
HÉLÈNE BÉDARD, domiciliée et résidant au
303-2150 boul. Pie-IX, dans la ville de
Montréal, district de Montréal, province de
Québec, H1V 2E2

demanderesse

c.

INNOVATION TOOTELO INC., personne
morale ayant son siège social au 2500-500
rue d’Avaugour, dans la ville de Boucherville,
district de Longueuil, province de Québec
J4B 0G6

défenderesse

**DEMANDE POUR AUTORISATION
D’EXERCER UNE ACTION COLLECTIVE**

TABLE DES MATIÈRES

I. SURVOL	2
II. DÉFINITION DU GROUPE	2
III. LES FAITS DONNANT OUVERTURE À UN RECOURS CONTRE LA DÉFENDERESSE	2
III.A. HISTORIQUE : L’ADOPTION DE LA <i>LOI SUR L’ASSURANCE MALADIE</i> ET L’INTERDICTION DE LA SURFACTURATION MALGRÉ LA PRESSION DES MÉDECINS ET LES TERGIVERSATIONS DU MINISTRE DE LA SANTÉ D’ALORS, MONSIEUR CLAUDE CASTONGUAY	4
III.B. DIFFICULTÉS À FAIRE APPLIQUER L’INTERDICTION DE SURFACTURATION ET MODIFICATIONS LÉGISLATIVES POUR ENRAYER LES PRATIQUES ILLÉGALES.....	12
III.C. L’ADOPTION 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	20

IV. LA DEMANDERESSE	22
V. LES QUESTIONS COLLECTIVES DE DROIT ET DE FAIT	22
VI. LES QUESTIONS INDIVIDUELLES DE DROIT ET DE FAIT	22
VII. LE CARACTÈRE OPPORTUN DE L'ACTION COLLECTIVE	23
VIII. LA COMPOSITION DU GROUPE	23
IX. LA NATURE DE L'ACTION COLLECTIVE	23
X. LES CONCLUSIONS RECHERCHÉES	23
XI. LE STATUT DE REPRÉSENTANT	24
XII. LA REPRÉSENTATION ADÉQUATE	24
XIII. DISTRICT JUDICIAIRE	25
XIV. CONCLUSIONS	25

AU SOUTIEN DE SA DEMANDE, LA DEMANDERESSE EXPOSE RESPECTUEUSEMENT CE QUI SUIT :

I. SURVOL

1. La défenderesse facture illégalement des montants aux membres du groupe pour avoir accès à des services médicaux couverts par la *Loi sur l'assurance maladie*.

II. DÉFINITION DU GROUPE

2. La demanderesse demande l'autorisation d'exercer une action collective contre la défenderesse pour le compte des personnes faisant partie du groupe ci-après décrit et dont elle fait elle-même partie :

« Toutes les personnes qui ont déboursé une somme d'argent à Bonjour-Santé pour obtenir un rendez-vous pour lequel un acte assuré a été payé par la Régie de l'assurance maladie du Québec depuis le 20 septembre 2015 ».

III. LES FAITS DONNANT OUVERTURE À UN RECOURS CONTRE LA DÉFENDERESSE

3. La défenderesse est une personne morale qui opère notamment sous le nom « Bonjour-Santé ». L'extrait du registre des entreprises concernant la défenderesse

est déposé sous la cote **P-1**.

4. Plusieurs pages du site web de « Bonjour-Santé » sont déposées en liasse sous la cote **P-2**.
5. La défenderesse offre notamment un service au public qui, moyennement paiement, permet à des patients d'obtenir un rendez-vous avec un professionnel de la santé pour des services assurés sous la *Loi sur l'assurance maladie*.
6. L'utilisateur peut ainsi obtenir un rendez-vous avec un médecin en appelant la défenderesse ou en complétant un formulaire en ligne.
7. Selon le site web de la défenderesse, pour ce faire, l'utilisateur doit payer 17,25 \$ plus taxes par recherche, ou peut opter plutôt pour un abonnement mensuel. À titre d'exemple, un tel abonnement pour un individuel comporte des frais d'inscription uniques de 24,95 \$ plus un montant mensuel de 5,95 \$.
8. L'annulation du rendez-vous n'est pas remboursable.
9. Selon le site web de la défenderesse, si un utilisateur prend rendez-vous avec sa clinique habituelle, il ne paie aucuns frais. Le site mentionne que 90 % des 2,4 millions de prises de rendez-vous à ce jour ont été gratuites. Par conséquent, il y a eu environ 240 000 prises de rendez-vous qui ont été facturés aux patients.
10. Le patient qui désire chercher un rendez-vous est notamment invité à entrer son numéro d'assurance maladie et « [s]i le patient n'a pas de numéro d'assurance maladie, veuillez communiquer directement avec votre clinique ».
11. Il s'agit donc, dans la grande majorité des cas, de rendez-vous pour obtenir des services assurés par la RAMQ.
12. Pour leur part, et toujours selon le site web de la défenderesse, les médecins/cliniques ne paient pas pour le service de prise de rendez-vous, mais ils sont invités à adhérer au service de la défenderesse afin de notamment augmenter leur productivité et efficacité.
13. Plusieurs centaines de médecins/cliniques se sont inscrits à ces services dans plusieurs régions au Québec.
14. Or, la gestion des rendez-vous est un service nécessaire à l'administration d'un acte assuré a toujours fait l'objet de suppléments versés aux médecins lorsqu'ils donnent des services assurés à l'extérieur des établissements publics. Le fait que la défenderesse ne facture rien aux médecins ou à leurs cliniques ni ne reçoit rien

en retour de leur part ne change rien au fait que la défenderesse facture des frais accessoires à des services assurés, ce qui est formellement et spécifiquement interdit par la loi depuis au moins 1984.

