

# COUR SUPÉRIEURE

CANADA  
PROVINCE DE QUÉBEC  
DISTRICT DE MONTRÉAL

N°: 500-06-000695-144

DATE : Le 5 septembre 2017

---

**SOUS LA PRÉSIDENTICE DE : L'HONORABLE MICHEL YERGEAU, J.C.S.**

---

PHILIPPE LÉVEILLÉ  
Demandeur

c.

LA PROCUREURE GÉNÉRALE DU QUÉBEC

et

LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC

et

CENTRE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE (WEST-ISLAND) INC.

et

CLINIQUE DE L'ALTERNATIVE INC.

et

GESTION PLEXO INC.

et

INSTITUT DU GLAUCOME DE MONTRÉAL INC.

et

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

et

FRÉDÉRIC LORD, faisant affaires sous le nom  
Clinique ophtalmologique de l'ouest

et

JURATE ULECKAS, faisant affaires sous le nom  
Jurate Uleckas, M.D. #88-610

et

ROBERT SABBAH, faisant affaires sous le nom  
Robert Sabbah, M.D. FRCSC Obstétricien-Gynécologue  
et

FRANÇOIS LAVIGNE, faisant affaires sous le nom  
Institut ORL de Montréal  
et  
GROUPE OPMEDIC INC.  
et  
CLINIQUE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE DE LAVAL INC.  
et  
DR ISABELLE DELORME INC.  
et  
CLINIQUE DERMATOLOGIQUE DE LA RIVE-SUD  
et  
J.S. BENHAMRON M.D. INC.  
et  
MICHÈLE LECLERC, faisant affaires sous le nom  
Dre Michèle Leclerc 176-186  
et  
7044968 CANADA INC., faisant affaires sous le nom  
Clinique de physiothérapie et de médecine du sport  
de Montréal  
et  
IMAGERIE MÉDICALE WESTMOUNT SQUARE INC.  
et  
LE GROUPE SPÉCIALISTE ENT, S.E.N.C.  
et  
INSTITUT DE L'ŒIL DE MONTRÉAL INC.  
et  
MARIE-MICHELLE CAYER  
et  
GIRAIR BASMADJIAN  
et  
JACQUES BELLEFEUILLE  
et  
ÉLIZABETH GARIÉPY M.D. INC.  
et  
LUC LECLAIRE  
et  
OPHTALMOLOGIE LANAUDIÈRE-SUD S.E.N.C.  
et  
CHRISTIAN PERREAULT  
et  
MARTINE JEAN  
et  
RRX MÉDICAL INC.

et  
ÉTIENNE GAUVIN  
et  
DRE JOËLLE BARIL INC.  
et  
APRIL WOOTTEN  
et  
STEEVE LÉTOURNEAU M.D. INC.  
et  
9084-7757-QUÉBEC INC., faisant affaires sous  
le nom Clinix la Cité  
et  
CENTRE OCULAIRE DE QUÉBEC INC.  
et  
2835631 CANADA INC., faisant affaires sous  
le nom Clinique médicale Solumed  
et  
SHAWN COHEN  
et  
PIJOCO INC.  
et  
CONTACT OPTICO INC.  
et  
OCULO VISION INC.  
et  
CENTRE DE PHYSIATRIE SHERBROOKE INC., faisant  
affaires sous le nom Institut de psychiatrie du Québec  
et  
FRANCINE CARDINAL  
et  
ANTRANIK BENOHANIAN  
et  
INSTITUT DE L'ŒIL DES LAURENTIDES INC.  
et  
YVON BENOIT  
et  
LA CLINIQUE DE SANTÉ VISUELLE DE MONTRÉAL INC.  
et  
LA CLINIQUE D'OPHTALMOLOGIE DU HAUT RICHELIEU INC.  
et  
GMF CENTRE MÉDICAL DU PARC  
et  
9189-2984 QUÉBEC INC., faisant affaires sous le

nom Clinique médicale d'ophtalmologie de Granby  
et  
PIERRE BLONDEAU, faisant affaires sous le nom  
Dr Pierre Blondeau chirurgien ophtalmologiste  
et  
F. ROSS M.D. INC., faisant affaires sous le nom Clinique familiale  
St-Vincent  
et  
PIERRE TURCOTTE M.D. INC.  
et  
ZIEUTÉ INC., faisant affaires sous le nom VU Vision Ultime  
et  
RADIOLOGIE VARAD S.E.N.C.R.L., faisant affaires sous le  
nom Radiologie Varad HTM  
et  
LUC COMTOIS  
et  
2645-8224 QUÉBEC INC., faisant affaires sous le nom  
Clinique médicale Plateau Marquette  
et  
INSTITUT DE CHIRURGIE SPÉCIALISÉE DE MONTRÉAL  
INC., faisant affaires sous le nom Clinique d'endoscopie  
Digestive HD-Sanctuaire  
et  
CLINIQUE DE RADIOLOGIE DE GRANBY INC., faisant affaires  
sous le nom IMAGIX Radiologie Granby  
et  
100% VISION INC., faisant affaires sous le nom 100% Vision  
et  
GROUPE VISION NEW LOOK INC., faisant affaires sous le  
nom Greiche & Scaff  
et  
ALFRED BALBUL, faisant affaires sous le nom Dr. Alfred BALBUL  
et  
CLINIQUE D'OPHTALMOLOGIE FERREMI BOILEAU INC.,  
faisant affaires sous le nom IRIS Clinique d'ophtalmologie  
et  
JEAN-JUNIOR NORMANDIN, faisant affaires sous le nom  
Dr Jean-Junior Normandin  
et  
CENTRE DE SANTÉ INTÉGRALE ET DE RECHERCHE  
CLINIQUE À COOKSHIRE INC., faisant affaires sous le nom  
Centre de Santé Cookshire

et

FYI SERVICES ET PRODUITS QUÉBEC INC., faisant affaires sous le nom Groupe Marchand

et

CENTRE DE RECHERCHE ET D'ENSEIGNEMENT D'ÉCHOENDOSCOPIE DE MONTRÉAL INC., faisant affaires sous le nom Clinique 1037 – Centre de prévention du cancer digestif

et

BÉATRICE WANG, faisant affaires sous le nom Béatrice Wang – 194202

et

FRANÇOIS ROBERGE, OPHTALMOLOGUE INC.

et

CLINIQUE DE L'ŒIL ROCKLAND INC., faisant affaires sous le nom Clinique de l'œil Rockland

et

JOËL CLAVEAU, faisant affaires sous le nom Clinique Dermatologique Joël Claveau (1-93-209)

et

MICHEL GRAVEL, faisant affaires sous les noms Michel Gravel MD et Clinique Ophtalmovision

et

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DANIEL YU INC.

et

ALAN COFFEY, faisant affaires sous le nom Alan Coffey M.D., F.R.C.S.C.

et

RENÉE CARIGNAN, faisant affaires sous le nom Dre Renée Carignan

et

DAN BERGERON, faisant affaires sous les noms Dr Dan Bergeron M.D. et Clinique d'ophtalmologie et de verres de contact

et

MD EYECARE INC.

et

2754-9187 QUÉBEC INC., faisant affaires sous le nom Espace Vu

et

BEAUCE OPTIQUE INC., faisant affaires sous le nom Clinique Oculus

et

JOHN CHEN, faisant affaires sous le nom Dr. John Chen  
et

CHRISTA STAUDENMAIER, faisant affaires sous le nom  
Christa Staudenmaier, MD.

et

SERVICE D'UROLOGIE S.E.N.C.R.L., faisant affaires  
sous le nom Service d'urologie et centre de la prostate  
et

1843-1353 QUÉBEC INC., faisant affaires sous le nom  
Clinique familiale de St-Hyacinthe

et

GESTION C.D.Q.M. INC., faisant affaires sous le nom  
Centre Dermatologique du Québec Métropolitain

et

SYLVAIN PIERRE MORIN, faisant affaires sous le nom  
Clinique d'ophtalmologie de Lévis

et

MARIAN ZAHARIA

et

ENDOVISION PLUS INC., faisant affaires sous le nom  
Clinique ENDOVISION Clinic Inc.

et

JACQUES SAMSON, faisant affaires sous le nom  
Clinique d'ophtalmologie de Lévis

et

DR F. CARDINAL INC., faisant affaires sous le nom  
Clinique de dermatologie Griffentown

et

RADIOLOGISTES UNIVERSITAIRES DE MONTRÉAL  
S.E.N.C.R.L., faisant affaires sous le nom Léger &  
Associés, Radiologistes

et

ANDRÉ QUIRION M.D. INC., faisant affaires sous le nom  
Centre médical du Parc

et

GMF CENTRE MÉDICAL DU PARC

et

LOUKIA MITSOS, faisant affaires sous le nom  
Dr. Loukia Mitsos

et

DIMITRIOS KYRITSIS, faisant affaires sous le nom  
Dr. Dimitrios Kyritsis Lic. #14596

et

CLINIQUE D'OPTOMÉTRIE BELLEVUE INC., faisant affaires  
sous le nom Clinique d'optométrie Bellevue

et

CLINIQUE D'OPHTALMOLOGIE BELLEVUE LAVAL,  
faisant affaires sous le nom Clinique Bellevue

et

PHILIPPE LAFAILLE, faisant affaires sous les noms  
Dr Philippe Lafaille MD., FRCPC et Clinique médicale  
Plateau Mont-Royal

et

D.S. ET J.C. CHAPLEAU O.O.D. INC., faisant affaires  
Sous le nom Chapleau Laroche

et

LA VUE CAPITALE INC., faisant affaires sous le nom  
La Vue Capitale

et

BÉNÉDICTE MORISSE, faisant affaires sous le nom  
Cliniques d'optométrie en vue

et

HÉLÈNE MALTAIS, faisant affaires sous le nom  
Cliniques d'optométrie en vue

et

LAKESHORE OPHTALMOLOGIE

et

9204-9204 QUÉBEC INC., faisant affaires sous le nom  
OPTIQUE Donnelly

et

CENTRE MÉDICAL FONTAINEBLEAU INC., faisant  
affaires sous le nom Centre médical Fontainebleau

et

PLACEMENTS OPTIBUI INC., faisant affaires sous le  
nom CLINIQUE DES YEUX

et

INSTITUT DE LA RÉTINE DE MONTRÉAL INC., faisant  
affaires sous le nom Montreal Retina Institute

et

CLINIQUE D'OPHTALMOLOGIE LEBOURGNEUF

et

INSTITUT PRIVÉ DE CHIRURGIE INC., faisant  
affaires sous le nom Institut privé de chirurgie

et

CLINIQUE MÉDICALE PIERRE-BERTRAND

et

CLINIQUE MÉDICALE STE-ADÈLE INC., faisant affaires sous le nom Clinique médicale Sainte-Adèle  
 et  
JACQUES GRÉGOIRE, faisant affaires sous le nom Dr. Jacques Grégoire  
 et  
9151-6062 QUÉBEC INC., faisant affaires sous le nom OEIL SANTÉ MD  
 et  
JACQUES SALEM, faisant affaires sous le nom Jacques Salem MD et Centre médical Mira  
 Défendeurs

