

COUR D'APPEL

CANADA
PROVINCE DE QUÉBEC
GREFFE DE MONTRÉAL

N° : 500-09-028336-196, 500-09-028337-194, 500-09-028338-192
(500-06-000695-144)

DATE : 23 avril 2021

**FORMATION : LES HONORABLES ROBERT M. MAINVILLE, J.C.A.
PATRICK HEALY, J.C.A.
STÉPHANE SANSEFAÇON, J.C.A.**

N° 500-09-028336-196

PROCUREUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC
APPELANTE – défenderesse

c.

PHILIPPE LÉVEILLÉ
INTIMÉ – demandeur

et

**RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC
INSTITUT DU GLAUCOME DE MONTRÉAL INC.
CLINIQUE O, CHIRURGIE PLASTIQUE ET ESTHÉTIQUE DE L'OEIL INC.
FRÉDÉRIC LORD
JURATE ULECKAS
ROBERT SABBAAH
FRANÇOIS LAVIGNE
GROUPE OPMEDIC INC.
CLINIQUE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE DE LAVAL INC.
DR ISABELLE DELORME INC.
CLINIQUE DERMATOLOGIQUE DE LA RIVE-SUD
J. S. BENHAMRON M.D. INC.
MICHÈLE LECLERC
7044968 CANADA INC.
RADIMÉD INC.**

**LE GROUPE SPÉCIALISTE ENT S.E.N.C.
INSTITUT DE L'OEIL DE MONTRÉAL INC.
MARIE-MICHELLE CAYER
PLACEMENTS OPTIBUI INC.
GIRAIR BASMADJIAN
JACQUES BELLEFEUILLE
GESTION PLEXO INC.
ÉLIZABETH GARIÉPY M.D. INC.
LUC LECLAIRE
OPHTALMOLOGIE LANAUDIÈRE-SUD S.E.N.C.
CHRISTIAN PERREAULT
MARTINE JEAN
RRX MÉDICAL INC.
ÉTIENNE GAUVIN
DRE JOËLLE BARIL INC.
APRIL WOOTTEN
STEEVE LÉTOURNEAU M.D. INC.
9084-7757 QUÉBEC INC.
CENTRE OCULAIRE DE QUÉBEC INC.
SHAWN COHEN
PIJOCO INC.
CONTACT OPTICO INC.
CENTRE DE PHYSIATRIE SHERBROOKE INC.
FRANCINE CARDINAL
ANTRANIK BENOHANIAN
INSTITUT DE L'OEIL DES LAURENTIDES INC.
YVON BENOIT
LA CLINIQUE DE SANTÉ VISUELLE DE MONTRÉAL
LA CLINIQUE D'OPHTALMOLOGIE DU HAUT RICHELIEU INC.
CLINIQUE DE L'ALTERNATIVE INC.
9189-2984 QUÉBEC INC.
PIERRE BLONDEAU
F. ROSS M.D. INC.
PIERRE TURCOTTE M.D. INC.
ZIEUTÉ INC.
RADIOLOGIE VARAD S.E.N.C.R.L.
LUC COMTOIS
2645-8224 QUÉBEC INC.
INSTITUT DE CHIRURGIE SPÉCIALISÉE DE MONTRÉAL INC.
CLINIQUE DE RADIOLOGIE DE GRANBY INC.
100 % VISION INC.
GROUPE VISION NEW LOOK INC.
ALFRED BALBUL**

CLINIQUE D'OPHTALMOLOGIE COI LAVAL
JEAN-JUNIOR NORMANDIN
CENTRE SANTÉ INTÉGRALE ET RECHERCHE CLINIQUE À COOKSHIRE INC.
FYI SERVICES ET PRODUITS QUÉBEC INC.
CENTRE DE RECHERCHE ET D'ENSEIGNEMENT ÉCHOENDOSCOPIE DE
MONTRÉAL INC.
CENTRE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE (MONTRÉAL, WEST ISLAND) INC.
BÉATRICE WANG
FRANÇOIS ROBERGE OPHTALMOLOGUE INC.
CLINIQUE DE L'OEIL ROCKLAND INC.
JOËL CLAVEAU
MICHEL GRAVEL
CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DANIEL YU INC.
ALAN COFFEY
RENÉE CARIGNAN
DAN BERGERON
MD EYECARE INC.
BEAUCE OPTIQUE INC.
JOHN CHEN
CHRISTA STAUDENMAIER
SERVICE D'UROLOGIE, S.E.N.C.R.L.
1843-1353 QUÉBEC INC.
GESTION C.D.Q.M. INC.
STÉPHANE PIERRE MORIN
MARIAN ZAHARIA
ENDOVISION PLUS INC.
JACQUES SAMSON
DR F. CARDINAL INC.
RADIOLOGISTES UNIVERSITAIRES DE MONTRÉAL, S.E.N.C.R.L.
LOUKIA MITSOS
DIMITRIOS KYRITSIS
CLINIQUE D'OPTOMÉTRIE BELLEVUE INC.
CLINIQUE D'OPHTALMOLOGIE BELLEVUE LAVAL
PHILIPPE LAFAILLE
D.S. ET J.C. CHAPLEAU O.O.D. INC.
9360-2134 QUÉBEC INC.
BÉNÉDICTE MORISSE
HÉLÈNE MALTAIS
LAKESHORE OPHTALMOLOGIE
9204-9204 QUÉBEC INC.
CENTRE MÉDICAL FONTAINEBLEAU INC.
MIS EN CAUSE – défendeurs

N° 500-09-028337-194

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC
APPELANTE – défenderesse

c.

PHILIPPE LÉVEILLÉ
INTIMÉ – demandeur

et

PROCUREUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC
INSTITUT DU GLAUCOME DE MONTRÉAL INC.
CLINIQUE O CHIRURGIE PLASTIQUE ET ESTHÉTIQUE DE L'OEIL INC.
FRÉDÉRIC LORD
JURATE ULECKAS
ROBERT SABBAAH
FRANÇOIS LAVIGNE
GROUPE OPMÉDIC INC.
CLINIQUE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE DE LAVAL INC.
DR ISABELLE DELORME INC.
CLINIQUE DERMATOLOGIQUE DE LA RIVE-SUD
J.S. BENHAMRON M.D. INC.
MICHÈLE LECLERC
7044968 CANADA INC.
IMAGERIE MÉDICALE WESTMOUNT SQUARE INC.
LE GROUPE SPÉCIALISTE ENT. S.E.N.C.
INSTITUT DE L'OEIL DE MONTRÉAL INC.
MARIE-MICHELLE CAYER
PLACEMENTS OPTIBUI INC.
GIRAIR BASMADJIAN
JACQUES BELLEFEUILLE
GESTION PLEXO INC.
ÉLIZABETH GARIÉPY M.D. INC.
LUC LECLAIRE
OPHTALMOLOGIE LANAUDIÈRE-SUD S.E.N.C.
CHRISTIAN PERREAULT
MARTINE JEAN
RRX MÉDICAL INC.
ÉTIENNE GAUVIN
DRE JOËLLE BARIL INC.
APRIL WOOTTEN
STEEVE LÉTOURNEAU M.D. INC.
9084-7757 QUÉBEC INC.

**CENTRE OCULAIRE DE QUÉBEC INC.
SHAWN COHEN
PIJOCO INC.
CONTACT OPTICO INC.
CENTRE DE PHYSIATRIE SHERBROOKE INC.
FRANCINE CARDINAL
ANTRANIK BENOHANIAN
INSTITUT DE L'OEIL DES LAURENTIDES INC.
YVON BENOIT
LA CLINIQUE DE SANTÉ VISUELLE DE MONTRÉAL
LA CLINIQUE D'OPHTALMOLOGIE DU HAUT RICHELIEU INC.
CLINIQUE DE L'ALTERNATIVE INC.
GMF CENTRE MÉDICAL DU PARC
9189-2984 QUÉBEC INC.
PIERRE BLONDEAU
F. ROSS M.D. INC.
PIERRE TURCOTTE M.D. INC.
ZIEUTÉ INC.
RADIOLOGIE VARAD, S.E.N.C.R.L.
LUC COMTOIS
2645-8224 QUÉBEC INC.
INSTITUT DE CHIRURGIE SPÉCIALISÉE DE MONTRÉAL INC.
CLINIQUE DE RADIOLOGIE DE GRANBY INC.
100 % VISION INC.
GROUPE VISION NEW LOOK INC.
ALFRED BALBUL
CLINIQUE D'OPHTALMOLOGIE FERREMI BOILEAU INC.
JEAN-JUNIOR NORMANDIN
CENTRE DE SANTÉ INTÉGRALE ET DE RECHERCHE CLINIQUE À COOKSHIRE
INC.
FYI SERVICES ET PRODUITS QUÉBEC INC.
CENTRE DE RECHERCHE ET D'ENSEIGNEMENT ÉCHOENDOSCOPIE DE
MONTRÉAL
CENTRE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE (MONTRÉAL, WEST ISLAND) INC.
BÉATRICE WANG
FRANÇOIS ROBERGE OPHTALMOLOGUE INC.
CLINIQUE DE L'OEIL ROCKLAND INC.
JOËL CLAVEAU
MICHEL GRAVEL
CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DANIEL YU INC.
ALAN COFFEY
RENÉE CARIGNAN
DAN BERGERON**

