemnité additionnelle prévue au *Code civil du Québec* et **ORDONNER** le recouvrement collectif de ces sommes, les intérêts courant à partir de la date de signification de la requête pour autorisation d'exercer un recours collectif;
- 10.4. **CONDAMNER** la RAMQ et le MSSS, conjointement et solidairement avec les médecins et les cliniques, à rembourser à chacun des membres du groupe le montant illégalement imposé, l'intérêt légal et l'indemnité additionnelle prévue au *Code civil du Québec* et **ORDONNER** le recouvrement collectif de ces sommes, les intérêts courant à partir de la date de signification de la requête pour autorisation d'exercer un recours collectif;
- 10.5. **CONDAMNER** la RAMQ et le MSSS, conjointement et solidairement avec les médecins et les cliniques, à rembourser aux membres du groupe, le cas échéant, les dommages-intérêts pour troubles et inconvénients et pour dommages moraux, l'intérêt légal et l'indemnité additionnelle prévue au *Code civil du Québec* et **ORDONNER** le recouvrement collectif de ces sommes, les intérêts courant à

partir de la date de signification de la requête pour autorisation d'exercer un recours collectif;

- 10.6. **CONDAMNER** les médecins et les cliniques, la RAMQ et le MSSS à des dommages punitifs le cas échéant et **ORDONNER** le recouvrement collectif de ces sommes;
- 10.7. **ORDONNER** aux intimés, 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;
- 10.8. **PRENDRE** toute autre mesure que le Tribunal estime nécessaire pour sauvegarder les droits des parties;
- 10.9. **LE TOUT** avec dépens y compris les frais d'experts et d'avis;

Le requérant demande que le statut de représentant lui soit attribué;

Le requérant est en mesure d'assurer une représentation adéquate des membres du groupe qu'elle entend représenter, le tout pour les raisons suivantes :

- 12.1. Le requérant est membre du groupe;
- 12.2. Il est ingénieur de profession et il est atteint du glaucome;
- 12.3. L'intimée Institut du Glaucome de Montréal Inc. lui a imposé une surfacturation illégale en marge de ses traitements du glaucome;
- 12.4. Il est disposé à gérer le présent recours collectif dans l'intérêt des membres du groupe qu'il entend représenter et il est déterminé à mener à terme le présent dossier, le tout au bénéfice de tous les membres du groupe;
- 12.5. Il a compris les tenants et aboutissants de son rôle de représentant dans le cadre du recours collectif et il est au courant du temps qu'il devra consacrer au recours et de ses devoirs envers les autres membres du groupe;
- 12.6. Il s'est engagé à collaborer avec ses procureurs et à y consacrer le temps nécessaire, notamment en se présentant devant la Cour supérieure lors des audiences et en faisant une demande de financement au Fonds d'aide aux recours collectifs;

- 12.7. Il a la capacité et l'intérêt pour représenter adéquatement tous les membres du groupe;
- 12.8. Il a donné mandat à ses procureurs d'obtenir tous les renseignements pertinents au présent litige et a l'intention de se tenir informé des développements du recours;
- 12.9. Il a notamment donné mandat à ses 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;
- 12.10. Il a par ailleurs fait plusieurs démarches auprès de la RAMQ, dont notamment une demande d'accès à l'information qui a fourni de précieuses informations en vue du lancement du présent recours;
- 12.11. Il a assisté à de multiples réunions préparatoires depuis qu'il a contacté ses procureurs au début de 2013 en vue de lancer un recours collectif afin de mettre fin aux pratiques de surfacturation au Québec;
- 12.12. Il a lu plusieurs centaines de pages de documentation sur la question de la surfacturation;
- 12.13. Il est aux faits de plusieurs groupes qui militent contre la surfacturation, est en contact avec une coalition de personnes opposée à ces pratiques illégales et a l'intention de participer à un mouvement plus large concernant cet enjeu primordial;
- 12.14. Avec l'assistance de ses procureurs, il est disposé 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;
- 12.15. Le requérant est de bonne foi et entreprend ce recours collectif 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;