**JUGEMENT MODIFIÉ  
 AUX FINS DE COMPLÉTER L'INTITULÉ DU DOSSIER  
 (sur une demande d'autorisation  
 d'exercer une action collective)**

**TABLE DES MATIÈRES**

1. LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE ET LE PRINCIPE DE LA GRATUITÉ DES SERVICES DE SANTÉ .....	10
2. LA PREUVE <i>PRIMA FACIE</i> DU DEMANDEUR .....	12
3. LES CRITÈRES D'AUTORISATION .....	15
3.1. Seuil à franchir au moment de l'autorisation de l'action collective .....	15
3.2. Les faits allégués paraissent-ils justifier les conclusions recherchées (alinéa 575 (2 <sup>o</sup> ) C.p.c.)? .....	19
3.2.1. La légalité de la facturation des frais accessoires .....	20
3.2.2. L'immunité de l'État .....	21
3.2.3. Des carences.....	24
3.3. La présence des questions de droit ou de fait identiques, similaires ou connexes (alinéa 575 (1 <sup>o</sup> ) C.p.c.).....	26
3.3.1. Le caractère d'identité, de similarité ou de connexité des questions .....	26
3.3.2. La circularité de la description du groupe .....	29
3.4. Impossibilité d'appliquer les règles du mandat (alinéa 575 (3 <sup>o</sup> ) C.p.c.).....	32
3.5. La qualité du demandeur pour agir (alinéa 575 (4 <sup>o</sup> ) C.p.c.) .....	32
4. DISPOSITIF .....	33

[1] Le demandeur Philippe Léveillé soutient qu'est contraire à l'économie générale du système public d'assurance maladie la pratique de certains professionnels de la santé de réclamer des frais accessoires aux frais assurés pour des soins dispensés en

clinique médicale ou optométrique privée<sup>1</sup>. Elle consiste selon lui à exiger des personnes assurées le paiement de sommes excédant le montant versé par la RAMQ pour le service assuré prodigué sous couvert du paiement des médicaments et agents anesthésiques requis. C'est ce qu'il nomme la *surfacturation illégale* de frais accessoires.

[2] Le demandeur reproche ainsi a) aux cliniques médicales et aux médecins et optométristes défendeurs d'avoir de la sorte réclamé de leurs patients des frais accessoires excédant de beaucoup le prix coûtant des médicaments et agents anesthésiques utilisés en clinique et b) à la Procureure générale du Québec («PGQ»), agissant pour le ministre de la Santé et des Services sociaux («MSSS» ou «ministre»)<sup>2</sup>, comme à la Régie de l'assurance maladie du Québec («RAMQ») d'avoir fermé les yeux sur cette pratique pourtant contraire au principe cardinal de la gratuité des services de santé.

[3] Il invoque au soutien de sa proposition la *Loi sur l'assurance maladie*<sup>3</sup> et la *rule of law* dans le cadre d'une demande d'autorisation d'exercer une action collective dirigée à la fois contre une centaine de médecins, optométristes et cliniques médicales et d'optométrie ainsi que contre le MSSS et la RAMQ.

[4] Il souhaite obtenir le statut de représentant afin de réclamer de la part des cliniques médicales, des médecins, des optométristes, du MSSS et de la RAMQ le remboursement du coût des frais accessoires qui excède le coût réel des médicaments et agents anesthésiques requis dans le cadre de services assurés. Limitées aux seuls patients dans le cas des médecins, optométristes et cliniques privées nommément appelés comme défendeurs, ses conclusions visant le MSSS et la RAMQ englobent l'ensemble des personnes assurées appelées à payer des frais accessoires.

[5] De plus, le demandeur souhaite être autorisé à réclamer des défendeurs des dommages-intérêts pour troubles et inconvénients et des dommages moraux pour ceux et celles du groupe qui ont reporté ou mis un terme à leur traitement en raison de la *surfacturation illégale*. Il réclame de plus dans ces cas des dommages punitifs du ministre et de la RAMQ.

[6] Le demandeur propose de définir ainsi le groupe au bénéfice duquel serait autorisée l'action collective :

---

<sup>1</sup> Cette pratique, si tant est que la preuve en soit faite, devrait être tombée en désuétude depuis l'entrée en vigueur le 26 janvier 2017 du *Règlement abolissant les frais accessoires liés à la dispensation des services assurés et régissant les frais de transport des échantillons biologiques*, RLRQ, c. A-29, r. 7.1.

<sup>2</sup> Le Tribunal préfère référer dans le jugement au MSSS ou au ministre plutôt qu'à la PGQ.

<sup>3</sup> RLRQ, c. A-29.

« Toutes les personnes qui ont déboursé une somme d'argent suite à une facturation, au-delà du prix coûtant, pour des frais de médicaments ou d'agents anesthésiques accessoires à un service donné par un médecin, un optométriste ou une clinique qui a été payé par la Régie de l'assurance maladie du Québec, entre le 15 mai 2011 et le 26 janvier 2017, ou qui ont reporté ou arrêté une intervention prévue après avoir été informées que de tels frais leur seraient imposés»<sup>4</sup>

[7] Au stade de l'autorisation, le demandeur doit-il réussir? Le Tribunal conclut que oui, bien qu'en partie. En voici les motifs.

**1. LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE ET LE PRINCIPE DE LA GRATUITÉ DES SERVICES DE SANTÉ**

[8] Le coût des *services assurés* au sens de la LAM prodigués à une *personne assurée*, c'est-à-dire qui réside ou séjourne au Québec et qui est inscrite à la RAMQ<sup>5</sup>, est assumé en totalité par cette dernière<sup>6</sup>.

[9] En tête de liste des services assurés se retrouvent «tous les services que rendent les médecins et qui sont requis au point de vue médical»<sup>7</sup>. On y retrouve aussi les services déterminés par règlement rendus par les optométristes<sup>8</sup> ainsi qu'une gamme d'autres services qui ne sont pas l'objet du présent dossier.

[10] L'article 9.0.0.1 de la LAM associe la production par une personne assurée de la carte d'assurance maladie à la prestation de services assurés :

**9.0.0.1.** La production de la carte d'assurance maladie ou de la carte d'admissibilité ne peut être exigée qu'à des fins liées à la prestation de services ou à la fourniture de biens ou de ressources en matière de santé ou de services sociaux dont le coût est assumé par le gouvernement, en tout ou en partie, directement ou indirectement, en vertu d'une loi dont l'application relève du ministre de la Santé et des Services sociaux.

[11] Bref, c'est au gouvernement, par l'entremise de la RAMQ, qu'il revient de payer aux professionnels de la santé le coût des services assurés dispensés aux personnes assurées en vertu de la LAM.

---

<sup>4</sup> Le Tribunal souligne que la description du groupe a fait l'objet d'une modification le 30 mai 2017, comme le souhaitaient les avocats des défendeurs. C'est manifestement par inadvertance que cette description modifiée ne se retrouve pas aux conclusions, page 124. Le Tribunal utilise ici la description du groupe proposée par le demandeur au paragraphe 4 de sa demande modifiée du 30 mai 2017.

<sup>5</sup> Article 1, al. g.1) et articles 5 et ss. LAM.

<sup>6</sup> Article 1, al. a) et article 3 LAM.

<sup>7</sup> Article 3, al. a) LAM.

<sup>8</sup> Article 3, al. c) LAM.

[12] Dans ce cadre, le coût comprend pour l'essentiel la rémunération à l'acte des services assurés en fonction de tarifs établis en vertu d'ententes («ententes tarifaires») conclues entre le ministre et les organismes représentatifs de toute catégorie de professionnels de la santé<sup>9</sup>. Une fois conclue, une telle entente oblige tous les professionnels de la santé qui sont membres de l'organisme qui l'a conclue<sup>10</sup>.

[13] La rémunération des médecins et des optométristes, les catégories de professionnels de la santé qui nous intéressent ici, est donc encadrée à la fois par la LAM, la réglementation et les ententes tarifaires. Inutile à cette étape-ci d'en dresser un tableau complet ou d'en suivre les méandres; témoignent de la complexité de cet aspect du système de santé les 16 modifications apportées au seul article 22 de la loi depuis 1970. Il suffit pour le moment de relever qu'un professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente a droit d'être rémunéré à l'acte par la RAMQ pour un service assuré qu'il a lui-même fourni à une personne assurée qui a présenté sa carte d'assurance maladie<sup>11</sup>.

[14] À ce qui précède, divers corollaires dont celui inscrit à l'alinéa 9 de l'article 22 de la LAM, tel qu'il se lisait jusqu'au 10 novembre 2015 :

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 [...], sauf dans les cas prescrits ou prévus dans une entente et aux conditions qui y sont mentionnées.<sup>12</sup>

[15] Le coût des services et des frais accessoires qui peut être réclamé des patients doit être affiché à la vue du public en vertu de l'article 22.0.0.1 de la LAM. Le même article prévoit que lorsqu'un tel paiement est exigé d'une personne assurée, une facture détaillée doit lui être remise; la loi en précise le contenu :

Cette facture doit indiquer le tarif réclamé pour chacun des services, fournitures et frais accessoires et pour chacun des services médicaux non assurés et non considérés comme assurés.<sup>13</sup>

[16] Enfin, l'article 23 de la LAM formule une interdiction d'une concision lapidaire, qui est du même coup une règle d'interprétation des ententes tarifaires et qui va au cœur des prétentions du demandeur :

---

<sup>9</sup> Article 19 LAM.

<sup>10</sup> Article 21, al. 1 LAM.

<sup>11</sup> Article 22, al. 1 LAM.

<sup>12</sup> À ce propos, *Fédération des médecins spécialistes du Québec c. Bolduc*, 2015 QCCS 2680, par. 19 à 26.

<sup>13</sup> Article 22.0.0.1, al. 3 LAM.

23. Aucune entente ne peut prévoir un supplément de rémunération pour des services assurés.

[17] En somme, la gratuité des services de santé est à la clé du régime d'assurance maladie. Elle en est le principe cardinal. C'est la condition à laquelle doivent souscrire les régimes d'assurance-santé des provinces et territoires du Canada pour recevoir la contribution pécuniaire fédérale en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*<sup>14</sup>.

