

C A N A D A
PROVINCE DE QUÉBEC
DISTRICT DE MONTRÉAL
N^o

500-06-000793-162

(Actions collectives)
COUR SUPÉRIEURE

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

requérant

c.

LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC,
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

RADIOLOGIE P.B. INC., personne morale
dûment incorporée ayant son siège social au
3090 chemin de Chambly, bureau 102, dans
la ville de Longueuil, district de Longueuil,
province de Québec, J4L 4N5

et

**CLINIQUE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE P.
BOUCHER**, personne morale dûment
incorporée ayant son siège social au 601 rue
Adoncour, bureau 103, dans la ville de
Longueuil, district de Longueuil, province de
Québec, J4G 2M6

et

**INSTITUT DE CHIRURGIE SPÉCIALISÉE
DE MONTRÉAL INC.**, personne morale
dûment incorporée faisant affaires sous le
nom « Clinique d'endoscopie digestive HD-
Sanctuaire », ayant son siège social au 6100,
av. du Boisé, bureau 112, dans la ville de
Montréal, district judiciaire de Montréal,
province de Québec H3S 2W1

intimés

**REQUÊTE POUR AUTORISATION
D'EXERCER UNE ACTION COLLECTIVE**
(Article 574 et suivants *C.p.c.*)

AU SOUTIEN DE SA DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCER UNE ACTION
COLLECTIVE, LE REQUÉRANT EXPOSE RESPECTUEUSEMENT CE QUI SUIT :

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

1. « Toutes les personnes bénéficiaires du régime public d'assurance maladie du
Québec qui ont déboursé une somme d'argent, réclamée ou reçue directement ou
indirectement par un médecin ou un optométriste qui est soumis à l'application
d'une entente en vertu de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie*, pour :

- un service assuré; ou
- des frais engagés aux fins de la dispensation de services assurés;

ou qui ont reporté ou arrêté une intervention prévue après avoir été informées des
frais qui leurs seraient imposés.

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

Sont aussi exclus les personnes dont les seuls frais réclamés ou reçus l'ont été
pour compenser le prix coûtant d'une fourniture dont les ententes permettent
explicitement la facturation aux patients ».

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

A. INTRODUCTION

2. La présente requête est intentée par le requérant afin qu'il puisse représenter les personnes qui ont été victimes de facturation illégale de la part de médecins ou d'optométristes pour un service assuré ou pour des frais, fournitures ou services accessoires à un tel service.
3. Elle ne vise pas les frais dont la facture indique qu'ils sont imposés pour des médicaments ou des agents anesthésiques, car ces frais font l'objet d'une autre action collective dans le dossier de Philippe Léveillé (500-06-000695-144).
4. La pratique reprochée aux intimés consiste à facturer un montant au patient pour un service qui est déjà couvert par une entente avec le régime public d'assurance maladie.
5. La requête vise la restitution de ces montants ou le versement de dommages-intérêts équivalant aux frais imposés, ainsi qu'un dédommagement pour troubles et inconvénients et dommages moraux et des dommages punitifs dans certains cas.
6. Elle est intentée contre les médecins et optométristes pour lesquels le requérant obtiendra la preuve de facturation illégale et la liste des intimés sera prolongée au fur et à mesure que cette preuve lui devient accessible.
7. Elle est aussi intentée contre le gouvernement du Québec, le ministre de la Santé et des Services sociaux (« MSSS ») et la Régie de l'assurance maladie du Québec (« Régie »), qui tolèrent, voire encouragent, ces pratiques illégales alors qu'ils reconnaissent ouvertement leur existence depuis des années.
8. En effet, l'inaction, voire l'encouragement, de la part du gouvernement, du MSSS et de la Régie à la *Loi sur l'assurance maladie* depuis de nombreuses années, a permis à ces pratiques illégales de se développer dans l'impunité, ce qui, au même titre que la facturation illégale elle-même par les professionnels et cliniques intimés, cause d'importants dommages aux patients.
9. La gratuité est au cœur du régime légal d'assurance maladie au Québec. En effet, le principe fondamental selon lequel tout service assuré est gratuit pour les patients est en place depuis le début du régime et a été renforcé à plusieurs reprises. Les exceptions à cette règle sont extrêmement rares – elles se limitent en effet au coût de médicaments, d'agents anesthésiques, de stérilets et d'implants Essure pour certains spécialistes – et ce n'est qu'à cause de leur non-respect que la facturation aux patients est maintenant si répandue.

