

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

(Actions collectives)
COUR SUPÉRIEURE

DANIEL RAUNET

et

COLOMBE GAGNON

requérants

c.

LA PROCUREURE GÉNÉRALE DU
QUÉBEC

et

LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE
DU QUÉBEC

et

LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES DU QUÉBEC

et

LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

et

L'ASSOCIATION DES OPTOMÉTRISTES
DU QUÉBEC

[...]

intimées

DEMANDE POUR AUTORISATION D'EXERCER
UNE ACTION COLLECTIVE MODIFIÉE DU 17 DÉCEMBRE 2018
(Article 574 et suivants C.p.c.)

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

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

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

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

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

Sont enfin exclus les frais facturés conformément au *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. »

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

A. INTRODUCTION

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

imposés, ainsi que des dommages punitifs.

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

B. HISTORIQUE LÉGISLATIF

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

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

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

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

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

B.1 L'INCITATION DES FÉDÉRATIONS

- 13.1. Les Fédérations ont conclu des ententes avec le MSSS en vertu de l'article 19 LAM, pièce R-2 en liasse.
- 13.2. Ces ententes visaient notamment à déterminer la rémunération des professionnels de la santé et prévoir les exceptions à l'article 22 LAM.
- 13.3. Les exceptions négociées par les Fédérations et contenues aux ententes sont limitées à quelques services, fournitures et frais accessoires à un service assuré rendu par un professionnel et ces montants peuvent être exigés aux patients seulement à titre de compensation ou de remboursement, tel qu'exposé plus amplement à la section sur le syllogisme juridique aux paragraphes 40 et s. de la présente demande.
- 13.4. Insatisfaites des résultats des négociations avec le MSSS, les Fédérations ont incité leurs membres à percevoir des frais illégaux comme moyen détourné d'augmenter leur rémunération que les Fédérations ont elles-mêmes négociée avec le MSSS.
- 13.5. La FMSQ et la FMOQ proposaient dans le cadre du Rapport du Comité de travail sur les frais accessoires (« Rapport Chicoine ») en 2007 d'ajouter aux ententes des frais reliés, notamment :

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

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

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

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

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

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

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

13.9. Dans les faits, les grilles tarifaires étaient largement suivies par les professionnels et les cliniques, tel qu'il appert notamment de la demande des intimées pour permission de déposer une preuve appropriée et ses pièces, déposées en liasse sous la cote **R-16**.

13.10. À titre d'exemple, la grille tarifaire du FMSQ indique un prix de 125 \$ à 200 \$ pour la vente par un médecin d'un stérilet, bien que le coût d'achat d'un stérilet peut être aussi bas que 50 \$, tel qu'il appert par exemple du dépliant du Centre

hospitalier universitaire de Québec, déposé sous la cote R-17. Autre exemple : les grilles des deux fédérations médicales invitent leurs membres à facturer pour des rendez-vous annulés, même si ces rendez-vous avaient été pris dans le cadre de services assurés.

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

C. NON-INTERVENTION DES AUTORITÉS

14. Tel qu'il est exposé plus en détail dans la pièce R-1A et ci-après, la Régie et le MSSS ont négligé d'appliquer l'interdiction stricte de facturation de frais aux patients pour des services assurés. Le gouvernement pour sa part a, de façon délibérée, permis pendant des années à ces contraventions de se généraliser.
15. Loin d'appliquer le régime existant au moins depuis 1979 selon lequel **tous les frais accessoires à un acte assuré qui ne sont pas spécifiquement permis sont prohibés**, la Régie, avec la connaissance et la bénédiction du MSSS et du gouvernement, a plutôt appliqué, de façon négligente et de mauvaise foi, un régime laxiste qui a laissé se développer des frais de tous genres.

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

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

Le ministre doit voir à la mise en œuvre de ces politiques, en surveiller l'application et en coordonner l'exécution.
 - 19.3. La *LAM* spécifie en outre que « [l]e ministre de la Santé et des Services sociaux est chargé de l'application de la présente loi » (article 105 *LAM*).