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

15. L'interdiction de la surfacturation est l'une des pierres angulaires du système d'assurance maladie du Québec.
16. En effet, l'année de l'adoption de l'ancêtre de la *Loi sur l'assurance maladie*, il y a eu de tumultueux débats de société concernant exactement ce point, comme en témoignent les extraits des procès-verbaux du Conseil exécutif, dont copies sont déposées en liasse sous la cote **P-3**.
17. Ainsi, le projet de loi (« Bill ») 8, *Loi de l'assurance-maladie*, présenté le 10 mars 1970 par le gouvernement d'Union nationale, et dont des extraits sont déposés en liasse sous la cote **P-4**, interdisait la surfacturation, tel qu'il appert des notes explicatives et des articles 12, 14, 15, 18 et 19 :

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

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

[...]

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

Une telle entente lie la Régie.

[...]

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

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

[...]

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

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

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

18. Or, l'Union nationale a déclenché une élection peu de temps après le dépôt de ce projet de loi et les Libéraux lui ont succédé, avec comme ministre de la Santé monsieur Claude Castonguay.

19. Dès l'élection des Libéraux, craignant que ceux-ci redéposent le même projet de loi, des médecins haut placés s'y sont attaqués, et en premier chef aux sections

prévoyant l'interdiction de surfacturation, le tout tel qu'il appert notamment de l'éditorial du 9 mai 1970 par B.E. Freamo, le secrétaire général de l'Association médicale canadienne, dont copie est déposée sous la cote **P-5**.

20. Face à la pression des médecins, le ministre de la Santé, Claude Castonguay, a imaginé « une solution mitoyenne », qui prévoyait

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

tel qu'il appert de son « Mémoire au conseil des ministres » du 17 juin 1970, dont copie est déposée sous la cote **P-6**.

21. Le 28 juin 1970, monsieur Castonguay présente le « Bill » 8 amendé, dont copie est déposée sous la cote **P-7**, et qui contient les nouvelles mesures autorisant la surfacturation pour un certain nombre de médecins, tel qu'il appert des notes explicatives et des articles 11 et 12 :

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

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

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

[...]

11. Une personne qui réside au Québec a droit d'exiger de la Régie le paiement du coût des services assurés qui lui ont été fournis au Québec par un professionnel de la santé qui s'est désengagé de l'application d'une

entente [...] jusqu'à concurrence de 75% du montant qui aurait été payé par la Régie pour ces services à un professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente [...].

12. Une personne qui réside au Québec ne peut toutefois exiger de la Régie le paiement du coût de services assurés fournis au Québec par un professionnel de la santé qui s'est désengagé de l'application d'une entente si ces services ont été rendus après [...] la publication] par le ministre de la santé, d'un avis que [...] plus de 3% des professionnels de la santé soumis à l'application de cette entente se sont désengagés de son application [...].

22. S'en est suivi une « offensive commune » syndicale contre la surfacturation par les « quatre centrales syndicales, soit la Corporation des Enseignants du Québec, la Confédération des Syndicats Nationaux, la Fédération des Travailleurs du Québec, et l'Union Catholique des Cultivateurs, contre le projet de loi », tel qu'il appert du procès-verbal du Conseil exécutif du 30 juin 1970, dont copie est incluse dans la pièce **P-3**.

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

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

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

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

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

tel qu'il appert du procès-verbal du Conseil exécutif du 9 juillet 1970, dont copie est incluse dans la pièce **P-3**.

24. La *Loi de l'assurance-maladie*, L.Q. 1970, c. 37 a été adoptée avec ces changements le 17 juillet 1970, tel qu'il appert de la copie déposée sous la cote

P-8.

25. Malgré l'adoption du projet de loi, la Fédération des médecins spécialistes a continué ses pressions, tel qu'il appert du procès-verbal du Conseil exécutif du 5 août 1970, dont copie est incluse dans la pièce **P-3** :

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

26. Dans une note destinée aux journalistes à l'occasion de la conférence de presse du premier ministre du 1^{er} septembre 1970, et dont copie est incluse dans la pièce **P-3**, le Conseil exécutif déclare qu'en ce qui a trait aux négociations en cours concernant l'assurance-maladie,

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

Par le désengagement, les médecins veulent pouvoir obtenir directement de leurs patients des honoraires plus élevés que ceux prévus dans l'entente.

Nous croyons que ce serait ainsi aller à l'encontre de l'objectif du régime qui est de donner à la population un droit égal aux services de santé.

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

27. Le 17 septembre, les négociations sont à un point mort, mais le Conseil exécutif n'entrevoit pas de sortie de la crise, tel qu'il appert du procès-verbal du Conseil exécutif de la même date, dont copie est incluse dans la pièce **P-3** :

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

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

28. Le 28 septembre, tel qu'il appert du procès-verbal du Conseil exécutif de la même date, dont copie est incluse dans la pièce **P-3**, le Conseil exécutif fait part de son intention d'amender les catégories de médecins pour en arriver au régime qui est encore en vigueur actuellement, en concluant que

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

29. Tel qu'il appert du procès-verbal du Conseil exécutif du 28 septembre 1970, dont copie est incluse dans la pièce **P-3**, le Conseil ordonne alors « qu'une loi spéciale soit élaborée obligeant les médecins à continuer à dispenser leurs services si ceux-ci mettaient à exécution leur menace de résistance collective [...] » (p. 3).

30. Tel qu'il appert du Journal des débats de la Commission permanente de la santé, dont un extrait est déposé sous la cote **P-9**, le 2 octobre, le ministre Castonguay apprend « qu'un certain nombre de médecins quittent la province ou cessent leurs activités normales » et évoque des rapports qu'il a reçus « à l'effet que dans certaines régions tout est normal, mais dans d'autres endroits le débrayage des médecins est plus généralisé [...] ».