Le requérant propose que le recours collectif soit exercé devant la Cour supérieure siégeant dans le district de Montréal, pour les raisons suivantes :

- 13.1. Il réside dans le district de Montréal et les procureurs à qui le requérant a confié le présent recours collectif ont leur cabinet dans le district de Montréal, où ils

exercent leur profession;

13.2. Les cliniques poursuivies se situent dans le district judiciaire de Montréal et on peut raisonnablement prévoir que le plus grand nombre de médecins et cliniques fautifs s'y trouveront aussi;

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

POUR CES MOTIFS, PLAISE AU TRIBUNAL :

ACCUEILLIR la présente requête pour autorisation d'exercer un recours collectif;

AUTORISER l'exercice du recours collectif ci-après :

Une action en responsabilité civile basée sur le *Code civil du Québec* et une action en dommages punitifs basée sur la *Charte québécoise des droits et libertés*;

ATTRIBUER à **PHILIPPE LÉVEILLÉ** le statut de représentant aux fins d'exercer ledit recours collectif pour le compte du groupe ci-après décrit :

« Toutes les personnes bénéficiaires du régime public d'assurance maladie du Québec qui ont déboursé une somme d'argent suite à une surfacturation de la part d'un médecin ou d'une clinique sous guise de frais payés pour des médicaments et agents anesthésiques administrés à l'occasion d'un acte assuré. »;

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

Quelle est l'interprétation à donner aux exceptions à l'interdiction de frais accessoires suivantes : « compensation pour le coût des médicaments et des agents anesthésiques utilisés » dans le *Manuel des médecins omnipraticiens*, et « compensation pour certains frais de pratique que détermine ce tarif [... dont] les médicaments et les agents anesthésiques » dans le *Manuel des médecins spécialistes* ?

Les médecins et les cliniques peuvent-ils facturer à leurs patients des frais accessoires qui ne correspondent pas au coût des médicaments et agents anesthésiques utilisés, tout en indiquant que la facture couvre ces médicaments et agents anesthésiques ?

Cette facturation est-elle une façon déguisée de pratiquer une surfacturation interdite par la *Loi sur l'assurance maladie* ?

Le MSSS a-t-il manqué à ses devoirs en ne veillant pas à la bonne application de la Loi sur l'assurance maladie, et notamment en n'intervenant pas auprès de la RAMQ pour que celle-ci fasse respecter les dispositions de la loi, l'obligeant ainsi à rembourser tous les frais illégalement imposés aux membres du groupe, ainsi qu'un montant pour les troubles et inconvénients et dommages moraux causés et des dommages punitifs dans certains cas ?

La RAMQ a-t-elle manqué à son devoir d'appliquer la loi de façon uniforme et de façon à s'assurer que les médecins et les cliniques la respectent, notamment en refusant de s'enquérir de la véritable valeur des médicaments et agents anesthésiques facturés à prix exorbitants par les médecins et en omettant de leur imposer les pénalités prévues, l'obligeant ainsi à rembourser tous les frais illégalement imposés aux membres du groupe ainsi qu'un montant pour les troubles et inconvénients et dommages moraux causés et des dommages punitifs dans certains cas ?

Chaque membre du groupe a-t-il droit au remboursement, de la part du médecin ou de la clinique où le membre a été traité, de la RAMQ et du MSSS, conjointement et solidairement, du montant des frais qui lui ont été illégalement imposés, plus l'intérêt légal et l'indemnité additionnelle prévue à l'article 1619 du *Code civil du Québec*, et ce en date du dépôt de la requête en autorisation d'exercer un recours collectif ?

Certains membres du groupe ont-ils droit au paiement, de la part du médecin, de la clinique, de la RAMQ et du MSSS, conjointement et solidairement, des dommages-intérêts pour troubles et inconvénients et pour dommages moraux, plus l'intérêt légal et l'indemnité additionnelle prévue à l'article 1619 du *Code civil du Québec*, et ce en date du dépôt de la requête en autorisation d'exercer un recours collectif ?