19.4. De plus, selon la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec* (« *LRAMQ* »), le MSSS peut ordonner à la Régie d'exécuter « tout mandat » (article 2 alinéa 3 *LRAMQ*), et peut même émettre des directives qui, une fois approuvées par le gouvernement, la lient :

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

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

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

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

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

Elle doit notamment, à ces fins :

[...]

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

19.6. De plus :

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

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

20. En outre, il est apparu que la Régie n'a **jamais** référé de dossier de facturation illégale au Directeur des poursuites criminelles et pénales pour faire appliquer les pénalités prévues à la loi depuis 1974, tel qu'il appert de la réponse donnée par la Régie à une demande sous la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, RLRQ c A-2.1, dont copie est déposée sous la cote **R-12**.
21. Ainsi, des citoyens comme le requérant Daniel Raunet se trouvent placés devant la situation absurde où ils reçoivent un remboursement pour une facturation que la Régie estime illégale, mais seulement lorsqu'ils en font la demande. Ainsi, les autorités n'intervenaient ni en amont, ni en aval, d'une telle demande.
 - 21.1. Dans bien des cas, même lorsque la Régie remboursait les montants facturés illégalement dont une personne assurée s'est plainte, elle n'a pas utilisé ses pouvoirs pour faire en sorte que la pratique s'arrête, ni n'a-t-elle assuré que d'autres patients soient remboursés, notamment en les invitant à soumettre des demandes à cet effet.
22. Pire, dans bien des cas, comme celui de la requérante Colombe Gagnon, la Régie a fait des pieds et des mains afin de trouver une façon de ne pas intervenir à l'occasion de frais facturés de façon anarchique aux patients, tel qu'il sera illustré ci-après.
23. C'est notamment pour cette raison que la Régie n'a récupéré qu'environ 1,7 million de dollars suite à des réclamations des patients entre 2010 et 2014, ce qui est un montant dérisoire en vue des montants en jeu dans la seule action collective **R-3** (bien au-delà de 6 millions – le montant de la transaction – pour seulement les personnes atteintes de dégénérescence maculaire sur une période de 3 ans).
24. Or, au moins depuis le rapport dit « Chicoine » de 2007, pièce R-4, et certainement bien avant, tous les acteurs institutionnels, incluant les intimées, sont au courant de ces frais « hors normes » généralisés [...].
25. Depuis, les ministres de la Santé qui se sont suivis ont tous affirmé à de multiples reprises qu'il s'agissait d'une façon détournée de facturer des frais d'opération des cliniques. Par exemple :
 - a. En décembre 2012, Réjean Hébert a indiqué qu'il avait « demandé à la Régie de l'assurance-maladie d'être beaucoup plus diligente, et [qu'il allait] serrer la vis ». En outre, il a affirmé « qu'il y [avait] encore toutes sortes de

stratégies ou de stratagèmes, même, pour faire payer aux patients des frais qui doivent être couverts par le réseau public » (Radio-Canada).

- b. En février 2013, monsieur Hébert a affirmé que les frais accessoires étaient « un moyen détourné pour demander des honoraires supplémentaires » (La Presse).
26. Gaétan Barrette, à titre de président de la [...] FMSQ, puis à titre de ministre de la Santé, en a dit autant à de multiples reprises. Par exemple :
- a. En février 2013, il a décrit la facturation de frais accessoires comme une « astuce », en affirmant que « le 500 \$ n'est pas pour payer le médicament, mais bien pour payer tout le reste » (Radio-Canada).
 - b. En mars 2013, [...] Maître Sylvain Bellavance, directeur des affaires juridiques de la FMSQ, a affirmé que « la problématique des frais accessoires [... vise] à couvrir les nombreuses dépenses d'opération des cliniques médicales qui sont nécessaires afin [...] d'assurer la prestation des services aux patients » (Le Spécialiste, le bulletin de la FMSQ).
 - c. En janvier 2014, il a affirmé que « des frais d'exploitation, d'équipement [, ...]les médecins les facturent dans les frais accessoires » (Le Devoir).
 - d. En juin 2015, il a affirmé, en tant que ministre cette fois, dans une entrevue à CBC Radio One, ce qui suit :