[18] Or, selon le demandeur, les ententes intervenues entre le ministre et les fédérations de médecins et d'optométristes («fédérations») sont claires : un médecin ou un optométriste ne peut obtenir du patient à titre de frais accessoires ou de frais de pratique qu'une compensation pour le coût des médicaments et des agents anesthésiques utilisés dans le cadre de la dispensation d'un soin assuré. Il produit à ce propos les extraits pertinents du *Manuel des médecins spécialistes*<sup>15</sup>, du *Manuel des médecins omnipraticiens*<sup>16</sup> et du *Manuel des optométristes*<sup>17</sup> qui, sous les rubriques *Frais accessoires* ou *Frais de pratique*, utilisent chacun les mêmes mots : *coût des médicaments et agents anesthésiques*.

## 2. LA PREUVE PRIMA FACIE DU DEMANDEUR

[19] La demande d'autorisation est un document fouillé et documenté; le demandeur verse à son soutien plus de 200 pièces totalisant près de 3 000 pages.

[20] Elle démontre comment le principe de la gratuité des soins de santé s'est imposé depuis la présentation du *Bill 8, Loi de l'assurance maladie* du 28 juin 1970<sup>18</sup> pour ne jamais se démentir par la suite malgré les différends qui ont opposé à ce propos les ministres successifs et les fédérations. Dans ce contexte, l'imposition, au vu et au su du ministre et des fédérations, de frais accessoires allant au-delà du prix coûtant des médicaments et agents anesthésiques est en porte-à-faux avec ce principe, prétend pour l'essentiel le demandeur.

[21] Dans cette abondante documentation, le Tribunal relève entre autres :

- i. des textes et projets de textes de lois de l'Assemblée nationale du Québec depuis 1970 qui visent la rémunération des professionnels de la santé et la question des frais accessoires;
- ii. des extraits du *Journal des débats* traitant de ces mêmes sujets;

---

<sup>14</sup> L.R.C. (1985), ch. C-6. Voir aussi pièce R-11A.

<sup>15</sup> Pièce R-13.

<sup>16</sup> Pièce R-12.

<sup>17</sup> Pièce R-13A.

<sup>18</sup> Pièce R-5.

- iii. des mémoires, éditoriaux, articles de journaux, transcriptions d'entrevues, rapports et un extrait d'un livre traitant des enjeux et des répercussions de la *surfacturation* des soins de santé;
- iv. des extraits des manuels des médecins omnipraticiens, médecins spécialistes et optométristes publiés par la RAMQ;
- v. des réponses à des questions adressées à la RAMQ par l'opposition officielle à l'Assemblée nationale lors de l'étude des crédits 2012-2013 et 2015-2016;
- vi. un rapport du pharmacien Laurent Tétreault du 9 mai 2014 adressé à l'avocat du demandeur établissant le prix coûtant de certains médicaments ophtalmiques utilisés lors d'examens ophtalmologiques afin d'établir si le prix exigé des médecins et cliniques reflète le prix d'acquisition<sup>19</sup>;
- vii. plusieurs centaines de pages de factures caviardées émises par les défendeurs, dont certaines remontent à plus de 10 ans, identifiant les médicaments, agents anesthésiques et, dans certains cas, les services administrés dans le cadre d'un soin assuré et le prix chargé à la personne assurée;
- viii. le rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2007 du *Comité de travail sur les frais accessoires* (Rapport Chicoine), établissant un lien entre la facturation de frais accessoires et les problèmes reliés au financement des cliniques et cabinets de médecins<sup>20</sup>;
- ix. un avis du 1<sup>er</sup> octobre 2015 du Protecteur du citoyen sur les frais accessoires en matière de santé et de services sociaux<sup>21</sup>;
- x. une lettre du 5 octobre 2015 du Protecteur du citoyen au ministre sur le financement des frais accessoires reliés aux services assurés<sup>22</sup>;
- xi. un extrait du Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2016-2017<sup>23</sup>;
- xii. des indicatifs tarifaires publiés par des associations professionnelles<sup>24</sup>;

---

<sup>19</sup> Pièce R-17.

<sup>20</sup> Pièce R-36.

<sup>21</sup> Pièce R-76.

<sup>22</sup> *Id.*

<sup>23</sup> Pièce R-73.

<sup>24</sup> Pièces R-61D, p. 1255; R-77, R-78, R-8B, p. 299.

- xiii. diverses lettres de la RAMQ refusant à des personnes assurées le remboursement de frais accessoires ou répondant à des plaintes à ce propos;
- xiv. une analyse d'impact réglementaire de septembre 2016 du MSSS sur l'abolition des frais accessoires<sup>25</sup>;
- xv. une lettre du 6 septembre 2016 du ministre fédéral de la Santé au MSSS<sup>26</sup>;
- xvi. la publication préalable, le 28 septembre 2016, dans la *Gazette officielle du Québec*, du Projet de règlement abolissant les frais accessoires<sup>27</sup>;
- xvii. des liasses de factures pour des médicaments et agents anesthésiques émises par des médecins, optométristes et cliniques défendeurs;
- xviii. la *Liste des Médicaments (sic)* publiée par la RAMQ, décembre 2016<sup>28</sup>.

[22] De la lecture de la demande d'autorisation et des documents à son appui, le Tribunal retient à cette étape-ci : a) que la question de la surfacturation des soins assurés par le biais des frais accessoires n'est pas récente, b) qu'elle constitue aux yeux de plusieurs un enjeu de société en ce qu'elle porte ombrage au principe cardinal de la gratuité des services de santé assurés, c) qu'elle est étroitement associée au financement des soins prodigués en cliniques et cabinets privés des médecins et optométristes participants, d) qu'elle est connue et identifiée des pouvoirs publics, des fédérations de médecins et des ordres professionnels depuis belle lurette, e) qu'elle a déjà mené à des situations contentieuses et f) qu'elle devrait être devenue chose du passé le 26 janvier 2017.

[23] Les allégations de la demande d'autorisation et les pièces portent à penser que les frais accessoires aux soins assurés facturés par les défendeurs ont pu servir à défrayer non seulement le coût des médicaments et agents anesthésiques utilisés dans le cadre de soins assurés prodigués en clinique privée mais à compléter la rémunération de base versée par la RAMQ conformément aux ententes tarifaires. Ces allégations portent aussi à comprendre que cette pratique a été tolérée par les ministres successifs et la RAMQ au cours des ans.

[24] À cette étape, les faits qu'allègue le demandeur doivent être tenus pour avérés<sup>29</sup>.

---

<sup>25</sup> Pièce R-84.

<sup>26</sup> Pièce R-69.

<sup>27</sup> Pièce R-83.

<sup>28</sup> Pièce R-87.

<sup>29</sup> *Rouleau c. Canada (Procureur général)*, [1998] R.R.A. 58 (C.A.); *Harmegnies c. Toyota Canada inc.*, 2008 QCCA 380.

[25] C'est sur cette base que le demandeur entend obtenir réparation au nom des personnes assurées membres du groupe qui ont dû assumer des frais allant au-delà du coût réel des médicaments et des agents anesthésiques requis pour la dispensation d'un service assuré en clinique ou cabinet privé ou de celles qui ont subi des dommages du fait d'avoir dû pour cette raison renoncer ou interrompre un traitement. La demande répond à ce qu'exige le second alinéa de l'article 574 C.p.c. en ce qu'elle indique les faits donnant ouverture à l'action collective, la nature de celle-ci et les conclusions recherchées. Répond-elle pour autant à chacun des quatre critères que formule l'article 575 C.p.c.? En effet, il n'est pas tout que la question soulevée présente un intérêt au plan sociologique ou politique, encore faut-il qu'elle entre dans le cadre légal de l'action collective. Au terme de son analyse, le Tribunal conclut par l'affirmative.

### 3. LES CRITÈRES D'AUTORISATION

[26] Ces quatre critères s'énoncent ainsi :

**575.** Le tribunal autorise l'exercice de l'action collective et attribue le statut de représentant au membre qu'il désigne s'il est d'avis que:

1° les demandes des membres soulèvent des questions de droit ou de fait identiques, similaires ou connexes;

2° les faits allégués paraissent justifier les conclusions recherchées;

3° 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;

4° le membre auquel il entend attribuer le statut de représentant est en mesure d'assurer une représentation adéquate des membres.

Ces exigences sont cumulatives<sup>30</sup>.

[27] Une fois réunis les critères d'autorisation de l'action collective, le préambule de l'article 575 C.p.c. ne laisse pas de discrétion au tribunal comme l'indique l'usage de l'indicatif présent : «le tribunal autorise l'exercice de l'action collective et attribue le statut de représentant au membre qu'il désigne».

#### 3.1. Seuil à franchir au moment de l'autorisation de l'action collective

[28] Une palanquée de jugements est venue, à la lumière des faits propres à chaque dossier, baliser les conditions d'application de ces critères depuis l'introduction en 1978

<sup>30</sup> *Fortier c. Meubles Léon Itée*, 2014 QCCA 195; *Option Consommateurs c. Merck & Co inc.*, 2013 QCCA 57; *Tonnelier c. Québec (Procureur général)*, 2012 QCCA 1654.

au *Code de procédure civile* du recours collectif, devenu l'*action collective* le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

[29] Toutefois, en 2013, dans l'arrêt *Infineon*<sup>31</sup>, la Cour suprême, dans un exercice de synthèse de la jurisprudence sur les critères d'autorisation, est venue dissiper toute ambiguïté sur le pouvoir du juge d'autorisation : son rôle se borne à filtrer les demandes frivoles et à retenir celles où le demandeur présente une cause défendable eu égard aux faits et au droit applicable. Il convient de citer à ce propos un large extrait des notes souscrites conjointement par les juges LeBel et Wagner au nom de la Cour unanime, puisque tel est aujourd'hui l'état du droit :

[59] À l'étape de l'autorisation, le tribunal exerce un rôle de filtrage. Il doit simplement s'assurer que le requérant a satisfait aux critères de l'art. 1003 *C.p.c.*, sans oublier le seuil de preuve peu élevé prescrit par cette disposition. La décision du tribunal saisi de la requête en autorisation est de nature procédurale puisqu'il doit décider si le recours collectif peut être autorisé à aller de l'avant.