10. La désassurance de certains actes diagnostiques en clinique privée a ajouté de la confusion au système, mais cette désassurance, soit quelques paragraphes de l'article 22 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*, est encore très limitée et ne justifie aucunement la généralisation actuelle des frais aux patients.

B. HISTORIQUE LÉGISLATIF

11. Depuis la toute première version de la *Loi sur l'assurance maladie* (« *LAM* »), la facturation directe à un patient par un professionnel de la santé pour des services assurés est strictement prohibée.
12. L'historique législatif de cette loi a déjà été exposé de façon exhaustive dans la requête pour autorisation dans le dossier 500-06-000695-144, dont la dernière version et ses pièces sont déposées en liasse sous la cote **R-1**.
13. Nous en résumons les points saillants ci-après :
 - a. La *LAM* de 1970 prévoyait qu'un professionnel de la santé « ne peut exiger ni recevoir pour [des services assurés] aucune autre rémunération que celle qui lui est payable par la Régie et qui est prévue à l'entente; toute convention à l'effet contraire est nulle de plein droit ».
 - b. Pour encore plus de clarté, un article supplémentaire prévoyait qu'« [a]ucune entente ne peut prévoir un supplément de rémunération pour des services assurés ».
 - c. En 1974, suite à des facturations illégales par des professionnels de la santé à la Régie de l'assurance maladie, une clause pénale est ajoutée à la loi.
 - d. En 1979, suite à des facturations illégales de frais à l'occasion de services assurés, la loi a été amendée pour statuer qu'« [i]l est interdit à toute personne d'exiger ou de recevoir tout paiement d'un bénéficiaire pour un service accessoire à un service assuré rendu par un professionnel soumis à l'application d'une entente ou par un professionnel désengagé, sauf dans les cas prescrits ou prévus à une entente ».
 - e. Tel qu'il appert des extraits de débats parlementaires cités au paragraphe 5.21.1 et suivants de la requête **R-1**, l'opposition voulait que tous frais accessoires qui n'étaient pas spécifiquement prohibés soient permis.
 - f. Or, la loi adoptée a prévu exactement l'inverse, soit que **tous frais accessoires à un acte assuré qui ne sont pas spécifiquement permis**

sont prohibés.

- g. En 1984, suite à des facturations illégales de frais à l'occasion de services assurés, la loi a été amendée à nouveau pour statuer, de façon pléonastique, que tous frais pour « un service, une fourniture ou des frais accessoires à un service assuré » étaient prohibés.
- h. En 2015, suite à des pratiques généralisées de facturations illégales de frais à l'occasion de services assurés, la loi a encore une fois été amendée pour prévoir qu'« [a]ucun paiement ne peut être réclamé ou reçu d'une personne assurée, directement ou indirectement, pour des frais engagés aux fins de la dispensation de services assurés ».
- i. La loi de 2015 a même précisé que « [c]onstituent notamment de tels frais ceux liés [...] au fonctionnement d'un[e clinique... ou] aux services, fournitures, médicaments et équipements requis pour la dispensation d'un service assuré, ainsi que pour la réalisation d'un test diagnostique se rapportant à un tel service ».
- j. Toutefois, selon l'article 76 de la *Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée*, L.Q. 2015, c. 25, les exceptions prévues aux ententes continuent à s'appliquer, puisqu'aucun règlement en application du douzième alinéa de l'article 22 de la LAM n'a été adopté :

« Les services, fournitures ou frais accessoires qui, en vertu d'une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie, pouvaient être facturés par un professionnel de la santé soumis à cette entente ou par un professionnel désengagé en vertu du neuvième alinéa de l'article 22 de cette loi, tel qu'il se lisait avant le 9 novembre 2015, peuvent continuer d'être facturés jusqu'à l'entrée en vigueur du premier règlement pris en application du douzième alinéa de l'article 22 de cette loi ».
- k. Les dernières versions desdites ententes sont déposées en liasse sous la cote **R-2**.