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

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

[GB] Exactly ».
 - e. Le même mois, il a déclaré sur Radio-Canada ce qui suit : « [Pour les vasectomies, par exemple], dans les tarifs publics, il n'y a jamais eu rien de prévu pour payer le champ opératoire, les [...], les instruments et ainsi de suite. Donc ça là, c'est de ça qu'on parle. C'est un frais accessoire et c'est chargé aux patients. Je peux vous dire que ça coûte dans les cabinets entre 150 et 250 \$. Je peux vous dire que le coûtant est bien inférieur à ça ».
27. Or, dans ce dernier exemple, non seulement il s'agit de frais illégaux, mais au surplus et contrairement à ce qu'a affirmé le ministre, **les vasectomies bénéficient d'un tarif majoré lorsque effectuées par des médecins omnipraticiens en clinique privée justement pour prendre en compte les frais**

d'opération (code 06232 du Manuel de facturation des médecins omnipraticiens, pièce **R-2**).

28. Ceci démontre clairement l'arbitraire de la pratique avalisée par le gouvernement, le MSSS et la Régie : n'étant pas heureux des montants pourtant très élevés négociés avec le système public, les médecins, les optométristes et les cliniques vont aller chercher encore plus auprès des patients, sans que ce surplus ne corresponde de quelque façon aux coûts engendrés.

28.1. Les intimées ont mis en place et permis une pratique systémique et généralisée de facturation illégale qui contrevient au principe de la gratuité des soins, tel qu'il appert des allégations qui précèdent et des documents déposés en liasse sous la cote **R-6** :

A. Rapport et publication du Collège des médecins de mars 2011 et d'automne 2012.

B. Déclarations variées de la part des représentants du gouvernement, de la Régie, du MSSS et d'autres intervenants connexes devant les médias.

C. Sorties médiatiques variées appelant à une intervention des autorités.

D. Avis sur les frais accessoires en matière de santé et de services sociaux à l'intention du MSSS et de la Commission de la Santé et des Services sociaux du Protecteur du citoyen du premier octobre 2015.

E. Lettre du Protecteur du citoyen au Ministre de la Santé et des Services Sociaux et aux membres de la Commission de la santé et des services sociaux concernant *Le financement des frais accessoires reliés aux services assurés* du 5 octobre 2015.

F. Rapport de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles intitulé *Facturation aux patients : Le portefeuille en prend pour son rhume*, de novembre 2015.

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

29. [...]

30. [...]

31. [...]

32. [...]
33. [...]
34. [...]
35. [...]
36. [...]
37. [...]
38. [...]
39. [...]

D. LE SYLLOGISME JURIDIQUE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pour les médecins spécialistes :

« **RÈGLE 2. FRAIS DE PRATIQUE**

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

« **P - GYNÉCOLOGIE**

RÈGLE 6.

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

« **Q – OBSTÉTRIQUE**

RÈGLE 6.

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

Pour les médecins omnipraticiens :

« **1.1.4 Frais accessoires**

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

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

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

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

Pour les optométristes :

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

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

48. Tous autres frais dans le cadre d'un service assuré étaient illégaux jusqu'au 26 janvier 2017; depuis, les seuls frais légaux sont ceux énumérés au *Règlement*

abolissant les frais accessoires liés à la dispensation des services assurés et régissant les frais de transport des échantillons biologiques, A-29, r. 7.1.

49. Les facturations suivantes ont notamment souvent été [...] exigées aux membres du groupe :

- pour l'acte médical assuré;
- pour des frais administratifs;
- pour des fournitures dont la facturation aux patients n'est pas autorisée par les ententes;
- pour un montant dépassant le coût de la fourniture, dans les cas où la facturation aux patients est autorisée par les ententes;
- pour le transport d'échantillons (jusqu'au 26 janvier 2017) ou de données médicales;
- pour la réalisation de tests diagnostiques se rapportant à un service assuré;
- pour la prise de rendez-vous en lien avec un acte médical assuré;
- pour des rendez-vous annulés;
- pour des forfaits annuels.