**MD EYECARE INC.
BEAUCE OPTIQUE INC.
JOHN CHEN
CHRISTA STAUDENMAIER
SERVICE D'UROLOGIE, S.E.N.C.R.L.
1843-1353 QUÉBEC INC.
GESTION C.D.Q.M. INC.
MARIAN ZAHARIA
ENDOVISION PLUS INC.
JACQUES SAMSON
DR F. CARDINAL INC.
RADIOLOGISTES UNIVERSITAIRES DE MONTRÉAL, S.E.N.C.R.L.
ANDRÉ QUIRION M.D. INC.
GMF CENTRE MÉDICAL DU PARC
LOUKIA MITSOS
DIMITRIOS KYRITSIS
CLINIQUE D'OPTOMÉTRIE BELLEVUE INC.
CLINIQUE D'OPHTALMOLOGIE BELLEVUE LAVAL
PHILIPPE LAFAILLE
D.S. ET J.C. CHAPLEAU O.O.D. INC.
LA VUE CAPITALE INC.
BÉNÉDICTE MORISSE
HÉLÈNE MALTAIS
LAKESHORE OPHTALMOLOGIE
9204-9204 QUÉBEC INC.
CENTRE MÉDICAL FONTAINEBLEAU INC.
MIS EN CAUSE – défendeurs**

N° 500-09-028338-192

GROUPE VISION NEW LOOK INC.
APPELANTE – intimée

c.

PHILIPPE LÉVEILLÉ
INTIMÉ – requérant

et

**PROCUREUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC
RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC
INSTITUT DU GLAUCOME DE MONTRÉAL INC.
CLINIQUE O CHIRURGIE PLASTIQUE ET ESTHÉTIQUE DE L'OEIL INC.**

FRÉDÉRIC LORD
JURATE ULECKAS
ROBERT SABBAAH
FRANÇOIS LAVIGNE
GROUPE OPMEDIC INC.
CLINIQUE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE DE LAVAL INC.
DR ISABELLE DELORME INC.
CLINIQUE DERMATOLOGIQUE DE LA RIVE-SUD
J.S. BENHAMRON M.D. INC.
MICHÈLE LECLERC
7044968 CANADA INC.
IMAGERIE MÉDICALE WESTMOUNT SQUARE INC.
LE GROUPE SPÉCIALISTE ENT S.E.N.C.
INSTITUT DE L'OEIL DE MONTRÉAL INC.
MARIE-MICHELLE CAYER
PLACEMENTS OPTIBUI INC.
GIRAIR BASMADJIAN
JACQUES BELLEFEUILLE
GESTION PLEXO INC.
ÉLIZABETH GARIÉPY M.D. INC.
LUC LECLAIRE
OPHTALMOLOGIE LANAUDIÈRE-SUD S.E.N.C.
CHRISTIAN PERREAULT
MARTINE JEAN
RRX MÉDICAL INC.
ÉTIENNE GAUVIN
DRE JOËLLE BARIL INC.
APRIL WOOTTEN
STEEVE LÉTOURNEAU M.D. INC.
9084-7757 QUÉBEC INC.
CENTRE OCULAIRE DE QUÉBEC INC.
SHAWN COHEN
PIJOCO INC.
CONTACT OPTICO INC.
CENTRE DE PHYSIATRIE SHERBROOKE INC.
FRANCINE CARDINAL
ANTRANIK BENOHANIAN
INSTITUT DE L'OEIL DES LAURENTIDES INC.
YVON BENOIT
LA CLINIQUE DE SANTÉ VISUELLE DE MONTRÉAL INC.
LA CLINIQUE D'OPHTALMOLOGIE DU HAUT RICHELIEU INC.
CLINIQUE DE L'ALTERNATIVE INC.
GMF CENTRE MÉDICAL DU PARC

9189-2984 QUÉBEC INC.
PIERRE BLONDEAU
F. ROSS M.D. INC.
PIERRE TURCOTTE M.D. INC.
ZIEUTÉ INC.
RADIOLOGIE VARAD S.E.N.C.R.L.
LUC COMTOIS
2645-8224 QUÉBEC INC.
INSTITUT DE CHIRURGIE SPÉCIALISÉE DE MONTRÉAL INC.
CLINIQUE DE RADIOLOGIE DE GRANBY INC.
100 % VISION INC.
ALFRED BALBUL
CLINIQUE D'OPHTALMOLOGIE FERREMI BOILEAU INC.
JEAN-JUNIOR NORMANDIN
CENTRE DE SANTÉ INTÉGRALE ET DE RECHERCHE CLINIQUE À COOKSHIRE
INC.
FYI SERVICES ET PRODUITS QUÉBEC INC.
CENTRE DE RECHERCHE ET D'ENSEIGNEMENT D'ÉCHOENDOSCOPIE DE
MONTRÉAL INC.
CENTRE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE (MONTRÉAL, WEST ISLAND) INC.
BÉATRICE WANG
FRANÇOIS ROBERGE OPHTALMOLOGUE INC.
CLINIQUE DE L'OEIL ROCKLAND INC.
JOËL CLAVEAU
MICHEL GRAVEL
CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DANIEL YU INC.
ALAN COFFEY
RENÉE CARIGNAN
DAN BERGERON
MD EYECARE INC.
BEAUCE OPTIQUE INC.
JOHN CHEN
CHRISTA STAUDENMAIER
SERVICE D'UROLOGIE S.E.N.C.R.L.
1843-1353 QUÉBEC INC.
GESTION C.D.Q.M. INC.
STÉPHANE PIERRE MORIN
MARIAN ZAHARIA
ENDOVISION PLUS INC.
JACQUES SAMSON
DR F. CARDINAL INC.
RADIOLOGISTES UNIVERSITAIRES DE MONTRÉAL, S.E.N.C.R.L.
ANDRÉ QUIRION M.D. INC.

**LOUKIA MITSOS
DIMITRIOS KYRITSIS
CLINIQUE D'OPTOMÉTRIE BELLEVUE INC.
CLINIQUE D'OPHTALMOLOGIE BELLEVUE LAVAL
PHILIPPE LAFAILLE
D.S. ET J.C. CHAPLEAU O.O.D. INC.
LA VUE CAPITALE INC.
BÉNÉDICTE MORISSE
HÉLÈNE MALTAIS
LAKESHORE OPHTALMOLOGIE
9204-9204 QUÉBEC INC.
CENTRE MÉDICAL FONTAINEBLEAU INC.
CLINIQUE D'OPHTALMOLOGIE COI LAVAL
MIS EN CAUSE – intimés**

ARRÊT

[1] Le procureur général du Québec, la Régie de l'assurance maladie du Québec et Groupe Vision New Look inc. portent en appel le jugement du 23 avril 2019 prononcé par l'honorable Peter Kalichman de la Cour supérieure, district de Montréal, rejetant leurs demandes respectives en exception déclinatoire *ratione materiae* en regard d'une action collective entreprise contre eux.

[2] Pour les motifs du juge Mainville, auxquels souscrivent les juges Healy et Sansfaçon, **LA COUR** :

Dans le dossier d'appel 500-09-028336-196 :

[3] **REJETTE** l'appel du procureur général du Québec, avec frais de justice;

Dans le dossier d'appel 500-09-028338-192 :

[4] **REJETTE** l'appel de Groupe Vision New Look inc., avec frais de justice;

Dans le dossier d'appel 500-09-028337-194 :

[5] **ACCUEILLE** l'appel de la Régie de l'assurance maladie du Québec;

MOTIFS DU JUGE MAINVILLE

[10] Les appelants, le procureur général du Québec (« PGQ »), la Régie de l'assurance maladie du Québec (« RAMQ ») et Groupe Vision New Look inc. (« New Look »), portent en appel le jugement du 23 avril 2019 prononcé par l'honorable Peter Kalichman de la Cour supérieure, district de Montréal¹, rejetant leurs demandes respectives en exception déclinatoire *ratione materiae* en regard d'une action collective entreprise contre eux.