Certains membres du groupe ont-ils droit à des dommages punitifs, notamment lorsqu'ils ont arrêté leurs traitements en raison des frais accessoires illégaux ?

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

ACCUEILLIR l'action en recours collectif du représentant et des membres du groupe contre les intimés;

CONDAMNER les médecins et les cliniques à rembourser à leurs patients qui sont membres du groupe le montant illégalement imposé, l'intérêt légal et l'indemnité additionnelle prévue au *Code civil du Québec* et

ORDONNER le recouvrement collectif de ces sommes, les intérêts courant à partir de la date de signification de la requête pour autorisation d'exercer un recours collectif;

CONDAMNER les médecins et les cliniques à rembourser à leurs patients qui sont membres du groupe, le cas échéant, les dommages-intérêts pour troubles et inconvénients et pour dommages moraux, l'intérêt légal et l'indemnité additionnelle prévue au *Code civil du Québec* et **ORDONNER** le recouvrement collectif de ces sommes, les intérêts courant à partir de la date de signification de la requête pour autorisation d'exercer un recours collectif;

CONDAMNER la RAMQ et le MSSS, conjointement et solidairement avec les médecins et les cliniques, à rembourser à chacun des membres du groupe le montant illégalement imposé, l'intérêt légal et l'indemnité additionnelle prévue au *Code civil du Québec* et **ORDONNER** le recouvrement collectif de ces sommes, les intérêts courant à partir de la date de signification de la requête pour autorisation d'exercer un recours collectif;

CONDAMNER la RAMQ et le MSSS, conjointement et solidairement avec les médecins et les cliniques, à rembourser aux membres du groupe, le cas échéant, les dommages-intérêts pour troubles et inconvénients et pour dommages moraux, l'intérêt légal et l'indemnité additionnelle prévue au *Code civil du Québec* et **ORDONNER** le recouvrement collectif de ces sommes, les intérêts courant à partir de la date de signification de la requête pour autorisation d'exercer un recours collectif;

CONDAMNER les médecins et les cliniques, la RAMQ et le MSSS à des dommages punitifs le cas échéant et **ORDONNER** le recouvrement collectif de ces sommes;

ORDONNER aux intimés, 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;

DÉCLARER qu'à moins d'exclusion, les membres du groupe seront liés par tout jugement à intervenir sur le recours collectif 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 de l'Avis aux membres rédigé selon les termes indiqués ci-après, le tout dans les soixante (60) jours du jugement à intervenir sur la présente requête dans les quotidiens à déterminer par le Juge;

RÉFÉRER le dossier au Juge en chef pour détermination du district dans lequel le recours collectif devra être exercé et désignation du Juge pour l'entendre;

ORDONNER au Greffier de cette Cour, pour le cas où le recours doit être exercé dans un autre district, de transmettre le dossier dès décision du Juge en chef, au Greffier de cet autre district;

LE TOUT AVEC DÉPENS, y compris les frais d'avis.

Montréal, le 15 mai 2014



GRENIER VERBAUWHEDE AVOCATS INC.
Procureurs du requérant

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

(Recours collectifs)
COUR SUPÉRIEURE

PHILIPPE LÉVEILLÉ

requérant

c.

LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC,
agissant pour le ministre de la Santé et des
Services sociaux

et

**LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU
QUÉBEC**

et

**INSTITUT DU GLAUCOME DE MONTRÉAL
INC.**

et

**CLINIQUE O, CHIRURGIE PLASTIQUE ET
ESTHÉTIQUE DE L'OEIL INC.**

intimés

AVIS DE PRÉSENTATION

PRENEZ AVIS que la présente *Requête pour autorisation d'exercer un recours collectif* sera présentée pour adjudication devant la Cour supérieure du district de Montréal siégeant en division de pratique dans la salle et à l'heure qui seront déterminées par le juge coordonnateur de la chambre des recours collectifs, au palais de justice de Montréal, sis au 1, rue Notre-Dame Est, Montréal, Québec, Canada.