50. Le requérant entend réclamer [...] le versement de dommages-intérêts équivalant aux frais imposés illégalement, ainsi que des dommages punitifs, tant aux [...] Fédérations qu'aux instances gouvernementales poursuivies.

51. [...]

52. Les dommages punitifs se basent sur la *Charte québécoise* et la *Charte canadienne*, notamment en raison de la barrière à l'accès à des services médicalement nécessaires qu'ont constitué les frais illégaux, menant de façon certaine et prévisible à des reports ou des arrêts de traitement parmi les membres du groupe.

52.1. La cause **R-3** des patients atteints de DMLA qui devaient payer jusqu'à 300 \$ par mois pour garder leur vue illustre tant l'importance et la récurrence fréquente de certains de ces frais, ainsi que la gravité potentielle d'un report de traitement en raison de ceux-ci. Plusieurs études scientifiques, ainsi que l'opinion du Gouvernement du Canada lors des travaux préparatoires à l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé, concernant les conséquences de la barrière à l'accès à des services médicalement nécessaires* sont déposées en liasse sous la cote **R-13**.

52.2. Tel qu'il sera démontré au mérite, les atteintes des intimées sont illicites et intentionnelles.

52.3. L'octroi de dommages punitifs est nécessaire pour dénoncer le laxisme des autorités et des Fédérations, pour punir la défiance ouverte de lois sociales

fondamentales et pour éviter la récurrence de ces atteintes. Outre les faits allégués aux présentes, la procureure générale et la Régie ont été poursuivies pour des faits similaires à plusieurs reprises, dans *Association pour l'accès à l'avortement c. Québec (Procureur général)*, 2006 QCCS 4694 (CanLII) (la procureure générale a été condamnée au mérite), *Lavoie c. Régie de l'assurance maladie du Québec*, 2013 QCCS 866 (règlement) et *Léveillé c. Procureure générale du Québec*, 2018 QCCS 3443 (autorisation d'une action collective).

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

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

comme étant nécessaires avant de voir l'orthopédiste : le rapport du radiologue sur papier et le CD de la radiographie de ses genoux.

65. Le requérant a alors pris un rendez-vous avec la clinique d'orthopédie.
66. Au téléphone, la secrétaire lui a fixé un rendez-vous avec l'orthopédiste pour le 5 février 2016.
67. Elle lui a alors réitéré qu'il devait se présenter avec deux documents : le rapport papier du radiologue et le CD de la radiographie.
68. Le 4 janvier 2016, il s'est donc présenté à la Clinique de Radiologie PB, à Longueuil, pour obtenir ledit CD.
69. La secrétaire lui a alors réclamé des frais de 5 dollars, qu'il a acquittés.
70. Le 5 février 2016, l'orthopédiste a utilisé le CD dans le cadre du traitement du requérant, avant de le rendre au requérant.
71. Le paiement du CD était accessoire à l'acte assuré, puisque l'acte n'aurait pas pu avoir lieu sans le CD.
72. Il s'agit en fait de frais pour le transport de données dans le cadre d'un acte assuré et le requérant a le droit à un remboursement intégral du montant payé.
73. Ayant déjà vécu une autre expérience de frais illégaux réclamés par un médecin pour des services médicalement requis, le requérant a songé un instant se plaindre à la Régie, comme la première fois, mais il s'est dit que la démarche était inutile vu qu'il n'avait aucune assurance que cet organisme public prenait des mesures pour obtenir un remboursement des médecins et cabinets fautifs. Tout portait au contraire à croire que la Régie ne ferait rien pour que cette pratique illégale cesse.
74. Le requérant s'est donc renseigné au sujet de la possibilité d'une action collective, d'où sa présente démarche.

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

- 74.1. Copies des pièces se rattachant à la facturation illégale dont a été victime la requérante Colombe Gagnon sont déposées en liasse sous la cote **R-7A**.
- 74.2. Le 18 juillet 2013, la requérante s'est vu facturer des frais de 5 \$ pour le transport d'un prélèvement vers le laboratoire du Centre hospitalier de l'Université Laval, le tout dans le cadre d'un service assuré.