[60] Comme elle l'a souligné dans *Marcotte c. Longueuil (Ville)*, 2009 CSC 43, [2009] 3 R.C.S. 65, par. 22, notre Cour ainsi que la Cour d'appel du Québec ont toujours favorisé une interprétation et une application larges des conditions d'autorisation du recours collectif. Ainsi que l'a indiqué notre Cour dans cet arrêt, la jurisprudence a clairement voulu faciliter l'exercice des recours collectifs comme moyen d'atteindre le double objectif de la dissuasion et de l'indemnisation des victimes [...] :

... la jurisprudence a généralement établi que les conditions de l'article 1003 doivent être interprétées de façon non restrictive et qu'elles laissent peu de discrétion au tribunal lorsqu'elles sont remplies, sans pour autant que le tribunal ait à se prononcer sur le bien-fondé en droit des conclusions en regard des faits allégués.

[61] À la présente étape, le tribunal, dans sa fonction de filtrage, écarte simplement les demandes frivoles et autorise celles qui satisfont aux exigences relatives au seuil de preuve et au seuil légal prévus à l'art. 1003. Le but de cet examen n'est pas d'imposer un lourd fardeau au requérant, mais simplement de s'assurer que des parties ne soient pas inutilement assujetties à des litiges dans lesquels elles doivent se défendre contre des demandes insoutenables. La Cour d'appel a décrit l'exigence relative au seuil comme suit : « le fardeau en est un de démonstration et non de preuve » ou, en anglais, [TRADUCTION] « *the burden is one of demonstration and not of proof* » (*Pharmascience Inc. c. Option Consommateurs*, 2005 QCCA 437, [2005] R.J.Q. 1367, par. 25; voir également *Martin c. Société Telus Communications*, 2010 QCCA 2376 (CanLII), par. 32).

---

<sup>31</sup> *Infineon Technologies c. Option consommateurs*, [2013] 3 R.C.S. 600. Complémenté par *Vivendi Canada c. Dell'Aniello*, [2014] 1 R.C.S. 3.

[62] Plus particulièrement, dans le contexte de l'application de l'al. 1003b), notre Cour et la Cour d'appel ont utilisé divers termes, tant en français qu'en anglais, pour décrire et qualifier la fonction de filtrage exercée par le tribunal saisi d'une requête en autorisation d'un recours collectif. En 1981, le juge Chouinard écrivait qu'à l'étape de l'autorisation, la question est de déterminer si « les allégués justifient les conclusions *prima facie* ou dévoilent une apparence de droit » (*Comité régional des usagers*, p. 426). À son avis, le tribunal « écarte d'emblée tout recours frivole ou manifestement mal fondé et n'autorise que ceux où les faits allégués dévoilent une apparence sérieuse de droit » (p. 429).

[63] Dans une décision ultérieure, le juge Gonthier a expliqué que le requérant, à l'étape de l'autorisation, doit établir « une apparence sérieuse de droit », « un droit *prima facie* » ou, en anglais, « *a good colour of right*, [ . . . ] *a prima facie right* » (*Guimond c. Québec (Procureur général)*, [1996] 3 R.C.S. 347, par. 9-11). Il a en outre souligné que la Cour d'appel utilisait sensiblement les mêmes expressions, exigeant que le requérant établisse un « droit d'action qui paraisse sérieux » ou un « droit *prima facie* » (*Berdah c. Nolisair International Inc.*, [1991] R.D.J. 417 (C.A.), p. 420-421, le juge Brossard) ou « une apparence sérieuse de droit » (*Comité d'environnement de La Baie*, p. 661, le juge Rothman).

[64] Dans un arrêt prononcé quelques années auparavant, dans l'affaire *Marcotte*, les juges majoritaires et dissidents s'entendaient pour reconnaître que le requérant devait satisfaire au critère préliminaire de la « preuve à première vue » ou d'une « apparence de droit sérieuse » ou, en anglais, « *a good colour of right* », « *a prima facie case* » (par. 23, le juge LeBel, et par. 90 et 94, la juge Deschamps; voir également *Breslaw c. Montréal (Ville)*, 2009 CSC 44, [2009] 3 R.C.S. 131, par. 27; *Option Consommateurs c. Novopharm Ltd.*, 2008 QCCA 949, [2008] R.J.Q. 1350, par. 8 et 23).

[65] Comme nous pouvons le constater, la terminologie peut varier d'une décision à l'autre. Mais certains principes bien établis d'interprétation et d'application de l'art. 1003 C.p.c. se dégagent de la jurisprudence de notre Cour et de la Cour d'appel. D'abord, comme nous l'avons déjà dit, la procédure d'autorisation ne constitue pas un procès sur le fond, mais plutôt un mécanisme de filtrage. Le requérant n'est pas tenu de démontrer que sa demande sera probablement accueillie. De plus, son obligation de démontrer une « apparence sérieuse de droit », « *a good colour of right* » ou « *a prima facie case* » signifie que même si la demande peut, en fait, être ultimement rejetée, le recours devrait être autorisé à suivre son cours si le requérant présente une cause défendable eu égard aux faits et au droit applicable.

(Le Tribunal souligne)

[30] Dans le présent dossier, le droit invoqué par le demandeur est pour l'essentiel celui de la gratuité des services de santé assurés, prodigués à des personnes assurées par des professionnels de la santé rémunérés par la RAMQ en conformité avec des ententes tarifaires conclues avec les fédérations.

[31] Les récents arrêts de la Cour d'appel dans *Sibiga*<sup>32</sup>, *Masella*<sup>33</sup> et *Boiron*<sup>34</sup> s'inscrivent dans le droit fil des enseignements de l'arrêt *Infineon* en balisant au plus près l'exercice du pouvoir discrétionnaire du juge d'autorisation : celui-ci doit se borner à examiner le caractère soutenable du syllogisme juridique mis de l'avant par le demandeur sans verser dans l'analyse du mérite de celui-ci. Ce qui amène la Cour d'appel dans l'arrêt *Sibiga* à formuler la règle de prudence suivante :

[51] (...) This explains why courts should err on the side of caution and authorise the action where there is doubt as to whether the standard has been met. [...]

[52] (...) A motion judge should only weed out class actions that are frivolous or have no prospect of success. To meet this burden, the appellant did not need to prove the elements of the cause of action on the balance of probabilities.

(Le Tribunal souligne)

[32] Le soussigné dans un précédent jugement rendu dans le cadre du présent dossier a déjà cerné les leçons à tirer de cette série d'arrêts sans qu'il soit utile d'y revenir<sup>35</sup>.

[33] Il en résulte que bien des arguments soulevés à l'encontre de l'autorisation doivent à cette étape s'incliner devant la fonction sociale de l'action collective<sup>36</sup> du moment que le demandeur satisfait aux critères énoncés à l'article 575 C.p.c. Une fois ceux-ci respectés et le tri entre l'ivraie et le bon grain assuré, c'est au juge du procès et non pas au juge d'autorisation qu'il reviendra de résoudre les problèmes d'administration de la preuve que soulève le recours une fois intenté, d'examiner les arguments au mérite et de trancher les questions de fait et de droit<sup>37</sup>. L'article 588 C.p.c., conjugué aux pouvoirs généraux énoncés à l'article 49 C.p.c., donne assez de marge de manœuvre pour pallier le moment venu à toute éventualité.

[34] Dans l'intervalle, les ressources judiciaires consacrées à l'étape de l'autorisation doivent demeurer au diapason de la fonction de filtrage attendue du tribunal.

[35] Le niveau d'exigence à l'étape de l'autorisation étant ainsi établi, qu'en est-il de l'application au cas présent des critères d'autorisation?

<sup>32</sup> *Sibiga c. Fido Solutions*, 2016 QCCA 1299.

<sup>33</sup> *Masella c. TD Bank Financial Group*, 2016 QCCA 24.

<sup>34</sup> *Charles c. Boiron Canada*, 2016 QCCA 1716.

<sup>35</sup> 2016 QCCS 5715.

<sup>36</sup> *Western Canadian Shopping Centers inc. c. Dutton*, [2001] 2 R.C.S. 534, par. 26 à 29.

<sup>37</sup> *Nadon c. Ville d'Anjou*, [1994] R.J.Q. 1823 (C.A.).

### **3.2. Les faits allégués paraissent-ils justifier les conclusions recherchées (alinéa 575 (2<sup>o</sup>) C.p.c.)?**

[36] C'est le second critère de l'article 575 C.p.c. qui fonde les principaux arguments à l'appui ou à l'encontre de l'autorisation. Abordons-le donc en premier.

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

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

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

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

[40] Au soutien de ces propositions, le demandeur, comme on l'a vu, produit une preuve documentaire abondante à l'appui de plus de 400 paragraphes d'allégations de droit et de fait. Il puise à diverses sources, les unes sans doute plus fiables que d'autres, mais au total de nature à appuyer les éléments de son raisonnement déductif : frais facturés par les défendeurs à des personnes assurées dans le cadre d'un soin assuré, recours à la carte d'assurance maladie de ces dernières, preuves de paiement

---

<sup>38</sup> Ici, comme dans bien des cas, le demandeur ne formule pas un syllogisme au sens strict du terme, mais plutôt un raisonnement déductif, certes concluant mais dont les prémisses demandent encore à être démontrées.

<sup>39</sup> Ceux des défendeurs qui sont optométristes ou des cliniques d'optométrie ont soulevé des particularismes réglementaires fondés sur l'alinéa 3(1)(c) de la LAM qui ont pour effet de restreindre la gamme des services assurés dont le coût est assumé par la RAMQ. Ces distinctions pourront se révéler utiles au stade de l'action ou du recouvrement collectifs mais ne justifient pas, à l'étape de l'autorisation, de traiter leur cas de façon distincte.

par celles-ci à titre de personnes assurées, DIN des médicaments et agents anesthésiques administrés, prix coûtant des médicaments et agents anesthésiques, contenu des ententes, identification de la pratique de surfacturation comme moyen de financement de cabinets et cliniques privées, connaissance et tolérance de cette pratique par les pouvoirs publics comme par les fédérations de médecins et optométristes.

[41] À ce qui précède, les défendeurs opposent divers arguments dont celui, commun à tous, de la circularité de la définition du groupe sur lequel nous reviendrons plus loin, celui du caractère légal de la facturation aux personnes assurées de frais accessoires associés à l'administration de services assurés en clinique ou cabinet privé et, pour le compte du ministre, celui de l'immunité de l'État. Voyons tour à tour ces deux dernières propositions.