31. Le 5 octobre, tel qu'il appert du procès-verbal du Conseil exécutif de la même date, dont copie est incluse dans la pièce **P-3**, le ministre Castonguay « fait rapport sur la situation qui prévaut dans les hôpitaux suivant les diverses régions » :

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

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

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

32. Dans la même session, tel qu'il appert du procès-verbal du Conseil exécutif de la même date, dont copie est incluse dans la pièce **P-3**, les projets de lois « préparés en vue d'une Session spéciale sont discutés, et ils sont ensuite référés au comité de législation pour étude plus détaillée » :

Il y aura lieu de considérer si le projet de loi concernant les services médicaux doit contenir, en une première étape, des sanctions, ou s'il vaut mieux le restreindre à la mise en vigueur du Régime, pour le 1er novembre, par l'adoption d'un document pour tenir lieu d'entente, et au processus du règlement du conflit, quitte à réserver toutes les sanctions pour une autre loi si les médecins ne se conforment pas. [...]

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

33. Le 13 octobre, tel qu'il appert du procès-verbal du Conseil exécutif de la même date, dont copie est incluse dans la pièce **P-3**,

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

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

34. Voici le texte dudit communiqué :

**LE PREMIER MINISTRE S'ADRESSE A CHAQUE SPECIALISTE
INDIVIDUELLEMENT**

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

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

Voici le texte de ce message:

“Dans cette période difficile que nous traversons [NDLR : la crise d'octobre 1970], le bon fonctionnement des services essentiels à la population apparaît comme une nécessité évidente.

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

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

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

tel qu'il appert de la copie incluse dans la pièce **P-3**.

35. La *Loi modifiant la Loi de l'assurance-maladie*, L.Q. 1970, c. 38, dont copie est déposée sous la cote **P-10**, a été adoptée le 16 octobre 1970, prévoyait le régime qui a encore cours actuellement, lequel prohibe entièrement la surfacturation.
36. En outre, les articles 18 et 19 de la loi **P-8** (L.Q. 1970, c. 37), ancêtres des articles 22 et 23 de la loi actuellement en vigueur, restaient inchangés, et se lisaient :

18. Un professionnel de la santé a droit d'être rémunéré par la Régie pour des services assurés qu'il a fournis à une personne qui réside au Québec alors qu'il était soumis à l'application d'une entente pourvu qu'il se soit conformé aux dispositions de l'entente.

Il ne peut exiger ni recevoir pour de tels services aucune autre rémunération que celle qui lui est payable par la Régie et qui est prévue à l'entente. Toute convention à l'effet contraire est nulle de plein droit.

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

tel qu'il appert des lois **P-8** et **P-10**.

III.B. DIFFICULTÉS À FAIRE APPLIQUER L'INTERDICTION DE SURFACTURATION ET MODIFICATIONS LÉGISLATIVES POUR ENRAYER LES PRATIQUES ILLÉGALES

37. Suite à l'adoption de la *Loi de l'assurance-maladie*, le législateur est intervenu à au moins trois reprises afin d'enrayer les pratiques illégales, tel qu'il appert de la *Loi modifiant la Loi de l'assurance-maladie du Québec*, L.Q. 1974, c. 40, art. 9, de la *Loi modifiant la Loi de l'assurance-maladie et d'autres dispositions législatives*, L.Q. 1979, c. 1, art. 15, et de la *Loi modifiant diverses dispositions législatives*, L.Q. 1984, c. 47, art. 16 et des débats parlementaires les entourant, tel que plus amplement décrit ci-après.
38. Premièrement, des dispositions pénales ont été ajoutées à l'article 18 en 1974 afin de pouvoir sanctionner des professionnels qui facturaient la RAMQ pour des services non fournis. La *Loi modifiant la Loi de l'assurance-maladie du Québec*, L.Q. 1974, c. 40 constitue la pièce **P-11**.
39. Ainsi, lors du débat de l'art. 9 de cette loi, le ministre des Affaires sociales Claude Forget s'exprimait comme suit :

L'amendement intervient [...] pour compléter une disposition actuelle de la loi, l'article 18, qui a été éprouvée devant les tribunaux et qui a été jugée déficiente. Elle a été jugée déficiente puisque, dans sa rédaction actuelle, le tribunal a estimé que demander une rémunération pour un service qui n'est pas fourni ne constitue pas une infraction et, ne constituant pas une infraction, aucune pénalité ne peut être imposée. Ce jugement de la cour est basé sur le fait qu'une infraction d'ordre pénal doit être indiquée comme telle dans l'article qui décrète l'infraction. On doit dire: Ceci est une infraction. Or, l'article ne disait pas que ceci était une infraction, donc le tribunal a dit: C'est un fait malheureux, mais ce n'est pas une infraction.

tel qu'il appert du Journal des débats de la Commission permanente des affaires sociales du 19 décembre 1974, dont un extrait est déposé sous la cote **P-12**.

40. Tel qu'il appert de la loi **P-11**, l'article qui a été adopté se lit :

9. L'article 18 de [la *Loi de l'assurance-maladie* (1970, chapitre 37) ... est] modifié en ajoutant, à la fin, les alinéas suivants :

« Nul ne peut être rémunéré pour des services assurés qu'il n'a pas fournis conformément à la loi ou aux règlements, ou qu'il a fournis mais qu'il a faussement décrits.

Nul ne peut être rémunéré par la Régie pour des services qui ne sont pas assurés.

Quiconque contrevient au deuxième, au troisième ou au quatrième alinéa commet une infraction et est passible, sur poursuite sommaire, d'une amende d'au moins \$500 et d'au plus \$2,000 et, pour toute récidive dans les deux ans, d'une amende d'au moins \$2,000 et d'au plus \$5,000. »

41. Le législateur a donc ajouté, dès 1974, des pénalités rattachées à l'interdiction de surfacturation, soit le deuxième alinéa de l'article 18 de la loi de 1970.
42. Concernant la facturation de frais accessoires à un service assuré, l'Assemblée nationale a précisément débattu la question aussi tôt que 1979, pour en venir à la conclusion que tous frais accessoires étaient interdits, à moins qu'ils fassent l'objet d'une négociation et se retrouvent ainsi dans les ententes entre les fédérations médicales et le ministère :

M. [Denis] Lazure [ministre des Affaires sociales]: Sous réserve de son droit d'être rémunéré il est interdit qu'il y ait rémunération pour la prestation d'un service qui est en rapport avec la dispensation d'un service assuré accessoire. On pense à des services comme l'utilisation de salles d'opération ou frais additionnels pour bandages de dimensions irrégulières ou de choses semblables. Les services accessoires.