VEUILLEZ AGIR EN CONSÉQUENCE.

Montréal, le 15 mai 2014



GRENIER VERBAUWHEDE AVOCATS INC.
Procureurs du requérant

C A N A D A
PROVINCE DE QUÉBEC
DISTRICT DE MONTRÉAL
N° 500-06-000695-144

(Recours collectifs)
COUR SUPÉRIEURE

PHILIPPE LÉVEILLÉ

requérant

c.

LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC

et

**LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE
DU QUÉBEC**

et

**INSTITUT DU GLAUCOME DE MONTRÉAL
INC.**

et

**CLINIQUE O, CHIRURGIE PLASTIQUE ET
ESTHÉTIQUE DE L'OEIL INC.**

intimés

LISTE DES PIÈCES

- R-1** Sélection de procès-verbaux du Conseil exécutif du 30 juin au 13 octobre 1970;
- R-2** Bill 8 du 10 mars 1970;
- R-3** Éditorial du secrétaire général de l'Association médicale canadienne du 9 mai 1970;
- R-4** Mémoire de Claude Castonguay, ministre de la Santé, du 17 juin 1970;
- R-5** Bill 8 du 28 juin 1970;
- R-6** *Loi de l'assurance-maladie* du 17 juillet 1970;
- R-7** Extrait du *Journal des débats* de la Commission permanente de la Santé du 2 octobre 1970;
- R-8** *Loi modifiant la Loi de l'assurance-maladie* du 16 octobre 1970;
- R-9** Extrait du livre de Monique Bégin, *L'assurance-santé : Plaidoyer pour le modèle canadien*, Montréal, Édition du Boréal Express, 1987;

- R-10** Texte du Gouvernement du Canada, *Pour une assurance-santé universelle : La politique du Gouvernement du Canada*, Ottawa, Ministre des Approvisionnement et Services Canada, 1983;
- R-11** *Loi canadienne sur la santé*, L.R.C. (1985), ch. C-6;
- R-12** Extrait du *Manuel des médecins omnipraticiens*;
- R-13** Extrait du *Manuel des médecins spécialistes*;
- R-14** Réponses aux questions générales et particulières soumises par la RAMQ lors de L'Étude des crédits 2012-2013 devant la Commission de la santé et des services sociaux;
- R-15** Reçues émises par l'Institute du glaucome de Montréal, en liasse;
- R-16** Extrait du texte *Les médicaments antiangiogéniques dans le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge : enjeux associés à leur utilisation dans le contexte québécois*, INESSS, janvier 2012;
- R-17** Expertise du pharmacien Laurent Tétreault du 9 mai 2014;
- R-18** Décret 1088-2011 du 26 octobre 2011;
- R-19** Facture émise par la Clinique O, pour un montant de 195 \$;
- R-20** Facture émise par la Clinique O, pour un montant de 30 \$;
- R-21** Lettre de la compagnie d'assurance Great West en date du 14 avril 2014;
- R-22** Factures émises par le Centre oculaire de Québec, en liasse;
- R-23** Facture émise par le Centre oculaire de Québec;
- R-24** Facture émise par le Centre oculaire de Québec;
- R-25** Factures émises par le Centre oculaire de Québec, en liasse;
- R-26** Factures émises par le Centre oculaire de Québec, en liasse;
- R-27** Extrait du *Manuel des médecins spécialistes*;
- R-28** Factures émises par la Clinique ophtalmologique de l'Ouest et du Dr. Jean-Daniel Arbour;
- R-29** Factures émises par le Dr. Alain Charbonneau;
- R-30** Factures émises par le Dr. Patrick Saurel;
- R-31** Factures émises par la Clinique œil santé;
- R-32** Facture émis par le Dr. Marino J. Discepola;
- R-33** Factures émises par la Clinique d'ophtalmologie du Saguenay;
- R-34** Factures émises par le Dr. Pierre Turcotte;
- R-35** Factures émises par RRX médicale Inc.;
- R-36** Rapport du Comité de travail sur les frais accessoires (Rapport Chicoine)
- R-37** *Lavoie c. Régie de l'assurance maladie du Québec et al.*, 2013 QCCS 866 (CanLII)
- R-38** Communiqué de presse de la FMSQ du 19 mai 2011;
- R-39** Communiqué de presse de la FMSQ du 24 mai 2011;
- R-40** Infolettre de la RAMQ du 21 juillet 2011;
- R-41** Article du journal *La Presse* du 22 mars 2007;
- R-42** Rapport d'enquête sur OPMEDIC de la RAMQ du 29 mars 2007
- R-43** Articles de la chaîne *LCN* du 27 avril 2010 et du *Journal de Québec* du 28 avril 2010;
- R-44** Infolettre de la RAMQ du 21 décembre 2010;