LE CONTEXTE

[11] Le 18 août 2017, le juge Yergeau de la Cour supérieure, district de Montréal, attribue à l'intimé Philippe Léveillé (« Léveillé ») le statut de représentant aux fins d'exercer une action collective pour le compte du groupe décrit comme suit² :

Toutes les personnes qui ont déboursé une somme d'argent suite à une facturation, au-delà du prix coûtant, pour des frais de médicaments ou d'agents anesthésiques accessoires à un service assuré prodigué par un médecin, un optométriste ou une clinique privée qui a été rémunéré par la Régie de l'assurance maladie du Québec, entre le 15 mai 2011 et le 26 janvier 2017.

[12] Léveillé est atteint de glaucome. Il a reçu plusieurs traitements à l'Institut du glaucome de Montréal, à la suite desquels il a dû acquitter auprès de cette clinique des frais variant de 8,25 \$ à 63,60 \$ pour deux médicaments, des gouttes d'Alcaïne et de Fluorescéine sodium. Ces prix facturés seraient largement supérieurs aux coûts de ces médicaments, lesquels seraient respectivement de 0,0343 \$ pour l'Alcaïne et de 0,335 \$ pour le Fluorescéine sodium³.

[13] Il soutient qu'il n'est pas le seul à qui de tels frais ont été facturés. Plusieurs médecins, optométristes et cliniques privées auraient facturé et reçu de leurs patients des montants excédant de loin les coûts des médicaments prodigués dans le cadre des services de santé assurés.

¹ *Léveillé c. Procureure générale*, 2019 QCCS 1482 (« jugement de première instance »). La permission d'appeler fut accordée le 31 octobre 2019 : 2019 QCCA 1868 (juge unique).

² *Léveillé c. Procureure générale du Québec*, 2017 QCCS 3762, par. 110 (« jugement d'autorisation de l'action collective »). New Look est la seule qui a porté en appel le jugement d'autorisation de l'action collective; la permission d'appeler lui fut accordée le 8 décembre 2016 (2017 QCCA 1969), mais l'appel fut rejeté le 16 mai 2018 (2018 QCCA 819).

³ Demande introductive en action collective amendée, 24 mai 2018, par. 611-616.

[14] Le modèle d'affaires alors répandu parmi les médecins, optométristes et cliniques privées, consistait à exiger des personnes assurées en vertu du régime public d'assurance maladie le paiement de sommes excédant le montant versé par la RAMQ pour le service assuré prodigué, au motif qu'il s'agissait de « frais accessoires » en lien avec des médicaments ou des agents anesthésiques requis pour prodiguer les soins assurés. Selon Léveillé, il s'agissait là plutôt d'une forme de surfacturation illégale, la *Loi sur l'assurance maladie*⁴ interdisant, selon lui, de facturer de tels frais accessoires au-delà du prix coûtant du médicament requis. Or, les prix effectivement facturés excédaient de loin le prix coûtant. Ce modèle d'affaires n'aurait cessé que le 26 janvier 2017 à la suite d'amendements législatifs et réglementaires l'interdisant formellement.

[15] Léveillé réclame donc aux médecins, optométristes et cliniques privées visés par l'action collective le remboursement des frais accessoires facturés qui excèdent le coût réel des médicaments et agents anesthésiques fournis dans le cadre des services assurés.

[16] Léveillé reproche aussi au ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec (« MSSS ») et à la RAMQ d'avoir fermé les yeux sur ce modèle d'affaires qui serait à la fois illégal et contraire au principe de la gratuité des services de santé qui sous-tend la *Loi sur l'assurance maladie*. Selon lui, le MSSS et la RAMQ ont engagé leur responsabilité civile en ne mettant pas un terme à ces facturations illégales et systémiques, lesquelles étaient bien connues du milieu médical québécois et des responsables gouvernementaux. Il réclame donc des dommages-intérêts de ces derniers pour une somme équivalant à la surfacturation faite sans droit.

[17] Les questions de droit identifiées par le juge Yergeau dans le jugement d'autorisation de l'action collective sont les suivantes⁵ :

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

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

⁴ *Loi sur l'assurance maladie*, RLRQ, c. A-29.

⁵ Jugement d'autorisation de l'action collective, par. 111.

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

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

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

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

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

[18] Les conclusions du recours ont été identifiées comme suit dans le jugement d'autorisation de l'action collective⁶ :

ACCUEILLIR l'action collective contre les défendeurs;

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

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

DÉCLARER que l'obligation de restitution de la part des médecins, optométristes et cliniques privées appelés comme défendeurs, d'une part, et l'obligation de

⁶ *Id.*, par. 112.

compensation de la part de la RAMQ et du MSSS, d'autre part, sont des obligations dites *in solidum*;

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

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

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

[19] Le PGQ et la RAMQ soumettent chacun une demande en exception déclinatoire *ratione materiae* fondée sur les articles 14 et 22.0.1 de la *Loi sur l'assurance maladie*, invoquant que la Cour supérieure n'a pas compétence sur l'action collective entreprise. Ces articles permettent à la RAMQ de rembourser une personne assurée d'une somme exigée sans droit par un professionnel de la santé pour un service assuré. Le PGQ et la RAMQ soutiennent qu'en vertu de ces articles et des articles 18.1 et suivants de la *Loi sur l'assurance maladie*, l'action collective relève de la compétence exclusive de la RAMQ et du Tribunal administratif du Québec (« TAQ »).

[20] Quant à New Look, comme le PGQ et la RAMQ, elle présente aussi une demande en exception déclinatoire, invoquant les articles 14 et 22.0.1 de la *Loi sur l'assurance maladie*. Par contre, elle se fonde de plus sur l'article 54 de cette loi portant sur le rôle d'un conseil d'arbitrage en regard de l'interprétation et de l'application des ententes convenues en vertu de l'article 19 de la loi. Subsidièrement, elle soutient que l'action collective ne serait pas fondée en droit puisque la *Loi sur l'assurance maladie* permettait explicitement la facturation de frais accessoires compensatoires durant la période visée par l'action collective.

[21] Le 23 avril 2019, le juge Kalichman rejette l'ensemble des demandes déclinatoires du PGQ, de la RAMQ et de New Look.

LE JUGEMENT DE PREMIÈRE INSTANCE

[22] Le juge rejette la prétention voulant que l'article 22.0.1. de la *Loi sur l'assurance maladie* exclue la compétence de la Cour supérieure sur le litige.

[23] Premièrement, il est d'avis que la compétence des tribunaux de droit commun ne peut être exclue que par une disposition formelle et expresse, ce qui ne serait pas le cas de l'article 22.0.1 de la *Loi sur l'assurance maladie*⁷. Deuxièmement, la compétence exclusive du TAQ de statuer sur la révision d'un refus de remboursement de la RAMQ, conformément à l'article 22.0.1, ne rend pas obligatoire le processus administratif dans

⁷ Jugement de première instance, par. 31-32.

son ensemble⁸. Troisièmement, le fait que la compétence de la RAMQ en vertu de l'article 22.0.1 n'est pas exclusive ne porte pas atteinte à l'esprit et à l'économie de la *Loi sur l'assurance maladie*. Malgré les pouvoirs qui sont attribués à la RAMQ dans cette loi, on n'y trouve aucun indice de la volonté du législateur de confier à celle-ci une compétence exclusive sur le type de demande visée par l'action collective⁹.

[24] Le juge rejette ensuite l'argument de New Look selon lequel l'essence du litige porte sur l'interprétation d'ententes convenues en vertu de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* et relève ainsi de la compétence exclusive du conseil d'arbitrage prévu par l'article 54 de la loi. Il précise que le simple fait que les ententes devraient être interprétées par la Cour supérieure pour trancher l'action collective ne fait pas perdre compétence à cette dernière au profit du conseil d'arbitrage. Par ailleurs, le conseil d'arbitrage n'est pas compétent pour trancher le litige décrit dans l'action collective¹⁰.

[25] Finalement, le juge rejette aussi la demande de New Look visant à déclarer l'action collective irrecevable parce qu'elle serait non fondée en droit. Selon lui, les allégations de l'action collective donnent ouverture aux conclusions recherchées. La prudence requiert donc de ne pas rejeter le recours à ce stade préliminaire¹¹, d'autant plus que des prétentions similaires de New Look ont déjà été expressément rejetées dans le jugement d'autorisation de l'action collective¹².

LES MOYENS D'APPEL

[26] Bien que formulé de diverses façons dans leurs mémoires respectifs, le moyen d'appel principal commun au PGQ, à la RAMQ et à New Look est celui de savoir si les articles 14 et 22.0.1 de la *Loi sur l'assurance maladie* confèrent à la RAMQ une compétence exclusive pour traiter du remboursement de frais accessoires réclamés par les personnes assurées auprès des médecins, optométristes et cliniques privées visés par l'action collective. Il s'agit là du cœur de l'appel.