C. NON-INTERVENTION DES AUTORITÉS

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

15. Loin d'appliquer le régime existant au moins depuis 1979 selon lequel **tous les frais accessoires à un acte assuré qui ne sont pas spécifiquement permis sont prohibés**, la Régie, avec la connaissance et la bénédiction du MSSS et du gouvernement, a plutôt appliqué, de façon négligente et teintée de mauvaise foi, un régime laxiste qui a laissé se développer des frais de tous genres.
16. Lorsque la pression est devenue trop forte sur la Régie, sur le MSSS et sur le gouvernement, notamment par le dépôt d'une action collective visant les frais accessoires pour médicaments et agents anesthésiques facturés à l'occasion d'une injection intravitréenne de médicaments dans le dossier 500-06-000569-117, dont copie est déposée sous la cote **R-3**, la Régie a timidement commencé à appliquer l'interdiction, mais seulement lorsque contrainte de le faire par les médias et la pression populaire.
17. Les actions collectives **R-1** et **R-3** visaient un subterfuge qui consiste à facturer des montants totalement arbitraires pour les quelques médicaments ou agents anesthésiques à coût souvent dérisoire utilisés à l'occasion d'actes assurés et au sujet duquel la Régie et le MSSS affirment, de mauvaise foi, ne pas pouvoir intervenir.
18. La présente action vise en grande partie la facturation de frais que la Régie rembourse aux patients qui en font la demande.
19. Or ce qui lui est reproché est le fait **de ne pas intervenir à la source du problème pour faire arrêter la pratique**, émettant tout au plus des recommandations à quelques cliniques qui sont largement ignorées, avec impunité.
20. En outre, il est apparu que la Régie n'a **jamais** référé de dossier de facturation illégale au Directeur des poursuites criminelles et pénales pour faire appliquer les pénalités prévues à la loi depuis 1974.
21. Ainsi, des citoyens comme le requérant se trouvent placés devant la situation absurde où ils reçoivent un remboursement pour une facturation que la Régie estime illégale, mais seulement lorsqu'ils en font la demande.
22. Pire, dans bien des cas la Régie fait des pieds et des mains afin de trouver une façon à ce que les frais facturés de façon anarchique aux patients soient considérés légaux, tel qu'il sera illustré ci-après.
23. C'est notamment pour cette raison que la Régie n'a récupéré qu'environ 1,7 millions de dollars suite à des réclamations des patients entre 2010 et 2014, ce qui est un montant dérisoire en vue des montants en jeu dans la seule action collective **R-3** (bien au-delà de 6 millions – le montant de la transaction – pour seulement les personnes atteintes de dégénérescence maculaire sur une période

de 3 ans).

24. Or, au moins depuis le rapport dit « Chicoine » de 2007, et certainement bien avant, tous les acteurs institutionnels, incluant la Régie et le MSSS, sont au courant de ces frais « hors normes » généralisés, tel qu'il appert dudit rapport, dont copie est déposée sous la cote **R-4**.
25. Depuis, les ministres de la Santé qui se sont suivis ont tous affirmé à de multiples reprises qu'il s'agissait d'une façon détournée de facturer des frais d'opération des cliniques. Par exemple :
 - a. En décembre 2012, Réjean Hébert a indiqué qu'il avait « demandé à la Régie de l'assurance-maladie d'être beaucoup plus diligente, et [qu'il allait] serrer la vis ». En outre, il a affirmé « qu'il y [avait] encore toutes sortes de stratégies ou de stratagèmes, même, pour faire payer aux patients des frais qui doivent être couverts par le réseau public » (Radio-Canada).
 - b. En février 2013, monsieur Hébert a affirmé que les frais accessoires étaient « un moyen détourné pour demander des honoraires supplémentaires » (La Presse).
26. Gaétan Barrette, à titre de président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (« FMSQ »), puis à titre de ministre de la Santé, en a dit autant à de multiples reprises. Par exemple :
 - a. En février 2013, il a décrit la facturation de frais accessoires comme une « astuce », en affirmant que « le 500 \$ n'est pas pour payer le médicament, mais bien pour payer tout le reste » (Radio-Canada).
 - b. En mars 2013, son avocat à la FMSQ, Maître Sylvain Bellavance, a affirmé que « la problématique des frais accessoires [... vise] à couvrir les nombreuses dépenses d'opération des cliniques médicales qui sont nécessaires afin de d'assurer la prestation des services aux patients » (Le Spécialiste, le bulletin de la FMSQ).
 - c. En janvier 2014, il a affirmé que « des frais d'exploitation, d'équipement[, ...]es médecins les facturent dans les frais accessoires » (Le Devoir).
 - d. En juin 2015, il a affirmé, en tant que ministre cette fois, dans une entrevue à CBC Radio One, ce qui suit :

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

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

[GB] Exactly ».