- R-45** Communiqué de presse du Collège des médecins du Québec du 15 mars 2011;
- R-46** Article du journal *La Presse* du 15 mars 2011;
- R-47** Article du journal *Le Devoir* du 24 novembre 2011;
- R-48** Article du journal *Le Devoir* du 29 juin 2011;
- R-49** Article sur le site web de Radio Canada du 13 décembre 2012;
- R-50** Article du journal *La Presse* du 4 février 2013;
- R-51** Enregistrement de l'entrevue de Radio Canada du 5 février 2013;
- R-52** Article du journal *La Presse* du 6 février 2013;
- R-53** Extrait du magazine de la FMSQ, *Le Spécialiste*, de mars 2013;
- R-54** Article du journal *Faits et causes* du 10 juin 2013;
- R-55** Extraits du *Journal des débats* de 15 juin 2013;
- R-56** Article du journal *Le Devoir* du 25 janvier 2014;
- R-57** Article du journal *Le Devoir* du 7 février 2014;
- R-58** Lettre de la RAMQ en date du 16 mars 2011;
- R-59** Enregistrement de l'entrevue de Radio Canada du 24 novembre 2011;
- R-60** *Règlement intérieur concernant les délégations de pouvoirs et de fonctions du Conseil d'administration au Président-directeur général de la Régie de l'assurance maladie du Québec et Subdélégations du pouvoir et de fonctions du président-directeur général au personnel de la Régie de l'assurance maladie du Québec*
- R-61** Lettre de la RAMQ du 19 mars 2014
- R-62** Factures émises au requérant par l'intimée Institut du glaucome de Montréal Inc.;
- R-63** Lettre et chèque de la RAMQ du 20 septembre 2012.

Montréal, le 15 mai 2014

(s) GRENIER VERBAUWHEDE AVOCATS INC.

GRENIER VERBAUWHEDE AVOCATS INC.
Procureurs du requérant

C A N A D A
PROVINCE DE QUÉBEC
DISTRICT DE MONTRÉAL
N° 500-06-000695-144

(Recours collectifs)
COUR SUPÉRIEURE

PHILIPPE LÉVEILLÉ

requérant

C.

LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC

et

**LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE
DU QUÉBEC**

et

**INSTITUT DU GLAUCOME DE MONTRÉAL
INC.**

et

**CLINIQUE O, CHIRURGIE PLASTIQUE ET
ESTHÉTIQUE DE L'OEIL INC.**

intimés

AVIS AUX MEMBRES

1. PRENEZ AVIS que l'exercice d'un recours collectif a été autorisé pour le compte le compte du groupe décrit ci-après, savoir :

« Toutes les personnes bénéficiaires du régime public d'assurance maladie du Québec qui ont déboursé une somme d'argent suite à une surfacturation illégale de la part d'un médecin ou d'une clinique sous guise de frais payés pour des médicaments et agents anesthésiques administrés à l'occasion d'un acte assuré. »;