Or, sous réserve de son droit d'être rémunéré, il est interdit, sauf dans les cas prescrits, qu'il y ait rémunération pour des services accessoires.

[...]

Il semble se développer, depuis quelque temps, depuis quelques années, un système parallèle où le professionnel, en plus de réclamer de la régie, réclame du bénéficiaire le coût de services qu'il rend pour des frais accessoires aux services assurés.

M. Grenier: Il convainc le bénéficiaire qu'il y a un certain nombre de services qui sont payés par le gouvernement et qu'il est obligé d'ajouter à cela un certain nombre d'autres services. Il va chercher cela dans la poche du bénéficiaire.

M. Lazure: C'est cela.

M. Shaw: Ils ont aussi des coûts. Si vous avez une salle de chirurgie à part votre cabinet privé normal, cela représente un coût. [...]

[...]

M. Lazure: [...] Si on écoutait le député de Pointe-Claire [M. Shaw], on devrait, parce qu'il y a des coûts attachés aux services assurés dispensés, aussi payer le loyer de l'individu, on paierait...

M. Shaw: Je parle des soins accessoires.

M. Lazure: Je caricature, mais ce que je veux dire, M. le Président, c'est que, dans le passé, les négociations ont tenu compte des frais d'immobilisation, des dépenses pour achats d'équipement. exemple: en radiologie, les tarifs de la plupart des actes de radiologie payés aux radiologistes sont plus élevés au bureau privé qu'à l'hôpital, justement pour tenir compte des frais d'immobilisation du médecin. Cela a été pris en considération au moment des négociations. On ne peut pas tenir compte de cela quand on rédige ou amende un projet de loi. Cela est matière à négociation.

M. Grenier: À partir de là, il y a certainement moyen de régler... Je ne sais pas, mais il me semble que c'est un secteur qu'on ne peut définitivement pas négocier à l'acte jusqu'au dernier acte qui peut être posé. Il me semble qu'on devrait d'abord ouvrir plus largement l'objet de l'entente et ensuite la prescription et les quelques cas qui pourraient rester entre les deux. Je ne sais pas jusqu'à quel point on peut travailler pour réussir à régler tous et chacun de ces cas, mais cela pourrait faire l'objet d'études, il me semble, parce qu'il va certainement se produire encore des actes qui devront être posés par l'un ou l'autre des professionnels, qui mériteront, bien sûr, d'être rémunérés et qui ne le seront pas par l'entente. Il me semble qu'il y a certainement un comité qui existe et qui devrait étudier ces cas et ce ne doit pas être des cas extrêmement nombreux.

M. Lazure: Je crois que le député de Mégantic-Compton touche un point important. Il y a, contrairement à la plupart des conventions collectives avec les non-professionnels, dans le cas des professionnels de la santé, pour la plupart, en tout cas pour les médecins, possibilité de négociation permanente par voie d'amendements aux ententes existantes. Là-dessus, vous avez raison. Je pense que, s'il y a encore des zones grises, elles devraient faire l'objet de négociations et possiblement on devrait apporter des amendements aux ententes existantes.

Si ma mémoire est bonne, on est rendu à six ou sept amendements à l'entente avec les spécialistes et à quatre ou cinq avec les généralistes. On en fait, cela fait partie de la négociation permanente. Si on revient au texte qu'on vous proposait tantôt — ce n'est pas que je veuille rejeter le texte du député de Saint-Laurent, mais pour ressayer d'arriver à une conclusion là-dessus — pour éclairer le débat, si on ajoutait, à la toute fin, notre dernière phrase: "soumis à l'application d'une entente, sauf dans les cas prescrits — cela veut dire règlements — ou qui font l'objet d'entente"? Autrement dit, cela ouvrirait la porte, par voie d'amendements, aux ententes existantes, à inclure des frais accessoires qui seraient justifiés et qui n'ont pas été envisagés lors de la négociation des ententes il y a deux ans, trois ans, peu importe. Si on ajoutait ce bout de phrase "ou qui font l'objet d'une entente"?

Mme Lavoie-Roux: M. le Président, je voudrais quand même qu'on me dise à quel rythme se fait cette adoption, par exemple, de nouveaux services accessoires à l'entente. Vous dites que cela se révise, que vous en avez fait six ou sept depuis la dernière entente ou je ne sais trop. quels sont les critères que vous utilisez pour introduire dans l'entente un nouveau service?

M. Lazure: Quand je parle de six ou sept amendements aux ententes existantes, ce n'est pas seulement ou surtout des frais accessoires. cela peut être la révision de tarifs à certains actes.

Mme Lavoie-Roux: Ma question porte sur les frais accessoires. Comment en faites-vous l'inclusion?

M. Lazure: Par négociation, on arrive à s'entendre soit pour modifier un tarif, soit pour ajouter des frais accessoires qui n'étaient pas compris dans le tarif entendu.

Mme Lavoie-Roux: Est-ce qu'il y a une table constante?

M. Lazure: Non, c'est une négociation.

Mme Lavoie-Roux: C'est-à-dire que c'est une demande qui vous vient de la part des...

M. Lazure: C'est une demande de la partie syndicale qui est discutée avec les négociateurs du ministère. À un moment donné, il y a entente entre les deux parties, c'est soumis à l'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil et cela s'ajoute, comme document officiel, à l'entente existante.

M. Grenier: Si je suis ce que vous avez dit tout à l'heure, l'amendement qui est présenté par le député de Saint-Laurent et votre sous-amendement qui ajoute "ou qui font l'objet d'ententes", pour les cas qui ne font pas l'objet d'ententes et qui ne sont pas sur la liste des cas prescrits, qu'est-ce qui va arriver? Parce qu'on peut élargir passablement la liste...