- e. Le même mois, il a déclaré sur Radio-Canada ce qui suit : « [Pour les vasectomies, par exemple], dans les tarifs publics, il n'y a jamais eu rien de prévu pour payer le champ opératoire, les [...], les instruments et ainsi de suite. Donc ça là, c'est de ça qu'on parle. C'est un frais accessoire et c'est chargé aux patients. Je peux vous dire que ça coûte dans les cabinets entre 150 et 250 \$. Je peux vous dire que le coûtant est bien inférieur à ça ».
27. Or, dans ce dernier exemple, non seulement il s'agit de frais illégaux, mais au surplus et contrairement à ce qu'a affirmé le ministre, **les vasectomies bénéficient d'un tarif majoré lorsque effectuées par des médecins omnipraticiens en clinique privée justement pour prendre en compte les frais d'opération** (code 06232 du Manuel de facturation des médecins omnipraticiens, pièce **R-2**).
28. Ceci démontre clairement l'arbitraire de la pratique avalisée par le gouvernement, le MSSS et la Régie : n'étant pas heureux des montants pourtant très élevés négociés avec le système public, les médecins, les optométristes et les cliniques vont aller chercher encore plus auprès des patients, sans que ce surplus ne corresponde de quelque façon aux coûts engendrés.
29. Notons notamment que plusieurs intervenants ont pu constater, et les factures alléguées dans les actions collectives démontrent, que les frais illégaux facturés aux patients varient énormément pour les mêmes items : souvent du simple au double et même plus.
30. Partant, si le rapport **R-4** et les intervenants font depuis longtemps état d'un « sous-financement » allégué des cliniques hors hôpital, en réalité il ne s'agit là que d'une justification vide et bien faible d'une pratique anarchique et généralisée de facturation illégale d'énormes sommes d'argent aux patients, puisqu'il n'y a **aucune étude qui établit l'adéquation entre les frais d'opération de ces cliniques et les montants qui leur sont déjà versés pour les couvrir**.
31. L'argument voulant que tel ou tel acte est peu ou n'est pas payé ne tient pas la route en l'absence de données sur les actes qui sont payés trop généreusement et que les intervenants omettent de mentionner.
32. **Ainsi, il est tout aussi probable que les cliniques soient sur-financées que sous-financées**. Ni le ministre ni la Régie n'ont de données permettant de le

savoir.

33. De toute manière, **même dans le cas où une clinique était sous-financée, un tel sous-financement ne justifie d'aucune manière de contrevenir à la loi, au surplus une loi mettant en œuvre des droits aussi fondamentaux que la couverture des soins de santé en fonction des besoins médicaux des citoyens.**
34. Qui plus est, cette facturation illégale généralisée non contrôlée par la Régie ou le MSSS survient dans un contexte de volonté politique de la part du gouvernement de trouver une autre source de revenus pour les cliniques privées de médecins participants.
35. En outre, le rapport Chicoine **R-4**, adopté lorsque le premier ministre Philippe Couillard était ministre de la Santé et notamment signé par des représentants de son ministère d'alors, cherchait à mettre en œuvre :
- « une mise à jour des frais facturables aux patients pour y inclure des frais tels que les pansements, le matériel chirurgical, les tests diagnostiques présentement disponibles en cabinet ainsi que certaines additions supplémentaires compatibles avec l'esprit de la Loi canadienne sur la santé [...] et proposer de revoir la faisabilité d'élargir la liste des frais facturables aux patients dans le contexte d'une loi canadienne assouplie ».*
36. Or, malgré le fait que ces amendements n'aient jamais été adoptés et que la *Loi canadienne sur la santé* n'ait jamais été « assouplie », la situation d'impunité créée par la laxité et la non-intervention fautive du MSSS et de la Régie et de tous les gouvernements successifs étaient bien au courant, a résulté en une situation de fait qui diffère peu de ce qui eût été le cas si ces amendements avaient été adoptés.
37. Or, comme l'a affirmé la toute première juge qui a dû se prononcer dans un tel dossier, « [l]e Gouvernement du Québec, conservant toujours le pouvoir d'amender ou d'abroger les lois, ne peut prendre de décisions politiques qui ont comme conséquences de faire en sorte qu'elles ne soient pas respectées ou qu'elles soient contournées, que ce soit par l'État ou ses citoyens » (*Association pour l'accès à l'avortement c. Québec (Procureur général)*, 2006 QCCS 4694 (CanLII)).
38. À cet effet, en vue des engagements pris par la province en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, qui prévoit en outre l'interdiction de facturation aux patients pour un acte médicalement nécessaire, un recours en *mandamus* et jugement déclaratoire a récemment été intenté devant la Cour fédérale contre le gouvernement fédéral afin de sanctionner le Québec pour son non-respect de cette interdiction, tel qu'il appert de la requête dont copie est déposée sous la cote **R-5**.