### 3.2.1. La légalité de la facturation des frais accessoires

[42] Les défendeurs plaident que, comme le permettait l'article 22, alinéa 9 de la LAM, les professionnels de la santé étaient autorisés à recevoir le paiement de frais accessoires dans les cas prévus à une entente et aux conditions qui y sont mentionnées. Or, selon eux, les ententes autorisent en toutes lettres la facturation des médicaments et agents anesthésiques. Ainsi, le *Manuel des médecins omnipraticiens*, au paragraphe 1.1.4, prévoit ce qui suit sous le titre **Frais accessoires** :

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

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

(Le Tribunal souligne)

[43] Utilisant une formulation différente, le *Manuel des médecins spécialistes* et le *Manuel des optométristes* sont à l'identique.

[44] Selon les défendeurs, il est évident que ce que le demandeur appelle la *surfacturation illégale* correspond à une forme de facturation spécifiquement autorisée et qu'on ne peut faire reproche aux médecins et optométristes et aux cliniques privées d'y avoir eu recours. La RAMQ soutient même, sans convaincre, que cette lecture de la LAM a reçu l'aval des tribunaux.

[45] Toutefois, la preuve qu'offre le demandeur à cette étape permet de penser, vu les différences importantes apparentes entre le prix coûtant des médicaments et agents anesthésiques et le prix facturé à titre de frais accessoires, que les cliniques et professionnels de la santé défendeurs pourraient avoir utilisé ce véhicule pour compléter la rémunération de base qui leur est versée en vertu des ententes tarifaires pour la dispensation de services de santé assurés malgré la prohibition

inscrite à ce propos dans la LAM. Or, c'est précisément ce hiatus interprétatif qui est au cœur de la démarche du défendeur et qui assoit son raisonnement déductif. Aucun défendeur ne prétend d'ailleurs que la facturation ait été faite sur la base du prix coûtant des médicaments et agents anesthésiques.

[46] Parmi les conclusions recherchées au chapitre des principales questions de droit et de fait à être traitées collectivement, le demandeur propose celle-ci :

Les médecins, les optométristes 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?

[47] Si on conclut par la négative à cette question, les patients des défendeurs qui auraient eu recours à cette pratique ont-ils le droit d'être remboursés des sommes payées en trop? En tolérant ce mode de facturation, le MSSS et la RAMQ ont-ils commis une faute entraînant leur responsabilité civile? Ces derniers sont-ils tenus de ce fait de rembourser les membres du groupe au nom d'une obligation *in solidum*? Voilà autant de questions auxquelles le tribunal chargé d'entendre l'action collective devra apporter réponse.

[48] Les conclusions recherchées par le demandeur ne portent donc pas uniquement sur le volet déclaratoire du problème tel que posé mais aussi sur l'impact financier que la *surfacturation* dite illégale a eu sur les membres du groupe. Ceci est d'autant plus vrai quand on considère la portée de la demande dirigée contre le MSSS et la RAMQ.

[49] Le Tribunal en vient donc à la conclusion que l'argument soulevé par les défendeurs voulant que la pratique de facturation que dénonce le demandeur serait légitime et conforme à la loi ne peut être tenu pour exact à cette étape. L'action collective telle que proposée demandera d'explorer en profondeur la notion de «coût» des médicaments et agents anesthésiques pour établir si la pratique a amené les médecins et optométristes défendeurs à exiger de leurs patients, dans la mesure où ils sont des personnes assurées, des paiements en rapport avec la dispensation d'un service assuré ou uniquement une compensation pour le coût des médicaments et agents anesthésiques. Posée de la sorte, la question n'est pas frivole et ne prélude pas à une demande insoutenable.

[50] Qu'en est-il maintenant de l'argument de la Procureure générale du Québec relatif à l'immunité de l'État pour omission d'agir?

### 3.2.2. L'immunité de l'État

[51] L'argument que développe la PGQ à l'encontre de la demande d'autorisation repose principalement sur le fait que le défaut du MSSS d'intervenir par la voie législative ou par d'autres moyens pour mettre fin à la pratique de la surfacturation dite

illégal est une décision purement politique qui n'est pas susceptible de révision par les tribunaux.

[52] L'argument n'est pas dénué de valeur. Sauf que ce n'est pas, à cette étape-ci, au Tribunal d'en décider. Le faire maintenant sur cette base équivaldrait à traiter les arguments à l'encontre de l'autorisation comme une requête en irrecevabilité fondée sur l'alinéa 168 (2) C.p.c. Avec respect, le Tribunal estime que la PGQ confond les deux moyens procéduraux.

[53] En effet, le rôle du juge d'autorisation, en vertu de l'alinéa 575 (2<sup>o</sup>) C.p.c., est d'étudier les faits pour s'assurer qu'ils paraissent justifier les conclusions.

[54] Or, un élément prédomine dans la demande d'autorisation, dont la PGQ fait abstraction, qui jette un éclairage différent de celui purement théorique qu'elle développe : les faits allégués démontrent que les frais accessoires qui sont au cœur de la démarche du demandeur et la pratique de surfacturation qu'il dit être illégale sont connus des ministres successifs depuis belle lurette sans que les pouvoirs publics ne puisent dans les moyens que la loi met à leur disposition pour y mettre fin : paragraphes 3, 3.1, 5.2.2, 5.21.8, 5.21.10, 5.21.11, 5.27, 5.33, 5.57, 5.59.1, 5.65, 5.69, 5.71, 5.72, 5.73, 5.83, 5.87, 5.98.0.2, 5.98.1, 5.98.1.1.1., 5.98.1.2, 5.98.1.3, 5.98.1.4, 5.98.1.7, 5.98.3, ainsi que les pièces invoquées à leur soutien.

[55] Certes, plusieurs allégations contiennent une part d'appréciation des faits qui ne peut servir à fonder une autorisation d'exercer une action collective<sup>40</sup>. Mais elles alignent surtout des faits purs, des dates, des enchaînements qui ne permettent pas au Tribunal d'exclure d'emblée la mauvaise foi de l'État dans le traitement de la question à l'étude, bien que le demandeur soit à ce chapitre encore loin de la coupe aux lèvres.

[56] Malgré ce que plaide la PGQ, le Tribunal ne peut faire abstraction entre autres du Rapport du *Comité de travail sur les frais accessoires* présidé par M. Jean-Pierre Chicoine, remis au ministre le 3 octobre 2007<sup>41</sup>. Parmi les 16 membres de ce comité, trois provenaient du MSSS.

[57] Ce rapport s'intéresse à la question des frais accessoires et à leur vraie nature dans la perspective d'un encadrement adéquat. Il prend acte du fait que la RAMQ a précédemment informé le ministre 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»<sup>42</sup>. Il identifie le problème que soulève aujourd'hui le demandeur en ces termes :

---

<sup>40</sup> *Mazzonna c. Daimler Chrysler Financial Services Canada Inc.*, 2012 QCCS 958.

<sup>41</sup> Pièce R-36.

<sup>42</sup> *Id.*, p. 1.

Les exceptions qui sont effectivement prévues aux ententes et qui concernent les médicaments et les substances anesthésiques ont fait l'objet d'une interprétation assez large par les médecins de cabinet privé pour tenter de pallier à un problème de financement.

L'expression «frais accessoires» englobe donc, dans la compréhension qu'en ont les médecins de cabinet privé, la constante préoccupation d'un financement à la hauteur de leur participation à un réseau intégré de services de santé.<sup>43</sup>

(Le Tribunal souligne)

[58] Cette façon créative de la part de médecins, optométristes et cliniques d'aller chercher une contribution auprès des personnes assurées pour tenir compte des nouveaux vecteurs de dispensation des services assurés à l'extérieur de l'hôpital constitue-t-elle une violation de la LAM et une *surfacturation illégale*? Informés de ce problème, les ministres successifs, en laissant porter comme ils semblent l'avoir fait, ont-ils délibérément fait injure au principe de la gratuité des services de santé? Doit-on conclure à la mauvaise foi de l'État dans un tel cas au point où le défaut d'agir constituerait une faute civile dont le ministre serait redevable au public? Pourrait-il être tenu de le faire alors que le MSSS n'est pas partie prenante à la relation professionnelle entre la personne assurée et le professionnel de la santé participant? Il appartiendra au juge chargé d'entendre l'action collective d'en décider.

[59] Ce qui ne signifie pas pour autant que l'immunité de l'État doive être écartée d'emblée. Dans l'analyse qu'il fait, dans le cadre de l'affaire *Cilinger*<sup>44</sup>, de la responsabilité du Gouvernement pour ne pas avoir pris les mesures requises pour fournir des services de radiothérapie dans un délai raisonnable, le juge Bishop, alors de cette cour, établit, dans la foulée de l'arrêt *Just* de la Cour suprême<sup>45</sup>, la distinction entre les décisions de pure politique et les décisions opérationnelles. Il en retient que, dans le cas des premières, le gouvernement n'est pas sujet à une obligation de diligence dans les situations qui résultent de ces décisions et qu'il n'a pas d'obligation légale envers les membres du groupe. Ce n'est que lorsque les décisions de politique sont prises de mauvaise foi ou de façon manifestement déraisonnable au point d'excéder le pouvoir discrétionnaire du gouvernement qu'elles peuvent être attaquées en justice. Comme le demandeur dans l'affaire *Cilinger* n'avait établi *prima facie* ni l'une ni l'autre de ces possibilités, le tribunal a refusé d'autoriser un recours collectif contre le Procureur général du Québec. La Cour d'appel a par la suite confirmé la conclusion du juge d'autorisation.

---

<sup>43</sup> *Id.*, p. 4.

<sup>44</sup> *Cilinger c. Centre hospitalier de Chicoutimi*, [2004] R.J.Q. 3083.

<sup>45</sup> *Just c. Colombie-Britannique*, [1989] 2 R.C.S. 1228. Aussi, *Brown c. Colombie Britannique*, [1994] 1 R.C.S. 420.

[60] La PGQ invite le Tribunal à adopter la même position et à rejeter la demande d'autorisation dirigée contre elle dès maintenant. Le Tribunal ne peut se rendre à cette demande.

[61] Avant de ce faire, le Tribunal a pris soin de lire la *Requête ré-amendée pour autoriser l'exercice d'un recours collectif* dans le dossier *Cilinger* pour la comparer avec la présente demande d'autorisation.

[62] Dans *Cilinger*, il est facile d'isoler les allégations dirigées contre le PGQ et d'en conclure qu'elles ne visent que des questions de politique et non des facteurs opérationnels<sup>46</sup>. D'autant plus que des éléments de preuve en ce sens avaient été versés au dossier dans le cadre de la contestation écrite. Cette distinction est moins évidente dans le présent dossier lorsqu'on lit la demande d'autorisation dans son ensemble, tout en ayant soin ce faisant d'écarter au passage l'interprétation des faits que suggère le demandeur dans le cadre des nombreux commentaires éditoriaux qui ponctuent son acte de procédure.