M. Lazure: C'est cela, il ne pourrait pas facturer le bénéficiaire, mais en ajoutant "ou qui font l'objet d'ententes", on ouvre la porte à une négociation nouvelle, si vous voulez. S'il y a des actes accessoires, véritablement essentiels pour poser l'acte qui est assuré, à ce moment-là, que les fédérations de médecins, spécialement, nous en fassent la demande par voie de négociation.

M. Shaw: Alors, la porte s'ouvre avec votre amendement.

M. Lazure: Oui

[...]

Le Président (M. Marcoux): Quel serait le texte définitif?

M. Lazure: Le texte serait le suivant: "Il 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 de la santé, soumis à l'application d'une entente, sauf dans les cas prescrits ou dans les cas qui font l'objet d'une entente".

M. Shaw: Les cas prescrits seraient dans...

M. Lazure: Dans les règlements.

M. Shaw: Et les règlements, on peut...

Le Président (M. Marcoux): Est-ce que le nouvel alinéa sera adopté?

M. Forget: M. le Président, j'aimerais comprendre quand on dit "sauf dans les cas prescrits". on envisage donc que ne pourraient être facturés au bénéficiaire directement par le professionnel de la santé que des actes qui sont énumérés dans un règlement spécifique à ce sujet-là, un règlement qui aurait pour but de dire: Les médecins ont le droit de facturer les bénéficiaires et ceux-ci ne pourront pas être remboursés par la régie pour les actes suivants.

M. Lazure: C'est cela. Je pense que le coût du stérilet, c'est un bon exemple. Il est prévu que le médecin peut facturer pour le coût du stérilet, en plus d'être rémunéré pour l'acte de poser le stérilet.

M. Forget: Oui, je pense que le sens est clair, sauf que je le mentionne une autre fois, pour ce que cela vaut, mais je pense que c'est malgré tout une préoccupation légitime, on remet tout aux mains de la réglementation.

M. Lazure: Non, on ajoute l'entente là. Et dans le contexte d'une négociation permanente, comme vous le savez, M. le député de Saint-Laurent, il est possible, n'importe quand, pour la fédération des omnipraticiens ou des spécialistes de rouvrir [les ententes].

tel qu'il appert du Journal des débats de la Commission permanente des affaires sociales du 23 janvier 1979, dont un extrait est déposé sous la cote **P-13**.

43. En d'autres termes tous les frais accessoires qui ne sont pas explicitement prévus par un règlement ou une entente sont prohibés, et cela depuis au moins 1979, comme le prévoit le nouvel article 18 adopté par la *Loi modifiant la Loi de l'assurance-maladie et d'autres dispositions législatives*, L.Q. 1979, c. 1, dont copie est déposée sous la cote **P-14** :

15. L'article 18 de [la *Loi de l'assurance-maladie* (1970, chapitre 37) ...] est remplacé par le suivant:

« 18. Un professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente a droit d'être rémunéré par la Régie pour un service assuré qu'il a lui-même fourni à un bénéficiaire qui a présenté sa carte d'assurance-maladie ou son carnet de réclamation, selon le cas, ou d'être rémunéré par un bénéficiaire pour un service assuré qu'il lui a lui-même fourni lorsque ce dernier n'a pas présenté sa carte d'assurance-maladie ou son carnet de réclamation, selon le cas, pourvu que ce professionnel de la santé se soit conformé aux dispositions de l'entente.

Toutefois, pourvu qu'il se soit conformé aux dispositions de l'entente, un professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente a droit d'être rémunéré par la Régie pour un service assuré qu'il a lui-même fourni à un bénéficiaire même si ce dernier n'a pas présenté sa carte d'assurance-maladie ou son carnet de réclamation, dans les circonstances et les cas suivants:

- a) si le bénéficiaire est âgé de moins d'un an.

b) si le bénéficiaire au moment où il a reçu des services assurés est dans un état requérant des soins urgents.

c) si le bénéficiaire est âgé de plus de 14 ans et de moins de 18 ans et qu'il reçoit des services assurés, sans autorisation parentale, conformément à l'article 36 de la Loi de la protection de la santé publique.

d) si le bénéficiaire est hébergé dans un centre d'accueil ou un centre hospitalier de soins prolongés.

e) dans les autres circonstances et cas prescrits.

Un pharmacien soumis à l'application d'une entente a droit d'être rémunéré suivant les premier ou deuxième alinéas, même si le service assuré a été fourni légalement par un de ses employés.

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 plein droit.

Il ne peut exiger ou recevoir paiement de la Régie ou d'un bénéficiaire, selon le cas, pour un service qui n'a pas été fourni, qu'il n'a pas fourni lui-même ou qu'il a faussement décrit.

Il ne peut exiger ou recevoir paiement de la Régie pour un service non considéré comme assuré par règlement ou non déterminé comme service assuré par règlement.

Il 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.

Un professionnel de la santé qui contrevient au quatrième, au cinquième ou au sixième alinéa et quiconque contrevient au septième alinéa commet une infraction et est passible, sur poursuite sommaire, en outre du paiement des frais, d'une amende d'au moins 500 \$ et d'au plus 2 000 \$, s'il s'agit d'une première infraction, et pour toute infraction subséquente dans les deux ans, d'une amende d'au moins 2 000 \$ et d'au plus 5 000 \$. »

44. Malgré la volonté législative claire d'interdire, dès le départ, mais de façon encore plus explicite depuis 1979, dans les mots du ministre Lazure, les « frais additionnels pour bandages de dimensions irrégulières ou de choses semblables », face à des allégations de pratiques illégales de la part de professionnels de la santé, l'Assemblée nationale a cru nécessaire d'intervenir pour rendre encore plus claire cette interdiction fondamentale, tel qu'il appert des affirmations ministérielles entourant l'adoption de la *Loi modifiant diverses dispositions législatives*, L.Q. 1984, c. 47, art. 16 :

M. Pierre-Marc Johnson [ministre de la Justice]

[...]

Dans le secteur des affaires sociales, il y a plusieurs modifications, notamment à la Loi sur l'assurance-maladie, qui ont pour but, en particulier, d'interdire à toute personne d'exiger une compensation pour une fourniture accessoire autrement que dans les cas prévus dans un règlement ou dans une entente négociée avec les associations professionnelles.