- 74.3. Ces frais accessoires à un service assuré, n'étant pas permis dans les ententes, sont illégaux.
- 74.4. La requérante a entrepris, sans succès, des démarches avec la Régie pour se faire rembourser.
- 74.5. Dans la décision de révision de la Régie du 13 janvier 2014, celle-ci indique que « le transport de prélèvements ne constitue pas un service assuré au sens de la Loi sur l'assurance maladie », mentionne que « cette loi n'interdit pas la facturation de ce service non assuré aux personnes » et conclut que « par conséquent, il ne peut faire l'objet d'un remboursement par la Régie ».
- 74.6. La requérante a poursuivi sa demande devant le Tribunal administratif du Québec (TAQ).
- 74.7. La Régie commença par une offre de remboursement intégral faite verbalement le 9 janvier 2015 par une avocate de son service juridique, en échange d'un désistement de la part de la requérante.
- 74.8. La requérante a refusé verbalement de se désister car elle tenait à l'audience qui était prévue pour le 14 janvier 2015. Malgré son refus verbal, un document pour désistement lui a été envoyé par la poste, accompagné d'un chèque égalant les frais qu'elle avait payés à la clinique médicale.
- 74.9. La requérante n'a pas signé ce document et n'a pas encaissé le chèque.
- 74.10. Elle a d'ailleurs remis le chèque à l'avocate de la Régie lors de sa comparution à l'audience, le 14 janvier 2015.
- 74.11. Dès le début de l'audience, sachant que la requérante ne signerait pas l'offre de désistement, l'avocate de la Régie a présenté une demande d'irrecevabilité au motif que sa cliente remboursait la requérante et que le recours devenait sans objet.
- 74.12. Le TAQ a accueilli cette demande le 16 février 2015.
- 74.13. La Régie savait très bien que les frais de transport facturés par la clinique sont un service assuré parce que ces frais sont accessoires à un service assuré. En effet, la preuve au dossier, dont notamment une lettre de [...] la docteure Boisselle, envoyée à la Régie afin de justifier la facturation de 5 \$ à madame Gagnon et qui mentionne que la « participation de 5 \$ » de la requérante couvrait un service « non assuré », démontre l'illégalité des frais, puisqu'il s'agissait clairement de frais accessoires à un service assuré.

- 74.14. Il est évident que la Régie tentait de s'assurer que le TAQ ne se prononce pas sur l'illégalité des frais en question et remboursait le patient quand ce risque se manifeste.
- 74.15. Cette expérience avec la Régie laisse croire qu'il y a une entente tacite entre la Régie et les professionnels et cliniques pour que les patients financent les frais de cabinet à la place du gouvernement et que c'est seulement si un patient persiste jusqu'au TAQ qu'elle les remboursera, même si sa décision écrite est à l'effet qu'il s'agit pour elle d'un service non assuré.
- 74.16. La façon hypocrite de faire de la Régie fait en sorte que les professionnels de la santé pouvaient continuer de facturer de frais illégaux en toute impunité, malgré l'article 22 alinéa 9 de *LAM* qui est pourtant clair mais que la Régie se refuse d'appliquer officiellement dans ses décisions écrites.

F. LES AUTRES CAS

75. D'autres exemples de facturation illégale ont été ajoutés à la présente action et copies des pièces sont déposées en liasse sous les cotes R-8 à R-8G;

[...]

- 75.1. Ces factures démontrent la facturation de frais accessoires à des services assurés qui n'étaient pas permis dans les ententes et qui sont donc illégaux :

- a. des frais de 60 \$ et de 30 \$ pour « ENDOSCOPIE/SURCHARGE », pièce R-8;
- b. des frais de 25 \$ pour « services diagnostiques », pièce R-8A;
- c. des frais de 25 \$ pour « photos de fond d'œil », pièce R-8B;
- d. des frais de 5 \$ à 20 \$ pour le transport de prélèvements, pièces R-8C à R-8E;
- e. des frais de 25 \$ pour « Kératographie oculaire et enregistrement non invasif du film lacrymal » et de 30 \$ pour « Photographie infrarouge glandes meibomiennes », pièce R-8F; et
- f. des frais de 15 \$ pour un « STREP Test », pièce R-8G.