[63] Il est possible qu'à la fin de l'instruction de l'action, eu égard à la preuve présentée de part et d'autre, le Tribunal conclut à la bonne foi du Gouvernement dans l'exercice de son pouvoir politique malgré le fait qu'il ait pu être alerté il y a longtemps que la pratique des frais accessoires, telle qu'on l'a connue, pouvait saper la gratuité des services de santé assurés. Mais, à partir des faits, documents, citations et données allégués et de la chronologie des événements, il est aussi possible que le Tribunal conclut que la passivité mal motivée ou le laxisme du MSSS ne puissent être tenus pour l'exercice de bonne foi d'un pouvoir discrétionnaire<sup>47</sup>. Or, cet aspect du dossier est ici spécifiquement soulevé alors qu'il ne l'était ni dans l'affaire *Cilinger*, ni dans le dossier *Just*.

[64] Le Tribunal en conclut que le demandeur remplit à ce chapitre son fardeau de démonstration. Ainsi donc, les faits allégués paraissent justifier les conclusions recherchées contre le ministre et la RAMQ.

### 3.2.3. Des carences

[65] Parmi les questions de droit et de fait proposées par le demandeur se retrouvent celles-ci :

Les membres du groupe qui ont reporté ou arrêté leurs traitements en raison des frais accessoires illégaux ont-ils droit au paiement, de la part du médecin intimé, de l'optométriste intimé ou de la clinique intimée, de la RAMQ et du MSSS, conjointement et solidairement, de dommages-intérêts pour troubles et inconvénients et pour dommages moraux, plus l'intérêt légal et l'indemnité

<sup>46</sup> Paragraphes 28 à 32, 69 à 72, 80, 88, 92 et 103.

<sup>47</sup> *Ville de Kamloops c. Nielsen*, [1984] 2 R.C.S. 2.

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?

Ces membres du groupe ont-ils aussi droit à des dommages punitifs?

[66] À ces questions, le demandeur associe les conclusions recherchées suivantes :

**CONDAMNER** la RAMQ et le MSSS, conjointement et solidairement avec les médecins, les optométristes et les cliniques intimés, à verser aux membres du groupe qui ont reporté ou arrêté leurs traitements en raison des frais accessoires illégaux, à des dommages-intérêts pour troubles et inconvénients et pour dommages moraux, l'intérêt légal et l'indemnité additionnelle prévue au *Code civil du Québec*, les intérêts courant à partir de la date de signification de la requête pour autorisation d'exercer un recours collectif;

**CONDAMNER** les médecins, les optométristes et les cliniques intimés, la RAMQ et le MSSS à des dommages punitifs pour les membres qui ont reporté ou arrêté leurs traitements en raison des frais accessoires illégaux et **ORDONNER** le recouvrement collectif de ces sommes;

[67] D'où ces mots qui concluent la description du groupe recherchée :

[...] ou qui ont reporté ou arrêté une intervention prévue après avoir été informées que de tels frais leur seraient imposés

[68] Or, autant la demande d'autorisation est-elle fouillée au soutien du raisonnement déductif décrit précédemment, autant elle est économe d'allégations de fait à propos des conclusions voulant que des personnes assurées aient dû reporter ou mettre fin à un traitement en raison des frais accessoires.

[69] C'est ainsi que le demandeur consacre plus de 150 paragraphes au fil desquels il détaille des cas spécifiques de facturation par des médecins, optométristes et cliniques privées de médicaments et agents anesthésiques allant selon lui bien au-delà du prix coûtant. Ces nombreuses allégations cadrent avec les autres propositions de la demande d'autorisation voulant qu'il s'agisse-là d'un moyen indirect de facturer aux patients assurés un supplément à ce que leur verse la RAMQ pour le service assuré.

[70] Par contre, il n'y a aucune allégation précise de faits au soutien de la proposition que des traitements aient été reportés ou abandonnés à cause de cette pratique. Aucun cas concret, aucune situation spécifique n'est invoquée à l'appui de cette prétention qui ne peut s'inférer par ailleurs des allégations auxquelles réfère le paragraphe précédent. Le demandeur lui-même n'a pas été confronté à un tel choix.

[71] Le cas de la personne assurée mentionné aux paragraphes 5.97.1.40 et 5.97.1.40.1 ne convainc pas le Tribunal puisque rien ne démontre que celle-ci a «reporté ou arrêté» un traitement en raison des «frais accessoires illégaux». Elle a tout

simplement refusé de verser la somme demandée et s'est adressée ailleurs. Le traitement, advenant qu'il s'agisse d'un service assuré au sens de la Loi, n'a pas été abandonné ou arrêté en raison des frais accessoires mais en raison d'un différend entre le professionnel de la santé et cette personne si on se fie à l'allégation et à la preuve offerte à son soutien<sup>48</sup>.

[72] L'autre cas, allégué au paragraphe 5.108.1 de la demande, est celui d'une personne de 70 ans qui aurait été incapable de verser 500\$ de frais accessoires pour une coloscopie en clinique privée et dont le nom aurait été placé sur une longue liste d'attente à l'Hôpital général juif. Encore une fois, cette situation ne correspond pas à la conclusion recherchée. D'abondant, les sources d'information du demandeur à ce propos s'avèrent précaires : un article du *Devoir* du 7 février 2014<sup>49</sup> qui ne réfère aucunement à ce cas précis et un extrait du site Internet de *TVA Nouvelles* du 18 juin 2015 sous le titre *Les frais accessoires dérangeants*<sup>50</sup>.

[73] Or, «de simples affirmations sans assise factuelle sont insuffisantes pour établir une cause défendable» écrit la Cour d'appel dans l'arrêt *Boiron* déjà mentionné<sup>51</sup>. Au soutien des conclusions recherchées sur cet aspect, le demandeur n'offre que de vagues allégations d'ordre spéculatif qui ne paraissent pas justifier les conclusions recherchées.

[74] Il n'y a donc pas lieu d'accorder l'autorisation sur ce volet de la demande.

[75] Il en résulte que la description du groupe proposé doit être modifiée par effet de miroir<sup>52</sup>.

### **3.3. La présence des questions de droit ou de fait identiques, similaires ou connexes (alinéa 575 (1<sup>o</sup>) C.p.c.)**

[76] Les défendeurs proposent que les demandes des membres du groupe que propose le demandeur ne soulèvent pas de questions justifiant l'autorisation demandée. Le Tribunal ne partage pas ce point de vue.

#### **3.3.1. Le caractère d'identité, de similarité ou de connexité des questions**

[77] Certains des défendeurs, dont la PGQ et la RAMQ, formulent le critère de la façon suivante : la présence de questions de droit ou de fait identiques, similaires ou connexes susceptibles de faire avancer le débat de manière non négligeable. Avec

---

<sup>48</sup> Pièce R-57AN1.

<sup>49</sup> Pièce R-57.

<sup>50</sup> Pièce R-61A.

<sup>51</sup> Préc., note 34.

<sup>52</sup> *Collectif de défense des droits de la Montérégie (CDDM) c. Centre hospitalier Régional du Suroît*, 2011 QCCA 826; *Tremaine c. A.H. Robbins Canada inc.*, [1990] R.D.J. 500 (C.A.).

respect, ce n'est pas ce que le législateur a prévu et c'est faire jouer à l'arrêt *Vivendi*<sup>53</sup> un rôle qu'il n'a pas en reformulant ce que le *Code de procédure civile* énonce. Les suivre dans la portée qu'ils donnent à cet arrêt de la Cour suprême mènerait le juge d'autorisation à chercher des réponses communes plutôt qu'à cerner au moins une question qui soit identique, similaire ou connexe aux membres du groupe proposé.

[78] Il est évident ici que l'action collective mènera à des solutions diverses en fonction d'une panoplie de situations particulières une fois données les réponses aux questions communes. Des regroupements devront être faits en temps et lieu. Mais comme l'établit l'arrêt *Vivendi* :

Le *C.p.c.* n'exige pas une réponse commune, mais plutôt une question commune qui puisse faire progresser le règlement du litige pour l'ensemble des membres du groupe.<sup>54</sup>

[79] Même s'il s'agit d'une affaire qui s'appuie sur le droit judiciaire de l'Alberta, l'arrêt *Dutton*<sup>55</sup>, auquel réfère la Cour d'appel du Québec dans divers arrêts dont *Collectif de défense des droits de la Montérégie (CDDM)* déjà cité<sup>56</sup>, établit les principes pour décider si une action collective soulève une ou plusieurs questions dites communes. Au nom de la Cour, la juge en chef McLachlin écrit au paragraphe 39 de l'arrêt *Dutton* :

Les critères de communauté ont toujours été une source de confusion pour les tribunaux. Il faut aborder le sujet de la communauté en fonction de l'objet. La question sous-jacente est de savoir si le fait d'autoriser le recours collectif permettra d'éviter la répétition de l'appréciation des faits ou de l'analyse juridique. Une question ne sera donc « commune » que lorsque sa résolution est nécessaire pour le règlement des demandes de chaque membre du groupe. Il n'est pas essentiel que les membres du groupe soient dans une situation identique par rapport à la partie adverse. Il n'est pas nécessaire non plus que les questions communes prédominent sur les questions non communes ni que leur résolution règle les demandes de chaque membre du groupe. Les demandes des membres du groupe doivent toutefois partager un élément commun important afin de justifier le recours collectif. Pour décider si des questions communes motivent un recours collectif, le tribunal peut avoir à évaluer l'importance des questions communes par rapport aux questions individuelles. Dans ce cas, le tribunal doit se rappeler qu'il n'est pas toujours possible pour le représentant de plaider les demandes de chaque membre du groupe avec un degré de spécificité équivalant à ce qui est exigé dans une poursuite individuelle.

(Le Tribunal souligne)

---

<sup>53</sup> Préc., note 31.

<sup>54</sup> *Id.*, par. 4.

<sup>55</sup> *Western Canadian Shopping Centres Inc. c. Dutton*, [2001] 2 R.C.S. 534

<sup>56</sup> Préc., note 52.