[...]

M. Guy Chevrette [ministre des Affaires sociales]

[...]

Deux amendements sont proposés à la Loi sur l'assurance-maladie. Le premier vise à interdire à toute personne d'exiger une compensation pour une fourniture ou des frais accessoires à un service assuré. La Loi sur l'assurance-maladie prévoit déjà qu'il est interdit à toute personne d'exiger ou de recevoir paiement d'un bénéficiaire pour un service accessoire à un service assuré, sauf, dans le cas prescrit dans une entente.

Cette disposition soulève des problèmes parce que les fournitures et les frais accessoires à un service assuré ne sont pas considérés comme des services accessoires à un service assuré. Par exemple, en ce qui concerne les fournitures, un médecin peut fournir un stérilet, qui n'est pas un service assuré ni un service accessoire et la lettre d'entente qui s'applique au médecin spécialiste et au médecin omnipraticien prévoit que le médecin, donc, peut obtenir du bénéficiaire une compensation du coût d'achat d'un stérilet pourvu qu'il soit au préalable avisé du montant de cette compensation. Or, il est douteux que l'on puisse définir par entente ce qui constitue une fourniture. Les médecins pourraient donc exiger, pour un stérilet, un paiement à leur discrétion. Il en est de même pour toute autre fourniture.

Quant aux frais accessoires, certaines compagnies de gestion, qui se forment d'ailleurs assez spontanément, font des factures à des bénéficiaires pour des frais accessoires à des services assurés, tels des frais pour l'utilisation du bloc opératoire de la clinique, à l'occasion d'une chirurgie mineure qui a été effectuée, soit des frais d'opération de la clinique, soit le coût du matériel sanitaire, soit pour l'alcool, les serviettes ou des frais de gestion. Donc, les modifications proposées interdiront à l'avenir toute telle pratique.

tel qu'il appert Journal des débats de l'Assemblée nationale du 6 décembre 1984, dont un extrait est déposé sous la cote **P-15**.

45. Le chapitre 47 des lois du Québec de 1984 a donc modifié l'article 22 de la *Loi sur l'assurance-maladie* (L.R.Q., c. A-29) pour y ajouter une interdiction de facturer pour des « fournitures » ou des « frais » accessoires à un services assuré :

16. L'article 22 de cette loi est modifié par le remplacement du septième alinéa par le suivant:

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

tel qu'il appert de la *Loi modifiant diverses dispositions législatives*, L.Q. 1984, c. 47, dont copie et déposée sous la cote **P-16**.

46. Ce libellé est resté le même jusqu'à sa modification par 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, tel qu'expliqué ci-après.

III.C. L'ADOPTION DE LA LOI ÉDICTIONNANT 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

47. En novembre 2015 a été adopté 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, dont

copie est déposée sous la cote **P-17** et laquelle modifiait l'article 22 de la *Loi sur l'assurance maladie* comme suit :

« 32. L'article 22 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement des neuvième et dixième alinéas par les suivants :

« **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* (chapitre S-4.2).

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.

Ne constituent pas de tels frais ceux liés à des services non considérés comme assurés requis avant, pendant ou après la dispensation d'un service assuré.

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.

Malgré les interdictions énoncées aux neuvième et onzième alinéas, le gouvernement peut, par règlement, prescrire des cas et des conditions dans lesquels un paiement est autorisé. »

48. Sauf deux exceptions restreintes pour le transport d'échantillons, tous frais sont désormais interdits et la possibilité de prévoir des exceptions par entente est abolie. Les seules exceptions sont prévues par le *Règlement abolissant les frais accessoires liés à la dispensation des services assurés et régissant les frais de transport des échantillons biologiques*, R.L.R.Q. c. A-29, r. 7.1, dont copie est déposée sous la cote **P-18**.
49. Au surplus, l'avant-dernier alinéa de l'article 22 de la LAM, tel que modifié en 2015, rend l'interdiction l'illégalité des pratiques de la défenderesse encore plus

flagrante. En effet, la défenderesse rend l'accès un service assuré conditionnel à un paiement par une personne interdit.

IV. LA DEMANDERESSE

50. La demanderesse a déboursé une somme d'argent à Bonjour-Santé pour obtenir un rendez-vous pour lequel un acte assuré a été payé par la Régie de l'assurance maladie du Québec (ci-après « RAMQ »).
51. Le rendez-vous a été pris et le paiement effectué le 25 février 2018 et les services assurés ont été fournis le lendemain.
52. Copies de la confirmation de rendez-vous et de la facture émises par la défenderesse sont déposées en liasse sous la cote **P-19**.
53. La demanderesse a demandé sa fiche historique auprès de la RAMQ, laquelle démontrera que le rendez-vous a été pris pour des services assurés. La demande pour obtenir cette fiche historique est déposée sous la cote **P-20**.

V. LES QUESTIONS COLLECTIVES DE DROIT ET DE FAIT

54. La question de fait et de droit identique, similaire ou connexe reliant chaque membre du groupe aux intimés et que la demanderesse entend faire trancher par l'action collective est :

Est-ce que la facturation par la défenderesse d'une somme d'argent à une personne pour obtenir un rendez-vous pour lequel un acte assuré a été payé par la Régie de l'assurance maladie du Québec contrevenait à la *Loi sur l'assurance maladie*, ouvrant à une obligation de restitution des montant facturés illégalement, plus le paiement de l'intérêt légal et l'indemnité additionnelle prévue à l'article 1619 du *Code civil du Québec*, et ce en date du dépôt de la demande pour autorisation d'exercer une action collective?

VI. LES QUESTIONS INDIVIDUELLES DE DROIT ET DE FAIT

55. La question de fait et de droit particulière à chacun des membres du groupe consiste à déterminer le quantum de la réclamation de chacun des membres du groupe, qui variera en fonction des montants illégalement imposés.