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

- 76. [...]
- 77. [...]
- 78. [...]
- 79. [...]
- 80. [...]
- 81. [...]
- 82. [...]
- 83. [...]
- 84. [...]
- 85. [...]
- 86. [...]
- 87. [...]
- 88. [...]
- 89. [...]
- 89.1. [...]
- 89.2. [...]
- 89.3. [...]
- 89.4. [...]
- 89.5. [...]
- 89.6. [...]
- 89.7. [...]
- 89.8. [...]
- 89.9. [...]

89.10. [...]

89.11. [...]

89.12. [...]

89.13. [...]

89.14. [...]

89.15. [...]

89.16. [...]

89.17. [...]

89.18. [...]

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

90. [...]

91. [...]

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

91.2. [...]

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

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

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

91.4. [...]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

97. Par ailleurs, le montant de la réclamation individuelle de certains membres du groupe étant dans bien des cas relativement peu élevé, de nombreuses personnes hésiteraient à tenter un recours individuel contre les intimées.

98. Partant, l'action collective est la seule procédure appropriée afin que les membres du groupe puissent effectivement faire valoir leurs droits respectifs et avoir accès à la justice.

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

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

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

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

101. [...]

101.1. [...]

101.2. **CONDAMNER** solidairement les intimées à verser à chacun des membres du groupe une somme équivalant au montant illégalement facturé [...] de même que l'intérêt légal et l'indemnité additionnelle prévue à l'article 1619 C.c.Q. et **ORDONNER** le recouvrement collectif de ces sommes;

101.3. [...]

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

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

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

105. **LE TOUT** avec frais de justice y compris les frais d'experts et d'avis.

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

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

106. Les requérants sont membres du groupe.

107. Le requérant Daniel Raunet est journaliste à la retraite.

107.1. La requérante Colombe Gagnon est agente de recherche et de planification socio-économique.

108. Ils ont contacté les procureurs du groupe suite à des épisodes de facturation illégale, tel que plus amplement décrit plus haut.

109. Ils sont disposés à gérer la présente action collective dans l'intérêt des membres du groupe qu'ils entendent représenter et ils sont déterminés à mener à terme le présent dossier, le tout au bénéfice de tous les membres du groupe.

110. Ils ont compris les tenants et aboutissants de leur rôle de représentant dans le cadre de l'action collective et ils sont au courant du temps qu'ils devront consacrer à l'action et de leurs devoirs envers les autres membres du groupe.
111. Le requérant Daniel Raunet a participé à une conférence de presse suite au dépôt de l'action, tel qu'il appert des documents de la conférence de presse ainsi que de la couverture médiatique, dont copies sont déposées en liasse sous la cote **R-10**.
112. Les requérants se sont engagés à collaborer avec leurs procureurs et à y consacrer le temps nécessaire, notamment en se présentant devant la Cour supérieure lors des audiences lorsque requis.
113. Ils ont obtenu une aide financière du Fonds d'aide aux actions collectives.
114. Ils ont la capacité et l'intérêt pour représenter adéquatement tous les membres du groupe.
115. Ils ont mandaté leurs procureurs d'obtenir tous les renseignements pertinents au présent litige et ont l'intention de se tenir informés des développements du recours.
116. Ils ont notamment mandaté leurs procureurs d'établir sur leur site web un lien pour que d'autres personnes puissent se joindre au recours et ainsi se tenir au courant des développements du recours.
117. Ils ont lu l'imposante documentation sur la question de la surfacturation et ont lu et participé à la confection de la présente requête.
- 117.1. En outre, la requérante Colombe Gagnon mène de front un autre dossier devant le Collège des médecins concernant des frais disproportionnés qui lui ont été facturés, à l'instar d'autres patients, pour des médicaments et agents anesthésiques, contrairement au *Code de déontologie des médecins*, et elle a à cet effet participé au débat public les entourant, le tout tel qu'il appert des documents se rattachant à cette facturation, à ses démarches devant le Collège des médecins et à sa présence médiatique concernant celles-ci, dont copies sont déposées en liasse sous la cote **R-11**.
118. Avec l'assistance de leurs procureurs, ils sont disposés à consacrer le temps nécessaire pour collaborer avec les membres du groupe qui se feront connaître et à les tenir informés du déroulement du présent recours.
119. Les requérants sont de bonne foi et entreprennent cette action collective dans le but de faire en sorte que les droits des membres du groupe soient reconnus et qu'il soit remédié aux préjudices que chacun d'eux a subis. Ils désirent que la pratique de facturation de frais illégaux cesse, afin de protéger le régime public de santé.