39. Sont déposés en liasse sous la cote **R-6** les documents suivants qui étayent factuellement les allégations précédentes, le requérant ne partageant pas forcément les interprétations juridiques les sous-tendant, le cas échéant :
- a. Déclarations variées de la part des représentants du gouvernement, de la Régie, du MSSS et d'autres intervenants connexes devant les médias.
 - b. Sorties médiatiques variées appelant à une intervention des autorités.
 - c. *Avis sur les frais accessoires en matière de santé et de services sociaux à l'intention du ministre de la Santé et des Services sociaux et de la Commission de la Santé et des Services sociaux* du Protecteur du citoyen du premier octobre 2015.
 - d. Lettre du Protecteur du citoyen au Ministre de la Santé et des Services Sociaux et aux membres de la Commission de la santé et des services sociaux concernant *Le financement des frais accessoires reliés aux services assurés* du 5 octobre 2015.
 - e. Rapport de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles intitulé *Facturation aux patients : Le portefeuille en prend pour son rhume*, de novembre 2015.
 - f. Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2016-2017 - Vérification de l'optimisation des ressources, du mois de mai 2016.

D. LE SYLLOGISME JURIDIQUE

40. Sous la *LAM*, pour ce qui est des services rendus par les médecins, tous les services « qui sont requis au point de vue médical » sont assurés (art. 3.a) *LAM*).
41. Quant aux optométristes, il s'agit des « services déterminés par règlement qui sont requis au point de vue optométrique [...] pour le compte d'une personne assurée dont l'âge est celui fixé à ces fins par règlement ou qui détient un carnet de réclamation en vigueur délivré suivant l'article 71 ou 71.1 *LAM* » (art. 3.c) *LAM*);
42. L'article 22 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie* contient une liste de services non considérés comme assurés, que ne couvre pas cette action.
43. Pour tout service assuré, la *LAM* interdit expressément toute facturation aux patients pour des services assurés :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

47. Or les ententes prévoient les seules exceptions suivantes :

Pour les médecins spécialistes :

« RÈGLE 2. FRAIS DE PRATIQUE

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

« P - GYNÉCOLOGIE

RÈGLE 6.

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

« Q – OBSTÉTRIQUE

RÈGLE 6.

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

Pour les médecins omnipraticiens :

« 1.1.4 Frais accessoires

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

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

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

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

Pour les optométristes :

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

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

48. Tous autres frais dans le cadre d'un service assuré sont illégaux.
49. Les pratiques suivantes ont notamment souvent été dénoncées :
- pour l'acte médical assuré;
 - pour des frais administratifs;
 - pour des fournitures dont la facturation aux patients n'est pas autorisée par les ententes;
 - pour un montant dépassant le coût de la fourniture, dans les cas où la facturation aux patients est autorisée par les ententes;
 - pour le transport d'échantillons ou de données médicales;
 - pour la prise de rendez-vous en lien avec un acte médicale assuré;
 - pour des rendez-vous annulés;
 - pour des forfaits annuels.
50. Le requérant entend réclamer la restitution des montants facturés ou le versement de dommages-intérêts équivalant aux frais imposés, ainsi que des dommages-intérêts pour troubles et inconvénients et dommages moraux, en plus de dommages punitifs, dans certains cas, tant aux médecins, aux optométristes et aux cliniques qu'aux instances gouvernementales poursuivies.
51. Les dommages-intérêts pour troubles et inconvénients et dommages moraux s'étendent à l'anxiété physique et morale d'un arrêt ou d'un report de traitement au cas par cas et à l'indignation d'avoir été victimes de surfacturation illégale sur le plan collectif.
52. Les dommages punitifs se basent sur la *Charte*, d'une part pour les personnes qui ont souffert suite à un arrêt ou à un report de traitement en raison des frais illégaux et d'autre part pour punir la défiance ouverte de lois sociales fondamentales auxquelles se livrent certaines cliniques.