VII. LE CARACTÈRE OPPORTUN DE L'ACTION COLLECTIVE

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

VIII. LA COMPOSITION DU GROUPE

57. La composition du groupe rend difficile ou peu pratique l'application des dispositions du *Code de procédure civile* prévoyant la possibilité d'ester en justice pour le compte d'autrui ou la jonction d'instances.
58. En effet, vu que la défenderesse indique qu'environ 10 % de 2,4 millions de consultations ont été facturés aux patients du Québec, sans connaître le nombre exact des membres du groupe, la demanderesse l'estime à plusieurs dizaines de milliers.
59. La demanderesse ignore l'identité de tous les membres du groupe.
60. Dans ces circonstances il est difficile, voire impossible, d'obtenir un mandat de chacun des membres du groupe et de tous les joindre dans une même action.
61. Par ailleurs, le montant de la réclamation individuelle des membres du groupe étant modique, de nombreuses personnes hésiteraient à tenter un recours individuel contre les intimés.
62. 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.

IX. LA NATURE DE L'ACTION COLLECTIVE

63. La nature de l'action qu'entend exercer la demanderesse pour le compte des membres du groupe est une action en restitution basée sur la *Loi sur l'assurance maladie* et le *Code civil du Québec*.

X. LES CONCLUSIONS RECHERCHÉES

64. Les conclusions que la demanderesse recherche contre la défenderesse sont :

65. **ACCUEILLIR** l'action collective du représentant et des membres du groupe contre la défenderesse.
66. **CONDAMNER** la défenderesse à restituer aux membres du groupe le montant illégalement imposé incluant les taxes, plus l'intérêt légal et l'indemnité additionnelle prévue au *Code civil du Québec* et **ORDONNER** le recouvrement collectif de ces sommes, les intérêts courant à partir de la date de signification de la demande pour autorisation d'exercer une action collective.
67. **ORDONNER** à la défenderesse 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.
68. **PRENDRE** toute autre mesure que le Tribunal estime nécessaire pour sauvegarder les droits des parties.
69. **LE TOUT** avec dépens y compris les frais d'experts et d'avis.

XI. LE STATUT DE REPRÉSENTANT

70. La demanderesse demande que le statut de représentante lui soit attribué.

XII. LA REPRÉSENTATION ADÉQUATE

71. La demanderesse est en mesure d'assurer une représentation adéquate des membres du groupe qu'elle entend représenter, le tout pour les raisons suivantes :
72. La demanderesse est membre du groupe, tel que démontré ci-dessus.
73. Elle est Cheffe d'opérations du Transport adapté auprès de la Société de transport de Montréal (STM).
74. Elle est disposée à gérer la présente action collective dans l'intérêt des membres du groupe qu'elle entend représenter et elle est déterminée à mener à terme le présent dossier, le tout au bénéfice de tous les membres du groupe.
75. Elle a compris les tenants et aboutissants de son rôle de représentante dans le cadre de l'action collective et elle est au courant du temps qu'elle devra consacrer à l'action et de ses devoirs envers les autres membres du groupe.

76. Elle s'est engagée à collaborer avec ses procureurs et à y consacrer le temps nécessaire, notamment en se présentant devant la Cour supérieure lors des audiences, dans la mesure où cela s'avère nécessaire.
77. Elle s'est engagée à faire une demande d'aide financière au Fonds d'aide aux actions collectives.
78. Elle a la capacité et l'intérêt pour représenter adéquatement tous les membres du groupe.
79. Elle a donné mandat à ses procureurs d'obtenir tous les renseignements pertinents au présent litige et a l'intention de se tenir informée des développements de l'action.
80. Elle a notamment donné mandat à ses procureurs d'établir sur leur site web un lien pour que d'autres personnes puissent se joindre à l'action et ainsi se tenir au courant de ses développements.
81. Elle a par ailleurs fait des démarches auprès de la RAMQ afin d'obtenir sa fiche historique, tel que décrit ci-dessus.
82. Elle a lu et participé à la préparation de la présente demande.
83. Avec l'assistance de ses procureurs, elle est disposée à consacrer le temps nécessaire pour collaborer avec les membres du groupe qui se feront connaître et à les tenir informés du déroulement de la présente action.
84. La demanderesse 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.

XIII. DISTRICT JUDICIAIRE

85. La demanderesse propose que l'action collective soit exercée devant la Cour supérieure siégeant dans le district de Montréal, soit le district où le contrat a été conclu.

XIV. CONCLUSIONS

PAR CES MOTIFS, PLAISE AU TRIBUNAL :

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

AUTORISER l'exercice de l'action collective ci-après :

Une action en restitution basée sur la *Loi sur l'assurance maladie* et le *Code civil du Québec*.

ATTRIBUER à **HÉLÈNE BÉDARD** le statut de représentante aux fins d'exercer ladite action collective pour le compte du groupe ci-après décrit :

« *Toutes les personnes qui ont déboursé une somme d'argent à Bonjour-Santé pour obtenir un rendez-vous pour lequel un acte assuré a été payé par la Régie de l'assurance maladie du Québec depuis le 20 septembre 2015* ».

IDENTIFIER comme suit la principale question de fait et de droit qui sera traitée collectivement :

Est-ce que la facturation par la défenderesse d'une somme d'argent à une personne pour obtenir un rendez-vous pour lequel un acte assuré a été payé par la Régie de l'assurance maladie du Québec contrevenait à la *Loi sur l'assurance maladie*, ouvrant à une obligation de restitution des montant facturés illégalement, plus le paiement de l'intérêt légal et l'indemnité additionnelle prévue à l'article 1619 du *Code civil du Québec*, et ce en date du dépôt de la demande pour autorisation d'exercer une action collective?

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

ACCUEILLIR l'action collective du représentant et des membres du groupe contre la défenderesse.

CONDAMNER la défenderesse à restituer aux membres du groupe le montant illégalement imposé incluant les taxes, plus l'intérêt légal et l'indemnité additionnelle prévue au *Code civil du Québec* et **ORDONNER** le recouvrement collectif de ces sommes, les intérêts courant à partir de la date de signification de la demande pour autorisation d'exercer une action collective.