[27] New Look, la seule clinique à porter en appel la décision de première instance, soulève aussi un autre moyen d'appel. Selon elle, puisque l'article 54 de la *Loi sur l'assurance maladie* confère une compétence exclusive à un conseil d'arbitrage à l'égard de l'interprétation et de l'application d'une entente convenue en vertu de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie*, la Cour supérieure n'aurait pas compétence sur le recours entrepris.

⁸ *Id.*, par. 40.

⁹ *Id.*, par. 41-47.

¹⁰ *Id.*, par. 48-54.

¹¹ *Id.*, par. 69.

¹² *Id.*, par. 70-75.

ANALYSE

Les articles 14 et 22.0.1 de la *Loi sur l'assurance maladie*

[28] La *Loi sur l'assurance maladie* régit le régime public d'assurance maladie du Québec. Comme l'ensemble des régimes publics d'assurance maladie au Canada, il est fondé sur les principes directeurs de (a) la gestion publique; (b) l'intégralité; (c) l'universalité; (d) la transférabilité; et (e) l'accessibilité¹³.

[29] La *Loi sur l'assurance maladie* identifie un ensemble de services médicaux assurés. Elle prévoit que les professionnels de la santé qui participent au régime public sont rémunérés pour les services assurés qu'ils prodiguent selon les modalités des ententes négociées avec leurs associations représentatives conformément à l'article 19 de la loi. Cet article prévoit notamment ce qui suit :

19. Le ministre peut, avec l'approbation du Conseil du trésor, conclure avec les organismes représentatifs de toute catégorie de professionnels de la santé, toute entente pour l'application de la présente loi.

Une entente peut prévoir notamment que la rémunération de services assurés varie selon des règles applicables à une activité, un genre d'activité ou l'ensemble des activités d'un professionnel de la santé, ou aux activités d'une catégorie de professionnels ou d'une spécialité à laquelle il appartient. Une telle entente peut aussi prévoir différents modes de rémunération dont les modes de rémunération à l'acte, à honoraires forfaitaires et à salaire. Elle peut en outre prévoir, à titre de compensation ou de remboursement, le versement de divers montants tels des primes, des frais ou des allocations.

[...]

[Soulignement ajouté]

19. For the purposes of this Act, the Minister may, with the approval of the Conseil du trésor, enter into an agreement with the representative organizations of any class of health professionals.

An agreement may, in particular, provide that the remuneration of insured services will vary according to rules which apply to an activity, a type of activity or all activities of a health professional, or to the activities of a class of professionals or of a specialty. Such an agreement may also provide different methods of remuneration which include fee-for-service remuneration, flat-rate fees and salary. It may also provide, as compensation or reimbursement, for the payment of various amounts such as premiums, expenses or allowances.

(...)

(Emphasis added)

¹³ *Loi canadienne sur la santé*, L.R.C. 1985, ch. C-6, art. 7-12.

[30] Jusqu'au 10 novembre 2015, le libellé du 9^e alinéa de l'article 22 de la *Loi de l'assurance maladie* interdisait au professionnel de la santé de réclamer ou de recevoir d'une personne assurée des frais pour des services assurés, y compris des frais accessoires à un service assuré, « sauf dans les cas prescrits ou prévus dans une entente et aux conditions qui y sont énoncées » :

22. [...]

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.

[...]

[Soulignement ajouté]

22. (...)

No person may exact or receive any payment from any insured person for a service, the supplying of something or costs accessory to an insured service furnished by a professional subject to the application of an agreement or by a professional who has withdrawn, except in the cases prescribed or provided for in an agreement and on the conditions mentioned therein.

(...)

(Emphasis added)

[31] De fait, les ententes intervenues avant le 10 novembre 2015 prévoyaient la possibilité pour un professionnel de la santé participant au régime public de demander le paiement, à la personne assurée, du coût des médicaments et des agents anesthésiques utilisés pour prodiguer les services assurés¹⁴. L'action collective entreprise tire sa source du fait que plusieurs médecins, optométristes et cliniques privées profitaient de ces dispositions afin de facturer à leurs patients des montants qui n'avaient aucune commune mesure avec le coût réel des médicaments et agents anesthésiques fournis.

[32] À compter du 10 novembre 2015, l'exception prévue au 9^e alinéa de l'article 22 (« sauf dans les cas prescrits ou prévus dans une entente et aux conditions qui y sont mentionnées ») fut retirée de la loi. Cependant, des mesures transitoires furent aussi adoptées afin de permettre la survie, jusqu'au 25 janvier 2017, des dispositions des ententes portant sur la facturation des frais accessoires¹⁵. C'est pourquoi la période visée par l'action collective se termine à cette date.

¹⁴ Pièce P-1 : *Manuel des médecins omnipraticiens*, règle 1.1.4 du Préambule général des Dispositions tarifaires; Pièce P-2 : *Manuel des médecins spécialistes*, règle 2.1 du Préambule général des Dispositions tarifaires; Pièce P-3 : *Manuel des médecins optométristes*, règle 5.0.1 de la section 10.4 « Définitions des services » du Titre 10 « Tarif d'honoraires ».

¹⁵ *Loi favorisant l'accès aux services de médecine familiale et de médecine spécialisée*, RLRQ, c. A-2.2, art. 76; *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; *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.

[33] Le PGQ, la RAMQ et New Look soutiennent que, dans la mesure où les montants facturés par les professionnels de la santé pour des médicaments ou des agents anesthésiques ont été perçus à l'encontre des stipulations de la *Loi sur l'assurance maladie*, le seul recours disponible aux personnes assurées serait celui prévu par l'article 22.0.1 de cette loi. Ils invoquent aussi l'article 14 qui balise les réclamations qui peuvent être présentées à la RAMQ par un assuré et les articles 18.1 à 18.4 qui permettent une contestation d'une décision de la RAMQ devant le TAQ.

[34] Les articles pertinents de la *Loi sur l'assurance maladie* prévoyaient ce qui suit pour la période visée par l'action collective :

14. Une personne assurée n'a droit d'exiger de la Régie le paiement ou le remboursement, selon le cas, du coût d'aucun service fourni par un professionnel de la santé si ce n'est suivant les articles 10, 11, 12, 13.1 ou 22.0.1.

[...]

22.0.1. Lorsque la Régie est d'avis qu'un professionnel de la santé ou un tiers a exigé paiement d'une personne assurée à l'encontre de la présente loi, alors que rien dans les règlements ou les ententes ne le permet ou a exigé plus que le montant qui aurait été payé par la Régie à un professionnel soumis à l'application d'une entente pour les services assurés fournis à une personne assurée qui n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie, son carnet de réclamation ou sa carte d'admissibilité, elle rembourse à la personne assurée la somme ainsi versée et en avise par écrit le professionnel de la santé ou le tiers. La Régie effectue un tel remboursement uniquement lorsque la personne assurée lui en fait la demande écrite dans l'année suivant la date du paiement.

Une somme ainsi remboursée et les frais d'administration prescrits constituent une dette envers la Régie

14. An insured person is not entitled to exact from the Board the payment or, as the case may be, reimbursement of the cost of any service furnished by a professional in the field of health except in accordance with sections 10, 11, 12, 13.1 and 22.0.1.

(...)

22.0.1. Whenever the Board believes that a professional in the field of health or a third person has exacted payment from an insured person in contravention of this Act, where nothing in the regulations so permits, or has claimed an amount exceeding the amount that would have been paid by the Board to a health professional subject to the application of an agreement for insured services furnished to an insured person who failed to present his health insurance card, claim booklet or eligibility card, it shall reimburse the amount so paid by the beneficiary and notify the professional or the third person in writing thereof. The Board shall make such a reimbursement solely where the insured person applies therefore in writing within one year after the date of payment.

An amount so reimbursed and the administrative costs prescribed constitute a debt toward the Board

et peuvent être recouverts de ce professionnel de la santé ou de ce tiers par compensation ou autrement, à l'expiration d'un délai de 30 jours à compter de la date de cet avis.

Dans les six mois de la compensation, le professionnel de la santé peut se pourvoir à l'encontre de la décision de la Régie devant la Cour supérieure ou la Cour du Québec, selon leur compétence respective ou, lorsqu'il s'agit d'une question d'interprétation ou d'application d'une entente, devant un conseil d'arbitrage créé en vertu de l'article 54. Il incombe au professionnel de la santé de prouver que la décision de la Régie est mal fondée.

18.1. Une personne assurée ou une personne admissible à un programme administré par la Régie en vertu du premier alinéa de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (chapitre R-5) et qui se croit lésée par une décision de la Régie peut en demander la révision. Une personne que la Régie refuse de considérer comme une personne assurée peut également demander la révision de cette décision.

[...]