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

53. Copies des pièces se rattachant à la facturation illégale dont a été victime le requérant sont déposées en liasse sous la cote **R-7**.
54. De la pièce **R-7**, il ressort que, le 12 juin 2013, le requérant s'est vu facturer des frais de 20 \$ par l'intimée Clinique de Gastro-Entérologie Pierre-Boucher pour le programme « REDIRE », un service permettant à la clinique d'accéder à son dossier médical à l'hôpital, le tout dans le cadre d'un service assuré.
55. Ces frais accessoires à un service assuré, n'étant pas permis dans les ententes, sont illégaux.
56. Suite à une réclamation à la Régie, ces frais lui ont été remboursés le 7 août 2014.
57. La Régie n'a pas indiqué au requérant qu'elle allait faire d'autres démarches auprès de la clinique afin que cette facturation illégale arrête.
58. Au début de l'automne 2015, il a vu son médecin de famille pour des épisodes d'enflure douloureuse du genou, qui l'a référé à un radiologue pour une radiographie des deux genoux.
59. Il a passé ledit examen le 8 octobre 2015 à la clinique intimée Radiologie PB.
60. Le premier décembre 2015, un nouvel épisode d'inflammation du genou gauche l'amenait à nouveau à la clinique sans rendez-vous.
61. Un médecin a alors décidé de le référer à un orthopédiste.
62. Il lui a dit de parler à sa secrétaire à la sortie pour obtenir une photocopie du rapport de Radiologie PB à son dossier.
63. Le médecin lui a également remis une référence pour voir un orthopédiste.
64. Sur la photocopie du rapport de Radiologie PB, le requérant a inscrit une note à la main pour se rappeler des deux documents que le médecin lui avait indiqué comme étant nécessaires avant de voir l'orthopédiste : le rapport du radiologue sur papier et le CD de la radiographie de ses genoux.
65. Le requérant a alors pris un rendez-vous avec la clinique d'orthopédie.
66. Au téléphone, la secrétaire lui a fixé un rendez-vous avec l'orthopédiste pour le 5 février 2016.
67. Elle lui a alors réitéré qu'il devait se présenter avec deux documents : le rapport papier du radiologue et le CD de la radiographie.

68. Le 4 janvier 2016, il s'est donc présenté à la Clinique de Radiologie PB, à Longueuil, pour obtenir ledit CD.
69. La secrétaire lui a alors réclamé des frais de 5 dollars, qu'il a acquittés.
70. Le 5 février 2016, l'orthopédiste a utilisé le CD dans le cadre du traitement du requérant, avant de le rendre au requérant.
71. Le paiement du CD était accessoire à l'acte assuré, puisque l'acte n'aurait pas pu avoir lieu sans le CD.
72. Il s'agit en fait de frais pour le transport de données dans le cadre d'un acte assuré et le requérant a le droit à un remboursement intégral du montant payé.
73. Ayant déjà vécu une autre expérience de frais illégaux réclamés par un médecin pour des services médicalement requis, le requérant a songé un instant se plaindre à la Régie, comme la première fois, mais il s'est dit que la démarche était inutile vu qu'il n'avait aucune assurance que cet organisme public prenait des mesures pour obtenir un remboursement des médecins et cabinets fautifs.
74. Le requérant s'est donc renseigné au sujet de la possibilité d'une action collective, d'où sa présente démarche.

F. LES AUTRES CAS

75. D'autres instances de facturation illégale seront ajoutées à la présente action au fur et à mesure que la preuve parvient à l'attention des procureurs du groupe afin de leur confirmer que la clinique ou le médecin pratique de la surfacturation;

INSTITUT DE CHIRURGIE SPÉCIALISÉE DE MONTRÉAL INC.,

76. Copies des pièces se rattachant à la facturation illégale dont a été victime le patient de l'Institut de Chirurgie spécialisée de Montréal inc. sont déposées en liasse sous la cote **R-8**.
77. L'Institut de Chirurgie spécialisée de Montréal inc., faisant affaire sous le nom « La Clinique d'endoscopie digestive HD-Sanctuaire », a facturé 740 \$ pour une endoscopie digestive.
78. De ce montant, 650 \$ a été facturé en lien avec un examen de coloscopie pour des médicaments et des agents anesthésiques utilisés, lesquels sont couverts par le dossier 500-06-000695-144.
79. Pour les fins de ce recours, la facture indique également des frais de 60 \$ et de 30 \$ pour « ENDOSCOPIE/SURCHARGE ».