ORDONNER à la défenderesse 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 de l'Avis aux membres rédigé selon les termes indiqués ci-après, le tout dans les soixante (60) jours du jugement à intervenir sur la présente demande dans les quotidiens à déterminer par le Juge.

RÉFÉRER le dossier au Juge en chef pour détermination du district dans lequel l'action collective devra être exercée et désignation du Juge pour l'entendre.

ORDONNER au Greffier de cette Cour, pour le cas où l'action doit être exercée dans un autre district, de transmettre le dossier dès décision du Juge en chef, au Greffier de cet autre district.

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

Montréal, le 20 septembre 2018



GRENIER VERBAUWHEDE AVOCATS INC.
Procureurs de la demanderesse

AVIS D'ASSIGNATION

Dépôt d'une demande en justice

Prenez avis que la demanderesse a déposé au greffe de la Cour supérieure du district judiciaire de Montréal la présente Demande pour autorisation d'exercer une action collective.

Réponse à cette demande

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

Défaut de répondre

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

Contenu de la réponse

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

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

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

Changement de district judiciaire

Vous pouvez demander au tribunal le renvoi de cette demande introductive d'instance dans le district où est situé votre domicile ou, à défaut, votre résidence ou, le domicile que vous avez élu ou convenu avec la demanderesse.

Si la demande porte sur un contrat de travail, de consommation ou d'assurance ou sur l'exercice d'un droit hypothécaire sur l'immeuble vous servant de résidence principale et que vous êtes le consommateur, le salarié, l'assuré, le bénéficiaire du contrat d'assurance ou le débiteur hypothécaire, vous pouvez demander ce renvoi dans le district où est situé votre domicile ou votre résidence ou cet immeuble ou encore le lieu du sinistre. Vous présentez cette demande au greffier spécial du district territorialement compétent après l'avoir notifiée aux autres parties et au greffe du tribunal qui en était déjà saisi.

Transfert de la demande à la Division des petites créances

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

Convocation à une conférence de gestion

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

Pièces au soutien de la demande

Au soutien de sa demande introductive d'instance, la partie demanderesse invoque les pièces suivantes :

- P-1** Extrait du registre des entreprises concernant la défenderesse
- P-2** Pages du site web de « Bonjour-Santé », en liasse
- P-3** Extraits des procès-verbaux du Conseil exécutif de l'année 1970
- P-4** Projet de loi (« Bill ») 8, *Loi de l'assurance-maladie*, présenté le 10 mars 1970 par le gouvernement d'Union nationale
- P-5** Éditorial du 9 mai 1970 par B.E. Freamo, le secrétaire général de l'Association médicale canadienne
- P-6** Document du ministre Claude Castonguay du 17 juin 1970 intitulé « Mémoire au conseil des ministres »

- P-7 « Bill » 8 amendé du 28 juin 1970
- P-8 *Loi de l'assurance-maladie*, L.Q. 1970, c. 37
- P-9 Extrait du Journal des débats de la Commission permanente de la santé du 2 octobre 1970
- P-10 *Loi modifiant la Loi de l'assurance-maladie*, L.Q. 1970, c. 38
- P-11 *Loi modifiant la Loi de l'assurance-maladie du Québec*, L.Q. 1974, c. 40
- P-12 Extrait du Journal des débats de la Commission permanente des affaires sociales du 19 décembre 1974
- P-13 Extrait du Journal des débats de la Commission permanente des affaires sociales du 23 janvier 1979
- P-14 *Loi modifiant la Loi de l'assurance-maladie et d'autres dispositions législatives*, L.Q. 1979, c. 1
- P-15 Extrait du Journal des débats de l'Assemblée nationale du 6 décembre 1984
- P-16 *Loi modifiant diverses dispositions législatives*, L.Q. 1984, c. 47
- P-17 *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
- P-18 *Règlement abolissant les frais accessoires liés à la dispensation des services assurés et régissant les frais de transport des échantillons biologiques*, R.L.R.Q. c. A-29, r. 7.1
- P-19 Copies de la confirmation de rendez-vous et de la facture émise par la défenderesse à la demanderesse, en liasse
- P-20 Demande de la demanderesse pour obtenir sa fiche historique auprès de la RAMQ

Ces pièces sont disponibles sur demande.

Demande accompagnée d'un avis de présentation

S'il s'agit d'une demande présentée en cours d'instance ou d'une demande visée par les Livres III, V, à l'exception de celles portant sur les matières familiales mentionnées à l'article 409, ou VI du Code, la préparation d'un protocole de l'instance n'est pas requise; toutefois, une telle demande doit être accompagnée d'un avis indiquant la date et l'heure de sa présentation.

Montréal, le 20 septembre 2018



GRENIER VERBAUWHEDE AVOCATS INC.
Procureurs de la demanderesse

N° : 500-06-000943-189

(Actions collectives)
COUR SUPÉRIEURE DU QUÉBEC
DISTRICT DE MONTRÉAL

HÉLÈNE BÉDARD, domiciliée et résidant au 303-2150 boul. Pie-IX, dans la ville de Montréal, district de Montréal, province de Québec, H1V 2E2

demanderesse

C.

INNOVATION TOOTELO INC., personne morale ayant son siège social au 2500-500 rue d'Avaugour, dans la ville de Boucherville, district de Longueuil, province de Québec J4B 0G6

défenderesse

**DEMANDE POUR AUTORISATION
D'EXERCER UNE ACTION COLLECTIVE ET
AVIS D'ASSIGNATION**

COUR

GRENIER VERBAUWHEDE AVOCATS INC.

M^{es} Cory Verbauwhede et Bruno Grenier

Avocats de la demanderesse

cverbauwhede@grenierverbauwhede.ca

bgrenier@grenierverbauwhede.ca

102-5215 rue Berri

Montréal (Québec) H2J 2S4

Téléphone : 514 866-5599 poste 2

Télécopieur : 514 866-3151

N/D : 8646