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

120. Le requérant Daniel Raunet réside dans le district de Montréal et les procureurs à qui il a confié la présente action collective ont leur cabinet dans le district de Montréal, où ils exercent leur profession.
121. [...] La plupart des intimées ont un établissement dans le district judiciaire de Montréal [...].
122. Le district judiciaire de Montréal est le plus peuplé du Québec.

PAR CES MOTIFS, PLAISE AU TRIBUNAL :

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

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

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

« Toutes les personnes qui ont déboursé une somme d'argent pour des frais en lien avec un service assuré, prodigué par un médecin ou un optométriste depuis le 2 juin 2013, qui a été rémunéré par la Régie de l'assurance maladie ou qui ont reporté ou arrêté une intervention prévue après avoir été informées des frais qui leur seraient imposés.

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

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

Sont enfin exclus les frais facturés conformément au *Règlement abolissant les frais accessoires liés à la dispensation des services assurés et régissant les frais de transport des échantillons biologiques*, A-29, r. 7.1. »

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

[...]

[...]

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

[...]

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

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

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

[...]

Est-ce que le recouvrement collectif doit être ordonné?

Les membres ont-ils droit à des dommages punitifs?

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

ACCUEILLIR l'action collective;

[...]

[...]

CONDAMNER solidairement les intimées à verser à chacun des membres du groupe une somme équivalant au montant illégalement facturé [...] de même que l'intérêt légal et l'indemnité additionnelle prévue à l'article 1619 C.c.Q. et **ORDONNER** le recouvrement collectif de ces sommes;

[...]

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

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

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

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

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

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

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

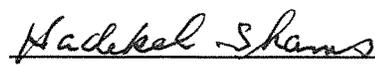
LE TOUT AVEC FRAIS DE JUSTICE, y compris les frais d'avis.

Montréal, le 17 décembre 2018



GRENIER VERBAUWHEDE
Avocats des requérants

Montréal, le 17 décembre 2018



HADEKEL SHAMS
Avocats-conseils des requérants

Montréal, le 17 décembre 2018

Trudel Johnston Lesperance
TRUDEL JOHNSTON & LESPERANCE
Avocats-conseils des requérants

DANIEL RAUNET

et

COLOMBE GAGNON

requérants

c.

LA PROCUREURE GÉNÉRALE DU
QUÉBEC

et

LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE
DU QUÉBEC

et

LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES DU QUÉBEC

et

LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

et

L'ASSOCIATION DES OPTOMÉTRISTES
DU QUÉBEC

intimées

LISTE DES PIÈCES DU 17 DÉCEMBRE 2018

R-1 [...]]

R-1A *Requête pour autorisation d'exercer un recours collectif du 30 mai 2017 dans le dossier 500-06-000695-144.*