80. Ces frais accessoires à un service assuré, n'étant pas permis dans les ententes, sont illégaux.
81. Le patient en question a déposé une demande de remboursement auprès de la Régie.
82. Dans sa lettre, la Régie a refusé la demande de remboursement.
83. En ce qui a trait aux « surcharges », la Régie a excusé ces frais en ajoutant des précisions qui ne sont nullement indiquées sur la facture.
84. En outre, elle affirme que les frais ont été facturés pour « le service de pathologie facturés par L'Hôtel-Dieu de Montréal (CHUM) et le transport de spécimen ».
85. Même en admettant les explications de la Régie, ce que le requérant n'admet aucunement, ces frais seraient de toute façon accessoires à un service assuré et, n'étant pas permis dans les ententes, seraient illégaux.
86. Or la Régie précise au surplus qu'elle ne considère pas les frais pour le transport de spécimens comme étant des frais accessoires à un service assuré, affirmant que « le transport de spécimens ne constitue pas un service assuré suivant l'article 3 » de la *LAM* et que « le transport des spécimens demeure un service distinct de l'examen médical pratiqué par le médecin et n'est donc pas accessoire à celui-ci ».
87. Cette lettre est une illustration parfaite du laxisme, du manque de sérieux, voire de la mauvaise foi avec lesquels la Régie traite les demandes de remboursement : elle cherche à trouver une justification pour ne pas rembourser les patients et elle protège et encourage de ce fait la prolifération de ces pratiques. Il ne s'agit pas d'une simple interprétation de la loi qui pourrait être renversée en appel; il s'agit d'un refus systémique d'appliquer la loi dont elle est pourtant la gardienne.
88. En effet, outre le fait de complètement ignorer une « surcharge » pour un service assuré clairement indiquée comme telle, comment autrement expliquer que la Régie prétende que le transport de spécimens prélevés à l'occasion d'un acte assuré afin de les faire examiner ne soit pas accessoire à un acte assuré?
89. D'ailleurs, lorsque la Régie a été attaquée sur cette interprétation de la loi, elle a préféré rembourser au patient le montant demandé la veille de l'audience au Tribunal administratif du Québec plutôt que de découvrir ce que le tribunal avait à dire, le tout tel qu'il appert de la décision du TAQ, déposée sous la cote **R-9**.

III. 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 l'action collective sont :

90. Chaque membre du groupe a-t-il droit à la restitution des frais facturés illégalement visés par l'action collective ou au versement de dommages-intérêts équivalant aux frais imposés?
91. Le gouvernement, le MSSS et la Régie sont-ils solidairement responsables pour une telle restitution ou un tel versement?
92. Les membres ont-ils droit à des dommages pour troubles et inconvénients, des dommages moraux ou de dommages punitifs?

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

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

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

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

94. Sans connaître le nombre exact des membres du groupe, le requérant l'estime à plusieurs centaines de milliers, puisque dans l'action collective **R-1**, qui ne concernait qu'une maladie, soit la dégénérescence maculaire liée à l'âge, environ 10 000 personnes étaient touchées sur une période de trois ans, tel qu'il appert du jugement *Lavoie c. Régie de l'assurance maladie du Québec*, 2013 QCCS 866 (CanLII);
95. Le requérant ignore par le fait même l'identité de tous les membres du groupe;
96. Dans ces circonstances il est impossible, d'obtenir un mandat de chacun des membres du groupe et de tous les joindre dans une même action;
97. Par ailleurs, le montant de la réclamation individuelle de certains membres du groupe étant dans bien des cas relativement peu élevé, de nombreuses personnes hésiteraient à tenter un recours individuel contre les intimés;
98. Partant, l'action collective est la seule procédure appropriée afin que les membres du groupe puissent effectivement faire valoir leurs droits respectifs et avoir accès à la justice;

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

99. Selon le cas, une action en restitution ou en responsabilité civile basée sur le *Code civil du Québec* et, dans certains cas, une action en dommages punitifs basée sur la *Charte québécoise des droits et libertés*;

IX. Les conclusions que le requérant recherche contre les intimés sont :

100. **ACCUEILLIR** l'action collective;