18.3. Dans les 90 jours de la réception de la demande de révision, la Régie révisé le dossier et rend une décision motivée. Elle avise par écrit le demandeur de sa décision et de son droit de la contester devant le Tribunal administratif du Québec ainsi que du délai de recours.

18.4. Le demandeur qui se croit lésé par une décision rendue par la Régie en vertu de l'article 18.3 peut, dans les 60 jours de sa notification, la contester

and may be recovered from the professional in the field of health or third person by compensation or otherwise, on the expiry of a period of 30 days from the date of the notice.

Within six months of the compensation, the professional in the field of health may appeal from the Board's decision before the Superior Court or the Court of Québec according to their respective jurisdictions or, in the case of a question of interpretation or application of an agreement, before a council of arbitration established under section 54. The burden of proving that the decision of the Board is ill-founded is on the health professional.

18.1. An insured person or person eligible for a plan or program administered by the Board under the first paragraph of section 2 of the Act respecting the Régie de l'assurance maladie du Québec (chapter R-5) who believes he has been wronged by a decision of the Board may apply for a review of the decision. A person whom the Board refuses to consider an insured person may also apply for a review of such a decision

(...)

18.3. Within 90 days of receipt of the application for review, the Board shall review the case and render a decision with reasons. It shall notify the applicant in writing of its decision, of his right to contest the decision and of the time for bringing a proceeding.

18.4. An applicant who believes he has been wronged by a decision rendered by the Board under section 18.3 may, within 60 days of notification of the decision, contest the

devant le Tribunal administratif du Québec.

decision before the Administrative Tribunal of Québec.

[...]

(...)

[35] Comme on peut le constater aisément à la lecture de l'article 22.0.1, cette disposition relève du régime de la subrogation, un régime bien connu du milieu des assurances, plutôt que de celui de l'adjudication. Ainsi, le processus y prévu débute lorsque la RAMQ reçoit une demande de remboursement d'une personne assurée dans l'année suivant le paiement. Si elle « est d'avis » qu'un professionnel de la santé ou un tiers a exigé ce paiement à l'encontre de la *Loi sur l'assurance maladie*, elle rembourse la personne assurée et avise par écrit le professionnel ou le tiers. La RAMQ peut ensuite recouvrer cette somme à l'expiration d'un délai de 30 jours après l'envoi de l'avis.

[36] Si la RAMQ procède par compensation, le professionnel de la santé ou le tiers peut contester dans les six mois, par le biais d'un recours devant la Cour supérieure ou la Cour du Québec, selon les montants en jeu, ou devant le conseil d'arbitrage s'il s'agit d'une question d'interprétation des ententes¹⁶. Si elle ne peut procéder par compensation, la RAMQ doit s'adresser à la Cour supérieure ou à la Cour du Québec, selon les montants en litige, afin d'obtenir un jugement ordonnant le remboursement par le tiers ou le professionnel concerné. La Cour supérieure a d'ailleurs été saisie à de nombreuses reprises de tels litiges impliquant la RAMQ¹⁷.

[37] On constate donc, selon l'article 22.0.1, qu'en cas d'impossibilité d'opérer compensation ou en cas de contestation du professionnel ou du tiers lorsque la compensation est possible, la RAMQ devient une partie à un litige devant le tribunal de droit commun. C'est le jugement de la Cour supérieure ou de la Cour du Québec, selon le cas, qui détermine si le professionnel ou le tiers a ou non le droit de facturer le montant qui fait l'objet des reproches de la RAMQ à la suite de la demande de l'assuré conformément à l'article 22.0.1, et c'est ce jugement qui l'oblige à rembourser la RAMQ, le cas échéant.

[38] Il appert donc qu'en vertu de l'article 22.0.1 de la *Loi sur l'assurance maladie*, la RAMQ n'agit non pas comme un tribunal ou corps public chargé de trancher des litiges entre une personne assurée et un professionnel de la santé ou un tiers, mais plutôt comme un assureur qui prend fait et cause pour la personne assurée afin de recouvrer les montants qu'elle a remboursés à son assuré. L'objectif visé rappelle le concept bien

¹⁶ Notons que la possibilité pour un professionnel ou un tiers de contester devant le conseil d'arbitrage a été retirée de l'art. 22.0.1 *LAM* depuis le 7 décembre 2016. Le professionnel ou le tiers doit maintenant toujours contester devant la Cour supérieure ou la Cour du Québec : *Loi visant à accroître les pouvoirs de la Régie de l'assurance maladie du Québec, à encadrer les pratiques commerciales en matière de médicaments ainsi qu'à protéger l'accès aux services d'interruption volontaire de grossesse*, L.Q. 2016, c. 28, art. 12 et 84.

¹⁷ Voir notamment *Régie de l'assurance maladie du Québec c. Taras*, 2018 QCCS 4135 et *Institut de l'œil des Laurentides inc. c. Régie de l'assurance maladie du Québec*, 2019 QCCS 3095.

connu de subrogation prévu aux articles 1651 et suivants du *Code civil du Québec* (« C.c.Q. »), qui est central dans le domaine de l'assurance, comme le prévoit l'article 2474 C.c.Q.

[39] En effet, en échange du remboursement qu'effectue la RAMQ à la personne assurée, cette dernière est en quelque sorte subrogée à ses droits et peut récupérer elle-même les montants payés en trop. On ne peut voir dans le mécanisme de l'article 22.0.1 aucune attribution de compétence d'adjudication à la RAMQ. Il ne s'agit, en fin de compte, que d'un mécanisme particulier de subrogation légale destiné à permettre à la RAMQ de prendre fait et cause pour la personne assurée sous le régime public d'assurance maladie.

[40] Il n'est pas surprenant qu'un mécanisme de type subrogatoire soit énoncé à l'article 22.0.1. On trouve à plusieurs endroits dans la *Loi sur l'assurance maladie* des rapprochements entre le rôle de la RAMQ et celui d'un assureur. Ainsi, les personnes bénéficiant des services de santé assurés selon la loi sont désignées « personnes assurées » et les services couverts, « services assurés »¹⁸. La RAMQ assume aussi le coût des services « pour le compte de toute personne assurée, conformément aux dispositions de la présente loi et des règlements »¹⁹. La RAMQ est également subrogée au recours « de toute personne qui bénéficie des services assurés contre un tiers jusqu'à concurrence du coût des services assurés fournis ou qui seront fournis à la suite d'un préjudice causé par la faute du tiers »²⁰. De même, la RAMQ s'acquitte dans certaines circonstances des coûts de services de santé au nom de la personne assurée²¹, et rembourse la personne assurée pour les coûts qu'elle a payés dans d'autres circonstances²².

[41] Il est donc parfaitement conforme à l'esprit de la *Loi sur l'assurance maladie* que l'article 22.0.1 prévoit un mécanisme de subrogation plutôt qu'un mécanisme liant d'adjudication quant à la légalité des frais chargés par le professionnel ou le tiers. Ainsi, lorsque la personne assurée assume elle-même les coûts de certains frais accessoires qui n'auraient pas dû lui être facturés, elle a la possibilité de s'adresser à la RAMQ pour qu'elle la rembourse et réclame à son tour le montant versé sans droit du professionnel ou du tiers concerné.

[42] Cela étant, rien dans la loi n'interdit à la personne assurée de réclamer directement du tiers ou du professionnel de la santé les frais accessoires facturés sans droit. En effet, l'article 22.0.1 de la *Loi sur l'assurance maladie* ne constitue manifestement pas une attribution formelle et exclusive de compétence à la RAMQ qui permettrait de conclure que la compétence de droit commun de la Cour supérieure est écartée dans de tels cas.

¹⁸ *Loi sur l'assurance maladie*, supra, note 4, art. 1, alinéas a) et g.1).

¹⁹ *Id.*, art. 3.

²⁰ *Id.*, par. 18(1).

²¹ *Id.*, art. 11, 12, 13, 13.21.

²² *Id.*, art. 10, 13.1.

L'article 22.0.1 offre plutôt à l'assuré sous le régime public d'assurance maladie une alternative au recours civil direct de nature contractuelle ou en répétition de l'indu contre le tiers ou le professionnel de la santé, mais n'écarte pas ce recours civil direct si l'assuré ne se prévaut pas du mécanisme prévu à l'article en cause.

[43] D'ailleurs, rien dans la *Loi sur l'assurance maladie* ni dans les débats parlementaires entourant l'article 22.0.1 ne permet de conclure que le droit des personnes assurées d'intenter des recours civils directement contre des tiers ait été écarté. Rien ne permet non plus de conclure que le délai de prescription applicable à de tels recours civils ait été réduit de 3 ans à 1 an. Il s'agit d'ailleurs là d'une interprétation de la loi retenue dans d'autres dossiers par le TAQ et même par la RAMQ²³.