- R-2** Les dernières versions des ententes entre le MSSS et les médecins spécialistes, les médecins omnipraticiens et les optométristes.
- R-3** Requête pour autorisation dans le dossier 500-06-000569-117.
- R-4** Rapport Chicoine.
- R-5** Recours en *mandamus* contre le gouvernement fédéral pour ne pas avoir sanctionné le Québec, qui tolère les frais aux patients.
- R-6** En liasse :
- A. Rapport et publication du Collège des médecins de mars 2011 et d'automne 2012, respectivement.
 - B. Déclarations variées de la part des représentants du gouvernement, de la Régie, du MSSS et d'autres intervenants connexes devant les médias.
 - C. Sorties médiatiques variées appelant à une intervention des autorités.
 - D. *Avis sur les frais accessoires en matière de santé et de services sociaux à l'intention du ministre de la Santé et des Services sociaux et de la Commission de la Santé et des Services sociaux* du Protecteur du citoyen du premier octobre 2015.
 - E. Lettre du Protecteur du citoyen au Ministre de la Santé et des Services Sociaux et aux membres de la Commission de la santé et des services sociaux concernant *Le financement des frais accessoires reliés aux services assurés* du 5 octobre 2015.
 - F. Rapport de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles intitulé *Facturation aux patients : Le portefeuille en prend pour son rhume*, de novembre 2015.
 - G. Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2016-2017 - Vérification de l'optimisation des ressources, du mois de mai 2016.
- R-7** Pièces se rattachant à la facturation illégale par Clinique de Gastro-Entérologie Pierre-Boucher et Radiologie PB, ainsi que la lettre de remboursement de la Régie.
- R-7A** Pièces se rattachant à la facturation illégale dont a été victime la requérante Colombe Gagnon par la [...] Clinique médicale de Sillery et Diane Boisselle.
- R-8** Pièces se rattachant à la facturation illégale par Chirurgie spécialisée de Montréal inc., ainsi que la lettre de refus de la Régie.
- R-8A** Pièces se rattachant à la facturation illégale par Clinique médicale l'Actuel inc.
- R-8B** Pièces se rattachant à la facturation illégale par Groupe de médecine de

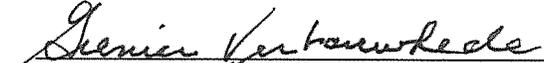
famille dix30.

- R-8C** Pièces se rattachant à la facturation illégale par la Clinique Fort Chambly, s.e.n.c.r.l.
- R-8D** Pièces se rattachant à la facturation illégale par Les gynécologues associés, s.e.n.c.r.l.
- R-8E** Pièces se rattachant à la facturation illégale par Institut de l'œil des Laurentides inc.
- R-8F** Pièces se rattachant à la facturation illégale par Clinique médicale plein ciel inc
- R-9** [...]
- R-10** Documents reliés à la conférence de presse à laquelle a participé le requérant Daniel Raunet et la couverture médiatique de celle-ci.
- R-11** Pièces se rattachant à la facturation disproportionnée dont a été victime la requérante Colombe Gagnon, ses démarches devant le Collège des médecins et sa présence médiatique concernant celles-ci.
- R-12** Réponse donnée par la RAMQ à une demande d'accès à des documents.
- R-13** « Making patients pay won't make our health system more affordable », Evidence Network, janvier 2012, <https://evidencenetwork.ca/making-patients-pay-wont-make-our-health-system-more-affordable-3/>
« Does free care improve adults' health? Results from a randomized controlled trial », *New England Journal of Medicine*, 1983 Dec 8, 309(23):1426-34.
« Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons », *Journal of the American Medical Association*, 2001 Jan 24-31, 285(4):421-9.
Pour une assurance-santé universelle : La Politique du Gouvernement du Canada, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, 1983.
- R-14** Grilles tarifaires de la FMSQ et de la FMOQ.
- R-15** Extrait de l'édition de septembre 2009 du bulletin de la FMSQ *Le Spécialiste*.
- R-16** Demande des intimées pour permission de déposer une preuve appropriée et les pièces.
- R-17** Dépliant du Centre hospitalier universitaire de Québec.
- R-18** Extrait de *Optopresse*, le Bulletin officiel de l'Ordre des optométristes du Québec, de l'été 2016.

R-19 Documents de l'AOQ intitulés « Guide sommaire des tarifs » et « Frais accessoires et procédures cliniques ».

R-20 Communiqué de presse de l'AOQ du 7 février 2018.

Montréal, le 17 décembre 2018


GRENIER VERBAUWHEDE
Avocats des requérants

Montréal, le 17 décembre 2018


HADEKEL SHAMS
Avocats-conseils des requérants

Montréal, le 17 décembre 2018


TRUDEL JOHNSTON & L'ESPÉRANCE
Avocats-conseils des requérants