2. Le juge en chef a décrété que le recours collectif autorisé par ledit jugement sera exercé devant [] dans le district de []. L'adresse du demandeur est comme ci-dessous :

Philippe LÉVEILLÉ,

Les adresses des défendeurs sont :

LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC, 1, rue Notre-Dame est, 8^e étage,
Montréal (Québec) H2Y 1B6

LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, 425, boulevard de
Maisonneuve Ouest, bureau 300, Montréal (Québec) H3A 3G5

INSTITUT DU GLAUCOME DE MONTRÉAL INC., 4135 rue de Rouen, Montréal
(Québec) H1V 1G5

CLINIQUE O, CHIRURGIE PLASTIQUE ET ESTHÉTIQUE DE L'OEIL INC., 4845
rue Saint-Denis, Montréal (Québec) H2J 2L7

Le statut de représentant pour l'exercice du recours collectif a été attribué à
Philippe LÉVEILLÉ, domicilié et résident au

3. Le groupe est représenté par :

GRENIER VERBAUWHEDE AVOCATS
Att. Maître Bruno GRENIER
Par courriel : info@surfacturation.ca
Internet : www.surfacturation.ca
Par téléphone : 1 866-866-5599
Par télécopieur : 514 866-3151
5225 Berri, bureau 304, Montréal (Québec) H2J 2S4

4. Les principales questions de fait ou de droit qui seront traitées collectivement sont les suivantes :

Quelle est l'interprétation à donner aux exceptions à l'interdiction de frais accessoires suivantes : « compensation pour le coût des médicaments et des agents anesthésiques utilisés » dans le *Manuel des médecins omnipraticiens*, et « compensation pour certains frais de pratique que détermine ce tarif [... dont] les médicaments et les agents anesthésiques » dans le *Manuel des médecins spécialistes* ?

Les médecins et les cliniques peuvent-ils facturer à leurs patients des frais accessoires qui ne correspondent pas au coût des médicaments et agents anesthésiques utilisés, tout en indiquant que la facture couvre ces médicaments et agents anesthésiques ?

Cette facturation est-elle une façon déguisée de pratiquer une surfacturation interdite par la *Loi sur l'assurance maladie* ?

Le MSSS a-t-il manqué à ses devoirs en ne veillant pas à la bonne application de la *Loi sur l'assurance maladie*, et notamment en n'intervenant pas auprès de la RAMQ pour que celle-ci fasse respecter les dispositions de la loi, l'obligeant ainsi à rembourser tous les frais illégalement imposés aux membres du groupe, ainsi qu'un montant pour les troubles et inconvénients et dommages moraux causés et des dommages punitifs dans certains cas ?

La RAMQ a-t-elle manqué à son devoir d'appliquer la loi de façon uniforme et de façon à s'assurer que les médecins et les cliniques la respectent, notamment en refusant de s'enquérir de la véritable valeur des médicaments et agents anesthésiques facturés à prix exorbitants par les médecins et en omettant de leur imposer les pénalités prévues, l'obligeant ainsi à rembourser tous les frais illégalement imposés aux membres du groupe ainsi qu'un montant pour les troubles et inconvénients et dommages moraux causés et des dommages punitifs dans certains cas ?

Chaque membre du groupe a-t-il droit au remboursement, de la part du médecin ou de la clinique où le membre a été traité, de la RAMQ et du MSSS, conjointement et solidairement, du montant des frais qui lui ont été illégalement imposés, plus l'intérêt légal et l'indemnité additionnelle prévue à l'article 1619 du *Code civil du Québec*, et ce en date du dépôt de la requête en autorisation d'exercer un recours collectif ?

Certains membres du groupe ont-ils droit au paiement, de la part du médecin, de la clinique, de la RAMQ et du MSSS, conjointement et solidairement, des dommages-intérêts pour troubles et inconvénients et pour dommages moraux, plus l'intérêt légal et l'indemnité additionnelle prévue à l'article 1619 du *Code civil du Québec*, et ce en date du dépôt de la requête en autorisation d'exercer un recours collectif ?