101. **CONDAMNER** les intimés, solidairement, à verser aux membres un montant correspondant aux sommes illégalement perçues ainsi que les dommages moraux et pour troubles et inconvénients avec l'intérêt légal et l'indemnité additionnelle prévue au *Code civil du Québec* et **ORDONNER** le recouvrement collectif de ces sommes;

102. **CONDAMNER** les intimés, solidairement, dans certains cas, à verser aux membres des dommages punitifs et **ORDONNER** le recouvrement collectif de ces sommes;

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

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

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

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

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

106. Le requérant est membre du groupe;

107. Il est journaliste à la retraite;

108. Il a contacté les procureurs du groupe suite à deux épisodes de facturation illégale, tel que plus amplement décrit plus haut;

109. Il est disposé à gérer la présente action collective 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;
110. Il a compris les tenants et aboutissants de son rôle de représentant dans le cadre de l'action collective et il est au courant du temps qu'il devra consacrer à l'action et de ses devoirs envers les autres membres du groupe;
111. Il compte participer à une conférence de presse suite au dépôt de l'action;
112. 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 lorsque requis;
113. Il s'est engagé à faire une demande d'aide financière au Fonds d'aide aux actions collectives;
114. Il a la capacité et l'intérêt pour représenter adéquatement tous les membres du groupe;
115. 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;
116. 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;
117. Il a lu l'imposante documentation sur la question de la surfacturation et a lu et participé aux amendements de la présente requête;
118. 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.
119. Le requérant est de bonne foi et entreprend cette action collective dans le but de faire en sorte que les droits des membres du groupe soient reconnus et qu'il soit remédié aux préjudices que chacun d'eux a subis. Il désire que la pratique de facturation de frais illégaux cesse, afin de protéger le régime public de santé.

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

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

121. Plusieurs intimés poursuivis se situent dans le district judiciaire de Montréal et on peut raisonnablement prévoir que le plus grand nombre de médecins et cliniques qui seront ajoutés à l'action comme intimés au fur et à mesure que la preuve devient accessible s'y trouveront aussi;

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

PAR CES MOTIFS, PLAISE AU TRIBUNAL :

ACCUEILLIR la présente requête pour autorisation d'exercer une action collective recours collectif;

AUTORISER l'exercice de l'action collective ci-après décrite : « Selon le cas, une action en restitution ou en responsabilité civile basée sur le *Code civil du Québec* et, dans certains cas, une action en dommages punitifs basée sur la *Charte québécoise des droits et libertés* »;

ATTRIBUER au requérant le statut de représentant aux fins d'exercer ladite action collective 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, réclamée ou reçue directement ou indirectement par un médecin ou un optométriste qui est soumis à l'application d'une entente en vertu de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie*, pour :

- un service assuré; ou

- des frais engagés aux fins de la dispensation de services assurés;

ou qui ont reporté ou arrêté une intervention prévue après avoir été informées des frais qui leurs seraient imposés.

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

Sont aussi exclus les personnes dont les seuls frais réclamés ou reçus l'ont été pour compenser le prix coûtant d'une fourniture dont les ententes permettent explicitement la facturation aux patients ».

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

Chaque membre du groupe a-t-il droit à la restitution des frais facturés illégalement visés par l'action collective ou au versement de dommages-intérêts équivalant aux frais imposés?

Le gouvernement, le MSSS et la Régie sont-ils solidairement responsables pour une telle restitution ou un tel versement?

Les membres ont-ils droit à des dommages pour troubles et inconvénients, des dommages moraux ou de dommages punitifs?

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

ACCUEILLIR l'action collective;

CONDAMNER les intimés, solidairement, à verser aux membres un montant correspondant aux sommes illégalement perçues ainsi que les dommages moraux et pour troubles et inconvénients, avec l'intérêt légal et l'indemnité additionnelle prévue au *Code civil du Québec* et **ORDONNER** le recouvrement collectif de ces sommes;

CONDAMNER les intimés, solidairement, dans certains cas, à verser aux membres des dommages punitifs et **ORDONNER** le recouvrement collectif de ces sommes;

ORDONNER aux intimés 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 l'action collective de la manière prévue par la loi;

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

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

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

Montréal, le 2 juin 2016

(s) Grenier Verbauwheide Avocats inc.

GRENIER VERBAUWHEDE AVOCATS INC.
Procureurs du requérant