[44] L'arrêt *Okwuobi*²⁴ sur lequel s'appuient les parties appelantes pour soutenir que la Cour supérieure n'aurait pas compétence est inapplicable en l'espèce, vu que l'article 22.0.1 de la *Loi sur l'assurance maladie* – contrairement à l'article 83.4 de la *Loi sur la Charte de la langue française* qui était en cause dans *Okwuobi*²⁵ – n'établit pas un régime d'adjudication exclusif et obligatoire à l'égard du remboursement des frais accessoires aux services de santé assurés.

[45] Il faut se rappeler que la Cour supérieure est le tribunal de droit commun du Québec qui a compétence en première instance pour entendre toute demande que la loi n'attribue pas formellement et exclusivement à une autre juridiction ou à un organisme juridictionnel²⁶. Elle est d'ailleurs seule compétente pour entendre les actions collectives²⁷. Il faut aussi se rappeler que la compétence de la Cour supérieure ne peut être amoindrie en faveur d'un autre organisme ou tribunal que si une disposition législative le prévoit clairement²⁸. Ce n'est manifestement pas le cas en l'espèce.

[46] En l'occurrence, l'action collective cherchant le remboursement des frais accessoires facturés et perçus sans droit par les médecins, optométristes et cliniques privées visés relève de la compétence de la Cour supérieure dans la mesure, évidemment, où la personne assurée ne s'est pas déjà prévalu des mécanismes subrogatoires de l'article 22.0.1 de la *Loi sur l'assurance maladie*.

²³ *J.R. c. Québec (Régie de l'assurance maladie)*, 2013 QCTAQ 03903, par. 11.

²⁴ *Okwuobi c. Commission scolaire Lester-B.-Pearson; Casimir c. Québec (Procureur général); Zorrilla c. Québec (Procureur général)*, 2005 CSC 16, [2005] 1 R.C.S. 257.

²⁵ *Charte de la langue française*, RLRQ, c. C-11, art. 83.4. Au moment où la Cour suprême rend l'arrêt *Okwuobi*, l'article était ainsi rédigé : « Toute décision sur l'admissibilité d'un enfant à l'enseignement en anglais, rendue par une personne désignée en application des articles 73, 76, 81, 85 ou 86.1, peut, dans un délai de 60 jours de sa notification, être contestée devant le Tribunal administratif du Québec ».

²⁶ *Code de procédure civile*, 1^{er} al. de l'art. 33.

²⁷ *Id.*, 2^e al. de l'art. 33.

²⁸ *Canada (Procureur général) c. Telezone Inc.*, 2010 CSC 62, [2010] 3 R.C.S. 585, par. 42-43; *Succession Ordon c. Grail*, [1998] 3 R.C.S. 437, par. 46.

[47] Qu'en est-il par contre de la RAMQ? L'article 14 de la *Loi sur l'assurance maladie* prévoit qu'une « personne assurée n'a droit d'exiger de la Régie le paiement ou le remboursement du coût d'aucun service fourni par un professionnel de la santé si ce n'est suivant les articles [...] 22.0.1 ». Je suis d'accord avec la RAMQ que cet article constitue une fin de non-recevoir au recours civil des assurés du régime public contre celle-ci en regard des frais accessoires facturés sans droit. En effet, le texte de l'article m'apparaît limpide.

[48] Cela étant, selon Léveillé, l'action collective ne viserait pas à obtenir de la RAMQ le remboursement des frais accessoires, mais plutôt des dommages-intérêts fondés sur la responsabilité civile de cette dernière liée à une faute civile qu'elle aurait commise. Selon le mémoire de Léveillé, la responsabilité extracontractuelle de la RAMQ serait recherchée « pour avoir toléré la facturation illégale systémique de frais accessoires par les cliniques et les professionnels de la santé »²⁹.

[49] Bien que la responsabilité civile extracontractuelle de la RAMQ envers les assurés qu'elle dessert ne soit pas écartée par l'article 14 de la *Loi sur l'assurance maladie*, encore faut-il que le recours civil entrepris contre celle-ci soit effectivement fondé sur autre chose qu'une demande de remboursement des frais accessoires, et ce, afin d'éviter que ce type de recours soit entrepris afin de contourner cet article de la loi.

[50] Les allégations de l'action collective en cause soulèvent de très sérieuses questions quant à la responsabilité extracontractuelle du MSSS et, par conséquent, du PGQ – j'y reviendrai d'ailleurs lorsque la responsabilité de ces derniers sera traitée plus bas. Cependant, rien dans ces allégations et dans les conclusions qui s'y rattachent ne permet de conclure sérieusement que le recours contre la RAMQ vise autre chose que le remboursement des frais accessoires facturés sans droit par les médecins, optométristes et cliniques visés par l'action collective.

[51] Il est vrai que les fautes reprochées à la RAMQ sont décrites dans la *Demande introductive en action collective amendée* du 24 mai 2018, comme consistant en du laxisme, de la mauvaise foi et de la complaisance à l'égard du modèle d'affaires répandu dans le milieu de la santé quant à la facturation de frais accessoires, permettant ainsi à ce modèle d'affaires illégal de perdurer et de se répandre sans contraintes véritables. Par contre, selon les allégations et conclusions de la demande, ces fautes de la RAMQ auraient eu pour conséquence d'engager la responsabilité solidaire de celle-ci « pour tous les frais facturés par les médecins/optométristes/cliniques du Québec au-delà du prix coûtant des médicaments et agents analgésiques administrés accessoirement à des services assurés pendant la période couverte par la présente action collective »³⁰. D'ailleurs, la conclusion recherchée à l'égard de la RAMQ est de condamner cette

²⁹ Argumentation des intimés dans leur mémoire d'appel, par. 89.

³⁰ *Demande introductive en action collective amendée* du 24 mai 2018, par. 608.

dernière « à verser à chacun des membres du groupe une somme équivalant au montant illégalement facturé par un médecin, optométriste ou clinique privée »³¹.

[52] Bien que les comportements reprochés à la RAMQ soient déplorables s'ils sont prouvés, il n'en demeure pas moins que l'essence du recours contre cette dernière vise à lui faire verser aux assurés du régime public d'assurance maladie les frais accessoires facturés sans droit par les médecins, optométristes et cliniques privées concernés. C'est d'ailleurs là la conclusion du juge de première instance³² :

[19] Le Tribunal conclut que l'essence du litige est une action en remboursement. Le demandeur ne réclame rien de plus que les frais qu'il allègue avoir payés en trop. Si les Professionnels n'avaient pas chargé lesdits frais, il va de soi que le demandeur n'aurait aucune action contre la RAMQ et le MSSS pour avoir créé et toléré un système où de tels frais sont chargés de façon routinière. Déterminer si la RAMQ et le MSSS ont commis des fautes est nécessaire à la solution complète du litige, mais elle n'en constitue pas son essence.

[53] En ce qui concerne la RAMQ, l'action collective porte donc essentiellement sur une réclamation par des personnes assurées contre elle pour le remboursement de frais accessoires facturés sans droit. Puisque le seul chef de réclamation contre la RAMQ porte sur ce remboursement, cette réclamation est conséquemment visée par les articles 14 et 22.0.1 de la *Loi sur l'assurance maladie*. On ne peut contourner les articles 14 et 22.0.1 de la *Loi sur l'assurance maladie* (dont la période de prescription d'une année pour demander à la RAMQ d'exercer le recours subrogatoire) en invoquant la responsabilité civile de la RAMQ, comme le soutient Léveillé³³.

[54] Il en serait autrement si la réclamation contre la RAMQ portait sur des dommages subis par un patient à la suite d'un retard pour un traitement médical résultant directement d'une demande de paiement de frais accessoires que le patient n'a pas les moyens d'acquitter ou si la réclamation avait pour objet des dommages moraux ou punitifs en lien avec le comportement fautif de la RAMQ. Par contre, aucune telle réclamation n'est comprise dans l'action collective entreprise par Léveillé.

[55] En conséquence, le recours collectif entrepris par Léveillé contre la RAMQ ne peut être maintenu. En effet, les termes clairs de l'article 14 de la loi établissent qu'une personne assurée ne peut exiger de la RAMQ le paiement ou le remboursement du coût d'aucun service fourni par un professionnel de la santé si ce n'est, dans ce cas-ci, en suivant les prescriptions de l'article 22.0.1.

[56] Cela étant, les prescriptions des articles 14 et 22.0.1 de la *Loi sur l'assurance maladie* ne s'étendent pas au PGQ. Ainsi, ce dernier ne peut invoquer ces articles comme

³¹ *Id.*, p. 143, 2^e conclusion.

³² Jugement de première instance, par. 19.