Certains membres du groupe ont-ils droit à des dommages punitifs, notamment lorsqu'ils ont arrêté leurs traitements en raison des frais accessoires illégaux ?

5. Les conclusions recherchées qui se rattachent à ces questions sont les suivantes :

ACCUEILLIR l'action en recours collectif du représentant et des membres du groupe contre les intimés;

CONDAMNER les médecins et les cliniques à rembourser à leurs patients

qui sont membres du groupe le montant illégalement imposé, l'intérêt légal et l'indemnité additionnelle prévue au *Code civil du Québec* et **ORDONNER** le recouvrement collectif de ces sommes, les intérêts courant à partir de la date de signification de la requête pour autorisation d'exercer un recours collectif;

CONDAMNER les médecins et les cliniques à rembourser à leurs patients qui sont membres du groupe, le cas échéant, les dommages-intérêts pour troubles et inconvénients et pour dommages moraux, l'intérêt légal et l'indemnité additionnelle prévue au *Code civil du Québec* et **ORDONNER** le recouvrement collectif de ces sommes, les intérêts courant à partir de la date de signification de la requête pour autorisation d'exercer un recours collectif;

CONDAMNER la RAMQ et le MSSS, conjointement et solidairement avec les médecins et les cliniques, à rembourser à chacun des membres du groupe le montant illégalement imposé, l'intérêt légal et l'indemnité additionnelle prévue au *Code civil du Québec* et **ORDONNER** le recouvrement collectif de ces sommes, les intérêts courant à partir de la date de signification de la requête pour autorisation d'exercer un recours collectif;

CONDAMNER la RAMQ et le MSSS, conjointement et solidairement avec les médecins et les cliniques, à rembourser aux membres du groupe, le cas échéant, les dommages-intérêts pour troubles et inconvénients et pour dommages moraux, l'intérêt légal et l'indemnité additionnelle prévue au *Code civil du Québec* et **ORDONNER** le recouvrement collectif de ces sommes, les intérêts courant à partir de la date de signification de la requête pour autorisation d'exercer un recours collectif;

CONDAMNER les médecins et les cliniques, la RAMQ et le MSSS à des dommages punitifs le cas échéant et **ORDONNER** le recouvrement collectif de ces sommes;

ORDONNER aux intimés, 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;

6. Le recours collectif à être exercé par le représentant pour le compte des membres du groupe consistera en une action en responsabilité civile avec dommages-intérêts, dommages-intérêts pour troubles et inconvénients et dommages moraux et punitifs basée sur le *Code civil du Québec* et la *Charte des droits et libertés de la personne*.
7. Tout membre faisant partie du groupe, qui ne s'en sera pas exclu de la façon indiquée ci-après, sera lié par tout jugement à intervenir sur le recours collectif.
8. La date après laquelle un membre ne pourra plus s'exclure (sauf permission spéciale) a été fixée au [].
9. Un membre, qui n'a pas déjà formé de demande personnelle, peut s'exclure du groupe en avisant le greffier de la Cour supérieure du district de [] par courrier recommandé ou certifié avant l'expiration du délai d'exclusion.
10. Tout membre du groupe qui a formé une demande dont disposerait le jugement final sur le recours collectif est réputé s'exclure du groupe s'il ne se désiste pas de sa demande avant l'expiration du délai d'exclusion.
11. Un membre du groupe autre qu'un représentant ou un intervenant ne peut être appelé à payer les dépens du recours collectif.
12. Un membre peut faire recevoir par la Cour son intervention si celle-ci est considérée utile au groupe. Un membre intervenant est tenu de se soumettre à un interrogatoire préalable à la demande de la défenderesse. Un membre qui n'intervient pas au recours collectif ne peut être soumis à l'interrogatoire préalable que si le Tribunal le considère nécessaire.