[80] C'est cette même idée que développe la Cour d'appel dans l'arrêt *Collectif de défense des droits de la Montérégie* mentionné plus haut :

Or, la seule présence d'une question de droit commune, connexe ou similaire est suffisante pour satisfaire la condition à l'article 1003a) C.p.c. si elle n'est pas insignifiante sur le sort du recours; elle n'a cependant pas à être déterminante pour la solution du litige [...] Il suffit en fait qu'elle permette l'avancement des réclamations sans une répétition de l'analyse juridique.<sup>57</sup>

[81] Les défendeurs soulignent que le moment venu les différences entre les réclamations des membres et la nécessité pour chacun de prouver que le service prodigué était assuré au sens de la LAM mèneront à autant de «*mini-procès*» qu'il y a de membres compris dans le groupe. Bien sûr qu'il est possible que la résolution des questions communes ne règle pas le litige au complet. Mais le spectre que brandissent les défendeurs de devoir par la suite décider d'une suite de procès succincts est un argument tombé en désuétude puisqu'il est aujourd'hui reconnu que la nécessité de prouver, une fois l'action collective accueillie, les dommages subis par chaque membre du groupe ne fait plus obstacle à l'action collective<sup>58</sup>.

[82] De plus, dans l'arrêt *Vivendi*, la Cour suprême conclut que l'approche flexible dans l'application du critère de la communauté de questions, développée à partir du droit judiciaire des provinces de common law et déjà retenue par la Cour d'appel du Québec, se justifie au vu de l'article 1003 C.p.c. maintenant devenu l'article 575 C.p.c. En effet, la notion de «questions communes» est à proprement parler l'apanage du droit judiciaire des provinces de common law qui ont légiféré en matière d'action collective. Or, ces mots n'ont pas été repris par le législateur québécois qui a préféré avoir recours aux mots «questions de fait ou de droit identiques, similaires ou connexes». Ce qui amène la Cour suprême dans *Vivendi*, à écrire :

[53] Bien que l'expression «questions communes» soit employée fréquemment dans la jurisprudence et la doctrine québécoises, son contenu ne coïncide pas parfaitement avec celui de l'expression «questions de droit ou de fait identiques, similaires ou connexes». Il serait difficile de soutenir qu'une question simplement «connexe» ou «similaire» puisse toujours satisfaire au critère de la «question commune» des provinces de common law. L'analyse applicable en droit québécois apparaît donc moins exigeante.

[83] C'est cette approche flexible que la Cour d'appel adoptait déjà en 1990, dans l'arrêt *Comité d'environnement de La Baie*<sup>59</sup> lorsqu'elle écrivait :

<sup>57</sup> *Id.*, par. 22.

<sup>58</sup> *Marcotte c. Banque de Montréal*, 2009 QCCS 2764; *Thibault c. St-Jude Medical et St-Jude Medical Canada inc.*, J.E. 2004-1924 (C.S.); *Hotte c. Servier Canada inc.*, J.E. 2002-259 (C.S.).

<sup>59</sup> *Comité d'environnement de La Baie Inc. c. Société d'électrolyse et de chimie Alcan Ltée*, [1990] R.J.Q. 655, 659.

[TRADUCTION] Toutefois, l'alinéa 1003a) n'exige pas que *toutes* les questions de droit ou de fait soulevées par les réclamations des membres soient identiques, similaires ou connexes. Il n'exige même pas que ces questions soient en majorité identiques, similaires ou connexes. D'après le texte de cette disposition, il suffit que les réclamations des membres soulèvent *certaines* questions de droit ou de fait suffisamment similaires ou suffisamment connexes pour justifier un recours collectif.

(Le Tribunal souligne)

[84] Bref, du moment que le demandeur établit la présence d'au moins une question qui soit identique, similaire ou connexe aux membres du groupe dont la réponse est une étape à l'indemnisation individuelle, le critère de l'alinéa 575(1<sup>o</sup>) C.p.c. est respecté. Le moment venu, les *mini-procès* permettent de donner corps au niveau individuel à la réponse donnée au niveau collectif à la ou aux questions identiques, similaires ou connexes.

[85] Or, dans le cas présent, les faits allégués, tenus pour avérés, indiquent que des personnes assurées ont été facturées par des médecins, des optométristes et des cliniques privées pour des médicaments et agents anesthésiques au-delà du prix coûtant. Même si les ententes tarifaires avec les fédérations ne forment pas de balise à ce propos, la LAM et l'économie générale du système public d'assurance maladie font-elles obstacle à ce qui apparaît être une pratique partagée par des professionnels de la santé dont les défenseurs? De cette question découlent les autres questions de fait et de droit que propose le demandeur. De la réponse qu'on leur donnera dépendra par la suite le sort des réclamations individuelles des membres. Cela suffit pour satisfaire au critère de l'alinéa 575(2<sup>o</sup>) C.p.c.

### **3.3.2. La circularité de la description du groupe**

[86] Quant à l'argument de la circularité de la description du groupe qu'invoquent plusieurs défenseurs, il repose sur une méprise, cela dit avec respect.

[87] On sait que la définition du groupe doit satisfaire aux conditions énoncées par la Cour d'appel en 2006 dans l'arrêt *George*<sup>60</sup>, si souvent cité :

[40] De ces arrêts se dégagent les enseignements applicables à la définition du groupe dans le cadre d'une demande d'autorisation pour exercer un recours collectif :

1. La définition du groupe doit être fondée sur des critères objectifs;
2. Les critères doivent s'appuyer sur un fondement rationnel;
3. La définition du groupe ne doit être ni circulaire ni imprécise;

<sup>60</sup> *George c. Québec (Procureur général)*, 2006 QCCA 1204.

4. La définition du groupe ne doit pas s'appuyer sur un ou des critères qui dépendent de l'issue du recours collectif au fond.

[88] Les défendeurs plaident que la définition du groupe dépend de l'issue de l'action collective au fond et qu'elle est de ce fait circulaire.

[89] Or, la définition circulaire est celle qui ramène au point de départ : font partie du groupe les personnes qui se qualifient pour être membres du groupe. Mais ce n'est pas ce que propose ici le demandeur. Sa définition du groupe n'est pas repliée sur elle-même mais plutôt rectiligne et axée vers une solution au problème soulevé.

[90] Dans sa mouture finale du 30 mai 2017, la description du groupe se décompose ainsi :

- a) toutes les personnes
- b) qui ont déboursé une somme d'argent
- c) suite à une facturation au-delà du prix coûtant
- d) pour des frais de médicaments ou d'agents anesthésiques
- e) accessoires à un service donné par un médecin, un optométriste ou une clinique
- f) qui a été payé par la Régie de l'assurance maladie du Québec
- g) entre le 15 mai 2011 et le 26 janvier 2017.

[91] S'y retrouvent les notions de personnes assurées et de services assurés au sens de la LAM puisque la RAMQ ne paye que les services assurés à des personnes assurées ainsi que le concept de surfacturation des services assurés qui est au cœur du raisonnement déductif.

[92] La composition du groupe n'est donc pas tributaire de l'issue du litige, comme le prétendent les défendeurs, mais de données objectives qui permettent de regrouper ses membres. Seul le succès de leurs demandes fédérées dépend du sort de l'action, ce qui est le propre de tout recours en justice. Une fois les questions d'ensemble tranchées et si le juge du procès leur donne raison, les membres pourront réclamer le trop-payé. Des questions logistiques se poseront dans cette éventualité qu'il appartiendra au tribunal de trancher une fois rendu là mais qui ne rendent pas pour autant circulaire la définition du groupe.

[93] N'est donc pas membre du groupe celui qui a droit au remboursement du trop-payé mais celui qui a payé des frais accessoires à un service assuré au-delà de ce qui pouvait lui être réclamé. Si le tribunal en vient à la conclusion que les médecins, optométristes et cliniques privées avaient le droit de facturer comme ils l'ont fait, les

membres du groupe n'auront droit à aucun remboursement mais ils n'en auront pas moins été membres pour autant. Dans cette éventualité, ceux-ci verront alors tout simplement leurs demandes rejetées comme dans toute autre action en justice.

[94] Terminons l'analyse de ce critère en citant *in extenso* les paragraphes 71 à 74 de l'arrêt *Infineon* qui se passent de commentaires additionnels :

[71] Selon les appelantes, la seule question commune aux membres du groupe proposé consiste à décider si les appelantes ont commis une faute. En raison de la variété des produits équipés de DRAM, du grand nombre de canaux de distribution et de leur complexité, des différences inhérentes entre les acheteurs directs et indirects et de la nature de la réclamation globale, elles plaident qu'il serait impossible pour le juge du procès d'établir le préjudice ou le lien de causalité pour l'ensemble du groupe.

[72] Cette thèse comporte des lacunes. Il n'est pas nécessaire, en effet, que les demandes individuelles des membres du groupe proposé soient fondamentalement identiques les unes aux autres. Le seuil nécessaire pour établir l'existence des questions communes à l'étape de l'autorisation est peu élevé. Comme l'a souligné la Cour d'appel dans l'arrêt *Collectif de défense des droits de la Montérégie (CDDM) c. Centre hospitalier régional du Suroît du Centre de santé et de services sociaux du Suroît*, 2011 QCCA 826 (CanLII), par. 22, même la présence d'une seule question de droit identique, similaire ou connexe serait suffisante pour satisfaire à l'exigence de la question commune prévue à l'al. 1003a), pourvu que son importance soit susceptible d'influencer le sort du recours collectif.

[73] Il n'est pas nécessaire non plus que chaque membre du groupe adopte un point de vue identique ni même similaire relativement au défendeur ou au préjudice subi. Pareille exigence serait incompatible avec le souci de l'économie des ressources judiciaires auquel les recours collectifs répondent en permettant d'éviter les instances dédoublées ou parallèles (voir *Western Canadian Shopping Centres Inc. c. Dutton*, 2001 CSC 46, [2001] 2 R.C.S. 534, par. 27). La Cour d'appel a résumé ce principe dans l'arrêt *Guilbert c. Vacances sans Frontière Ltée*, [1991] R.D.J. 513 :

Le fait que tous les membres du groupe ne sont pas dans des situations parfaitement identiques, ne prive pas celui-ci de son existence ou de sa cohérence. Une rigueur excessive dans la définition du groupe priverait le recours de toute utilité [...] dans des situations où les réclamations sont souvent modestes, les réclamants nombreux et le traitement individuel des dossiers difficile. [p. 517]

[74] En appliquant ces principes à l'espèce, le juge saisi de la requête et la Cour d'appel ont conclu à juste titre qu'aucune différence entre les membres du groupe proposé à l'étape de l'autorisation ne portait atteinte à l'unité du groupe nécessaire à l'égard de l'exigence relative à l'existence de questions communes. Tous les membres, sans égard à leur situation personnelle,

possèdent en commun l'intérêt tant de prouver l'existence d'un complot pour la fixation des prix que de maximiser le montant des pertes résultant de la surfacturation illégale. Les différences entre les relations des acheteurs directs avec les appelantes et celles des acheteurs indirects ne modifient en rien leur intérêt collectif à l'égard de ces questions de faute et de responsabilité. Toute question relative aux conflits d'intérêts peut être traitée au procès même.