³³ *Québec (Procureur général) c. Charest*, 2004 CanLII 46995 (QC CA), par. 12-13.

fin de non-recevoir à l'action collective cherchant sa condamnation solidaire avec les médecins, optométristes et cliniques privées concernés.

[57] Selon les allégations très détaillées de l'action collective, qui s'étendent sur 143 pages et 618 paragraphes, le tout appuyé d'une documentation très étoffée, Léveillé soutient que les principaux acteurs gouvernementaux ont systématiquement esquivé leurs responsabilités en omettant de faire respecter les lois et les engagements portant sur la gratuité des services de santé assurés. Ils auraient ainsi permis aux médecins, optométristes et cliniques privées visés d'ériger un système de surfacturation des frais accessoires afin, notamment, de pallier au sous-financement systémique des services de santé par le gouvernement du Québec. Les faits allégués à ces égards, qui doivent être tenus pour avérés à ce stade des procédures, sont plutôt accablants.

[58] La surfacturation était tellement tolérée par les responsables gouvernementaux qu'elle a même fait l'objet d'un rapport du Vérificateur général du Québec³⁴, lequel a provoqué l'intervention de la ministre fédérale de la Santé³⁵. D'ailleurs, il faut noter que la lettre de cette dernière du 6 septembre 2016 au ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, telle que reprise dans les allégations de l'action collective, annonce des déductions aux paiements de transfert fédéraux en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* en lien avec cette surfacturation³⁶. Cela démontre, à première vue du moins, l'ampleur du problème et le laxisme du gouvernement du Québec à l'égard de la surfacturation des frais accessoires.

[59] Léveillé invoque d'ailleurs l'affaire *Association pour l'accès à l'avortement c. Québec (Procureur général)*³⁷ pour étayer sa position. Dans cette affaire, la Cour supérieure a autorisé une action collective contre le PGQ pour toutes les femmes du Québec, bénéficiaires du régime public d'assurance maladie, qui ont déboursé une somme d'argent pour obtenir un avortement dans la province de Québec. L'Association pour l'accès à l'avortement cherchait à obtenir des dommages-intérêts et des dommages exemplaires contre le PGQ. Ce dernier a demandé à la Cour supérieure de décliner compétence au motif que la question à déterminer relevait exclusivement du TAQ, invoquant les articles 14 et 18.1 et s. de la *Loi sur l'assurance maladie*. La juge Nicole Bénard a rejeté la requête en exception déclinatoire *ratione materiae* du PGQ,

³⁴ Pièce P-82 : Extrait du Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2016-2017 intitulé « Vérification de l'optimisation des ressources », chapitre 3 - Frais facturés en clinique pour les services médicaux, publié au printemps 2016.

³⁵ Pièce P-81 : Lettre de la ministre fédérale de la Santé au ministre québécois de la Santé et des Services sociaux du 6 septembre 2016; *Demande introductive en action collective amendée* du 24 mai 2018, par. 586.

³⁶ *Loi canadienne sur la santé*, L.R.C. 1985, ch. C-6, art. 2 (définition de « surfacturation »), 18 et 20(1).

³⁷ *Association pour l'accès à l'avortement c. Québec (Procureur général)*, 2005 CanLII 38684 (QC CS), demande pour permission d'appeler refusée : [2005] J.Q. n° 24359 (QL) (C.A., juge unique).

notamment pour les motifs qui suivent, lesquels s'appliquent tout autant au présent recours³⁸ :

[29] L'Association prétend que le gouvernement ne respecte ses propres lois en acceptant de défrayer le coût additionnel exigé par les cliniques privées, lorsque les cliniques publiques d'avortement doivent, pour des questions de délais, y référer elles-mêmes certaines patientes.

[30] En d'autres termes, bien qu'affirmant que l'avortement est un service gratuit couvert par la Régie de l'assurance maladie du Québec, lorsque les cliniques publiques ne peuvent suffire à la demande, elles réfèrent les femmes aux cliniques privées et paient le montant additionnel exigé.

[31] Donc, si les femmes sont référées en urgence aux cliniques privées parce que les cliniques publiques ne peuvent répondre à la demande, le gouvernement paie, mais la femme qui ne veut pas attendre cette période fatidique et qui s'adresse directement à la clinique privée, doit défrayer elle-même le coût additionnel.

[32] En résumé, le recours ne vise pas à obtenir uniquement le remboursement des sommes payées mais à faire condamner le Procureur général pour sa responsabilité dans le processus mis en place.

[33] Le fait que les dommages réclamés peuvent en partie se comparer aux sommes déboursées par les femmes, ne change pas la nature du recours.

[Transcription textuelle]

[60] Le PGQ fut par ailleurs ultérieurement condamné aux dommages-intérêts dans cette affaire³⁹.

[61] Bien qu'il soit possible que le gouvernement du Québec n'ait pas commis une faute susceptible d'engager sa responsabilité civile, il appartiendra au juge du fond d'en décider à la suite d'un procès. Comme le notait le juge Yergeau dans le jugement d'autorisation⁴⁰ :

[63] Il est possible qu'à la fin de l'instruction de l'action, eu égard à la preuve présentée de part et d'autre, le Tribunal conclut à la bonne foi du Gouvernement dans l'exercice de son pouvoir politique malgré le fait qu'il ait pu être alerté il y a longtemps que la pratique des frais accessoires, telle qu'on l'a connue, pouvait saper la gratuité des services de santé assurés. Mais, à partir des faits, documents, citations et données allégués et de la chronologie des événements, il est aussi possible que le Tribunal conclut que la passivité mal motivée ou le

³⁸ *Id.*, par. 29-33.

³⁹ *Association pour l'accès à l'avortement c. Québec (Procureur général)*, 2006 QCCS 4694.

⁴⁰ Jugement d'autorisation de l'action collective, par. 63.

laxisme du MSSS ne puissent être tenus pour l'exercice de bonne foi d'un pouvoir discrétionnaire [*Ville de Kamloops c. Nielsen*, [1984] 2 R.C.S. 2]. Or, cet aspect du dossier est ici spécifiquement soulevé alors qu'il ne l'était ni dans l'affaire *Cilinger*, ni dans le dossier *Just*.

L'article 54 de la Loi sur l'assurance maladie

[62] New Look soutient que, puisque l'action collective requiert d'interpréter ou d'appliquer des dispositions des ententes conclues en vertu de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie*, seul un conseil d'arbitrage constitué conformément à l'article 54 de cette loi pourrait trancher la question. Cet article prévoit ce qui suit :

54. Un différend qui résulte de l'interprétation ou de l'application d'une entente est soumis à un conseil d'arbitrage, exclusivement à tout tribunal de juridiction civile.

La composition du conseil d'arbitrage et la nomination de ses membres peuvent être déterminées dans une entente. À défaut, elles sont déterminées par le ministre du Travail après consultation des organismes représentatifs des professionnels de la santé.

54. A dispute resulting from the interpretation or application of an agreement is submitted to a council of arbitration, to the exclusion of any court of civil jurisdiction.

The composition of the council of arbitration and the appointment of its members may be determined in an agreement. If the composition and appointment are not so determined, they are determined by the Minister of Labour after consultation with the bodies representing professionals in the field of health.

[63] Cette disposition doit être comprise comme permettant l'arbitrage aux parties signataires des ententes convenues en vertu de l'article 19 – c'est-à-dire les « organismes représentatifs de toute catégorie de professionnels de la santé » et le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, qui sont seuls habilités à conclure de telles ententes – de même qu'aux professionnels de la santé visés par ces ententes lorsque ces dernières ou la loi le prévoient expressément⁴¹. Rien dans la *Loi sur l'assurance maladie* ou dans la jurisprudence ne permet de conclure qu'une « personne assurée » au sens de cette loi peut saisir le conseil d'arbitrage d'un litige portant sur l'interprétation d'une entente conclue conformément à l'article 19.

[64] Les juges majoritaires de la Cour suprême ont d'ailleurs conclu ainsi dans l'arrêt *Guérin*. Dans cette affaire, il s'agissait, notamment, de décider si un professionnel de la santé pouvait saisir le conseil d'arbitrage sans en être expressément autorisé par l'entente elle-même ou par la loi. En répondant par la négative à cette question, la

⁴¹ *Québec (Procureure générale) c. Guérin*, 2017 CSC 42, [2017] 2 R.C.S. 3, par. 55 et 58 [« *Guérin* »].

majorité de la Cour suprême a aussi précisé qu'un patient ne pourrait pas, lui non plus, saisir le conseil d'arbitrage⁴² :

[59] En outre, des établissements de santé, voire des tiers comme des entrepreneurs ou des patients, pourraient aussi avoir recours à l'arbitrage lorsqu'une décision résultant de l'interprétation ou de l'application d'une entente les toucherait directement. Il en résulterait un accroissement insoutenable du recours à l'arbitrage prévu à l'art. 54 de la Loi. Nous ne pouvons concevoir que telle ait été l'intention du législateur quant au but et à la portée de cet article.