(Le Tribunal souligne)

[95] Le demandeur satisfait donc au critère de la présence de questions de fait et de droit identiques, similaires ou connexes.

### **3.4. Impossibilité d'appliquer les règles du mandat (alinéa 575 (3°) C.p.c.)**

[96] Les défendeurs ne contestent pas que la composition du groupe rend difficile voire impossible l'application de l'article 91 C.p.c.

### **3.5. La qualité du demandeur pour agir (alinéa 575 (4°) C.p.c.)**

[97] Il n'y a pas à douter que le demandeur réunit les conditions pour se voir attribuer le statut de représentant.

[98] L'auteur Pierre-Claude Lafond<sup>61</sup>, que cite avec approbation à ce sujet la Cour suprême dans l'arrêt *Infineon*<sup>62</sup>, écrit que la représentation adéquate impose l'examen de trois facteurs : l'intérêt à poursuivre, la compétence et l'absence de conflit avec les membres du groupe.

[99] La demande établit que M. Léveillé a un intérêt à poursuivre. Atteint d'un problème oculaire, il a dû assumer à diverses reprises des factures de médicaments<sup>63</sup> au-delà de ce qu'il allègue être leur prix coûtant<sup>64</sup> et dont il réclame le remboursement.

[100] Son implication dans la demande d'autorisation est absente de tout conflit avec les membres du groupe qu'il entend représenter.

[101] Sa demande témoigne du fait qu'il s'intéresse au problème, qu'il a consacré son temps à préparer le dossier<sup>65</sup> et qu'il ne ménage pas ses efforts<sup>66</sup>. Il a créé un site Web auquel 600 membres éventuels se sont inscrits. Il s'est astreint à être présent en salle

<sup>61</sup> Pierre-Claude LAFOND, *Le recours collectif comme voie d'accès à la justice pour les consommateurs*, Montréal, Les Éditions Thémis, 1996.

<sup>62</sup> Préc., note 31, par. 149.

<sup>63</sup> Pièce R-62, en liasse.

<sup>64</sup> Pièce R-17 et R-87.

<sup>65</sup> Paragraphes 13.8 à 13.12 de la Demande d'autorisation.

<sup>66</sup> *Château c. Placements Germarich inc.*, [1990] R.D.J. 625.

d'audience durant la plus grande partie de l'instruction de sa demande. Il répond en tout point à ce qui est attendu d'une personne qui demande le statut de représentant.

[102] Par ailleurs, on sait que la perfection ne peut être exigée<sup>67</sup> et que le tribunal conserve le pouvoir, advenant qu'un représentant se révèle en-dessous des attentes au point de ne plus être en mesure d'assurer une représentation adéquate des membres, de le substituer (alinéa 589(2<sup>o</sup>) C.p.c.).

[103] De toute façon, la Cour suprême, toujours dans *Infineon*, nous enseigne qu'«(a)ucun représentant proposé ne devrait être exclu, à moins que ses intérêts ou sa compétence ne soient tels qu'il serait impossible que l'affaire survive équitablement». Tel n'est pas le cas ici.

[104] Le demandeur a donc la qualité pour agir.

#### 4. DISPOSITIF

[105] **POUR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL :**

[106] **AUTORISE** la modification apportée le 30 mai 2017 par le demandeur à la description du groupe;

[107] **DONNE ACTE** du désistement du demandeur à l'endroit des défendeurs GMF Centre médical du Parc, 2754-9187 Québec inc. et André Quirion M.D. inc.;

[108] **ACCUEILLE** en partie la demande d'autorisation d'exercer une action collective;

[109] **AUTORISE** l'exercice d'une action collective ainsi décrite :

Une action en remboursement des sommes facturées pour des services assurés aux personnes assurées par des médecins, optométristes et cliniques privées au-delà du prix coûtant des médicaments et agents anesthésiques de même qu'en responsabilité civile de la Procureure générale du Québec et de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

[110] **ATTRIBUE** au demandeur Philippe Léveillé le statut de représentant aux fins d'exercer cette action collective pour le compte du groupe ainsi décrit :

Toutes les personnes qui ont déboursé une somme d'argent suite à une facturation, au-delà du prix coûtant, pour des frais de médicaments ou d'agents anesthésiques accessoires à un service assuré prodigué par un médecin, un optométriste ou une clinique privée qui a été rémunéré par la

---

<sup>67</sup> *Sibiga*, préc., note 32, par 107.

Régie de l'assurance maladie du Québec, entre le 15 mai 2011 et le 26 janvier 2017.

[111] **IDENTIFIE** comme suit les principales questions de droit et de fait à être traitées collectivement :

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

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

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

Cette facturation représente-t-elle une rémunération supplémentaire à la rémunération de base versée par la *Régie de l'assurance maladie du Québec* pour un acte assuré? Dans l'affirmative, s'agit-il d'une forme de facturation prohibée par la *Loi sur l'assurance maladie*?

Dans ce cadre, les membres du groupe ont-ils droit au remboursement de la part des médecins, optométristes ou cliniques privées appelés comme défendeurs du montant des frais qui leur ont été illégalement imposés, plus l'intérêt légal et l'indemnité additionnelle prévue à l'article 1619 C.c.Q.?

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

Dans l'affirmative, l'obligation de rembourser le trop-payé qui incombe au MSSS et à la RAMQ en vertu d'une obligation extracontractuelle et l'obligation du même type qui incombe aux médecins, optométristes et cliniques privées en vertu d'une obligation contractuelle, sont-elles des obligations dites *in solidum*?

[112] **IDENTIFIE** comme suit, à cette étape-ci du dossier et sous réserve de la preuve de part et d'autre, les conclusions recherchées qui s'y rattachent :

**ACCUEILLIR** l'action collective contre les défendeurs;

**CONDAMNER** les médecins, optométristes et cliniques privées appelés comme défendeurs à restituer à leurs patients membres du groupe le montant illégalement facturé de même que l'intérêt légal et l'indemnité additionnelle prévue à l'article 1619 C.c.Q. et **ORDONNER** le recouvrement collectif de ces sommes;

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

**DÉCLARER** que l'obligation de restitution de la part des médecins, optométristes et cliniques privées appelés comme défendeurs, d'une part, et l'obligation de compensation de la part de la RAMQ et du MSSS, d'autre part, sont des obligations dites *in solidum*;

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

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

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

[113] **DÉCLARE** qu'à moins d'exclusion, les membres du groupe seront liés par tout jugement à intervenir sur le recours collectif de la manière prévue à la loi;

[114] **FIXE** le délai d'exclusion à soixante (60) jours après la publication de l'Avis aux membres, à l'expiration duquel les membres du groupe qui ne se seront pas exclus seront liés par le jugement à intervenir;

[115] **ORDONNE** au représentant de préparer un projet d'avis aux membres, de le communiquer aux avocats des défendeurs et de le transmettre le jour même au soussigné pour approbation dans les trente (30) jours du présent jugement;

[116] **ORDONNE** aux défendeurs, par la voix de leurs avocats, de faire connaître au soussigné leurs commentaires sur le projet d'avis aux membres dans les trente (30) jours de sa communication;

[117] **ORDONNE** la publication de l'Avis aux membres dans les soixante (60) jours de son approbation dans les journaux *La Presse+*, *Le Devoir*, le *Journal de Québec* en français, et *The Gazette*, en anglais, une seule fois;

[118] **ORDONNE** que l'action collective soit introduite dans le district judiciaire de Montréal;

[119] **AVEC** les frais de justice à être partagés entre les défendeurs, à raison de 50% par les médecins, optométristes et cliniques privées appelés comme défendeurs et 50% par le MSSS et la RAMQ, y compris les frais rattachés à la publication de l'Avis aux membres.

  
MICHEL YERGEAU, J.C.S.

Me Cory Verbauwhede  
Me Bruno Grenier  
Grenier Verbauwhede Avocats

Me Peter Shams, avocat-conseil  
Avocats du demandeur

Me Rima Kayssi  
Me Lizann Demers  
Bernard Roy  
Avocates de la défenderesse Procureure générale du Québec

Me Andrée-Claude Harvey  
Me Marie-Catherine Paré  
Avocates de la défenderesse Régie de l'assurance maladie du Québec

Me Emmanuelle Poupart  
Me Élixa M. Clavier  
McCarthy Tétrault  
Avocates des défendeurs Institut de glaucome de Montréal et als

Me Robert Kugler  
Me Stuart Kugler  
Kandestin Kugler  
Avocats des défendeurs Dr Jacques Bellefeuille,  
Clinique d'Ophtalmologie Bellevue Laval  
Institut de chirurgie spécialisée de Montréal

Me Caroline Deschênes  
Norton Rose Fullbright  
Avocate de la défenderesse Groupe Opmédic inc.

Me Louis Sévéno  
Woods  
Avocat de la défenderesse 9084-7757 Québec inc.

Me Eric Azran  
Me Myriam Sahi  
Stikeman Elliott  
Avocats des défenderesses Institut de l'œil des Laurentides  
et Gestion Plexo inc.

Me Lisane Bertrand  
Matteau Poirier Avocats  
Avocate des défendeurs Martine Jean, Étienne Gauvin, et als

Me Myriam Brix  
Lavery  
Avocate des défenderesses Clinique de radiologie de Granby inc.  
et Beauce optique inc.

Me Nick Rodrigo  
Davies Ward Phillips & Vineberg  
Avocat de la défenderesse Groupe Vision New Look inc.

Me Yves Cloutier  
Avocat de la défenderesse D.S. & J.C. Chapleau O.O.D. inc.

Me Nathalie Vaillant  
Joli-Coeur Lacasse  
Avocate des défenderesses Centre oculaire de Québec inc.  
et FYI Services et produits Québec inc.

Me Jean-Philippe Guay  
Monty Silvestre  
Avocat de la défenderesse Oculo Vision inc.

Me Geoffroy Guilbault  
Spiegel Sohmer inc.  
Avocat de la défenderesse Imagerie médicale Westmount Square inc.

Me Marie-Pierre Lauzon  
DPG Avocats  
Avocate de la défenderesse Centre de Gastro-Entérologie (West-Island) Inc.

Me Karine Joizil  
Belleau Lapointe  
Avocate de la défenderesse Clinique de l'Alternative inc.

Dates de l'audience : 16 et 17 mai 2017