[65] De plus, le fait qu'un litige requiert l'interprétation d'une entente convenue en vertu de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* ne conduit pas à la conclusion que les tribunaux de droit commun n'ont nécessairement aucune compétence sur le litige. Tout dépend de la nature du recours entrepris. Si le recours ne relève pas de la compétence exclusive du conseil d'arbitrage, comme c'est le cas en l'espèce, alors les tribunaux de droit commun peuvent – et doivent – interpréter les dispositions pertinentes des ententes afin de rendre jugement. La Cour a d'ailleurs précisé ce principe à de nombreuses reprises.

[66] Ainsi, dans l'affaire *Pellan*⁴³, il s'agissait de décider si une action collective qui requerrait l'interprétation de la *Loi sur les impôts* du Québec et des dispositions réglementaires connexes portant sur des remises d'impôt, pouvait procéder devant la Cour supérieure malgré que cette dernière soit requise d'interpréter des lois fiscales provinciales relevant normalement de la compétence exclusive de la Cour du Québec. Tout en confirmant que l'action collective pouvait procéder, la juge Bich précise que la Cour supérieure peut interpréter une loi fiscale provinciale lorsque l'essence du recours dont elle est saisie ne relève pas de la compétence exclusive de la Cour du Québec en matière fiscale⁴⁴ :

[56] Il faut rappeler d'abord que si le législateur a prévu une voie de recours particulière et obligatoire en cas de contestation de la cotisation, et donc de l'un ou l'autre des éléments ou des étapes du processus décrit par les articles 1005 et suivants [de la *Loi sur les impôts*], cela ne signifie pas que la Cour supérieure (notamment dans l'exercice de sa compétence déclaratoire) et la Cour du Québec (dans l'exercice de sa mission générale) se trouvent dépouillées complètement du pouvoir d'interpréter ou d'appliquer la loi fiscale lorsque la question soulevée déborde le cadre du recours spécialisé créé par les articles 93.1.1 et suivants [de la *Loi sur l'administration fiscale*].

⁴² *Id.*, par. 59.

⁴³ *Pellan c. Agence du revenu du Québec*, 2012 QCCA 1632, par. 56, demande d'autorisation d'appel à la Cour suprême rejetée, 25 avril 2013, n° 35076.

⁴⁴ *Id.*, par. 56.

[67] Dans *Westjet*⁴⁵, la question qui se posait était celle de savoir si la Cour supérieure était privée de sa compétence au profit de l'Office des transports du Canada, pour entendre et décider d'une action collective par laquelle des dommages-intérêts étaient réclamés d'une société aérienne en lien avec des mesures d'accommodement pour des personnes souffrant d'une déficience. Tout en rejetant le moyen déclinatoire et confirmant ainsi la compétence de la Cour supérieure, la juge Hogue précise que cette dernière peut interpréter la législation fédérale sur le transport aérien dans le cadre de l'action collective, et ce, même si l'interprétation et l'application de cette législation fédérale relèvent largement de la compétence de l'Office des transports du Canada⁴⁶ :

[58] L'article 172 précité de la [Loi sur les transports au Canada] ne prive donc pas la Cour supérieure de sa compétence adjudicative du fait que cette dernière puisse être appelée à interpréter la [Loi sur les transports au Canada] dans le cadre de l'action collective. Cet article permet à l'[Office des transports du Canada] d'adjudger de certaines plaintes dans un cadre législatif précis sans enlever compétence à la Cour supérieure sur les recours similaires fondés sur la responsabilité contractuelle. Ce n'est pas parce que la Cour supérieure pourrait être appelée à se prononcer sur certaines dispositions de la [Loi sur les transports au Canada] qu'on doit en conclure que le Parlement lui a retiré sa compétence adjudicative. Ce n'est certes pas l'effet ni la portée de l'article 172 de la [Loi sur les transports au Canada].

[Renvoi omis]

[68] Ce même principe fut repris dans l'arrêt *Gagnon c. Amazon.com inc.*⁴⁷, où la Cour a confirmé la compétence de la Cour supérieure à l'égard d'une action collective en dommages compensatoires et punitifs liés au défaut de rembourser des montants de TPS et de TVQ facturés illégalement aux consommateurs sur des fournitures détaxées. La compétence de la Cour supérieure était contestée au motif que les demandes de recouvrement de taxes relèvent exclusivement de la Cour canadienne de l'impôt pour la TPS et de la Cour du Québec pour la TVQ. Tout en reconnaissant la compétence de la Cour supérieure sur le recours entrepris, la juge Marcotte souligne que cette dernière peut interpréter les dispositions pertinentes des lois fiscales applicables afin de rendre jugement, bien que l'interprétation et l'application de ces dispositions relèvent normalement de la compétence exclusive de tribunaux spécialisés⁴⁸ :

[52] Le seul fait que la Cour supérieure puisse être éventuellement appelée à interpréter les dispositions de la [Loi sur la taxe d'accise] et de la [Loi sur la taxe de vente du Québec], dans le cadre de l'évaluation des dommages subis, ou lorsqu'elle examinera le devoir de mitigation des dommages des demandeurs, ne

⁴⁵ *WestJet c. Chabot*, 2016 QCCA 584, demande d'autorisation d'appel à la Cour suprême rejetée, 27 octobre 2016, n° 37027.

⁴⁶ *Id.*, par. 58.

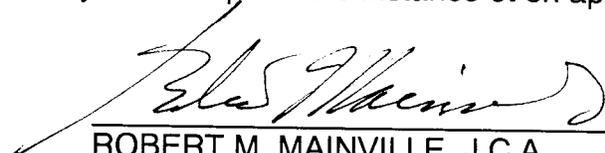
⁴⁷ *Gagnon c. Amazon.com inc.*, 2019 QCCA 1166, par. 52, demande d'autorisation d'appel à la Cour suprême rejetée, 19 mars 2020, n° 38842.

⁴⁸ *Id.*, par. 52.

change pas la nature véritable de l'action collective qui repose sur des représentations trompeuses.

CONCLUSION

[69] Pour ces motifs, je propose à la Cour de rejeter les appels entrepris par le PGQ et New Look, avec frais de justice. Je propose aussi à la Cour d'accueillir l'appel de la RAMQ afin de faire droit à sa demande en exception déclinatoire et de rejeter l'action collective à son égard seulement, le tout avec frais de justice en première instance et en appel.


ROBERT M. MAINVILLE, J.C.A.

[6] **INFIRME** à l'égard de la Régie de l'assurance maladie du Québec le jugement du 23 avril 2019 de la Cour supérieure, district de Montréal;

[7] **ACCUEILLE** l'exception déclinatoire *rationae materiae* de la Régie de l'assurance maladie du Québec;

[8] **REJETTE** l'action collective entreprise dans la demande introductive amendée datée du 24 mai 2018 à l'égard de la Régie de l'assurance maladie du Québec;

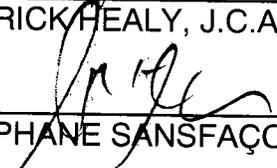
[9] **LE TOUT**, avec frais de justice en faveur de la Régie de l'assurance maladie du Québec, tant en première instance qu'en appel.



ROBERT M. MAINVILLE, J.C.A.



PATRICK HEALY, J.C.A.



STÉPHANE SANSFAÇON, J.C.A.

Me Mario Normandin
Me Gabriel Lavigne
BERNARD, ROY (JUSTICE-QUÉBEC)
Pour procureur général du Québec

Me Bruno Grenier
Me Cory Verbauwhede
GRENIER VERBAUWHEDE AVOCATS
Me Peter Shams
HADEKEL SHAMS
Me Mathieu Charest-Beaudry
Me Bruce Johnston
Me Alexandra Gill
TRUDEL JOHNSTON & LESPÉRANCE
Pour Philippe Léveillé

Me Andrée-Claude Harvey
Me Karine Salvail
RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC
Pour Régie de l'assurance maladie du Québec

Me Emmy Serikawa

McCARTHY TÉTREAUULT

Pour Institut du glaucome de Montréal inc., Clinique O. chirurgie plastique et esthétique de l'oeil inc., Frédéric Lord, Jurate Uleckas, Robert Sabbah, François Lavigne, Isabelle Delorme inc., Clinique dermatologique de la Rive-Sud, J.S. Benhamron M.D. inc., Michèle Leclerc, 7044968 Canada inc., Le groupe spécialiste ENT, S.E.N.C., Institut de l'oeil de Montréal inc., Marie-Michelle Cayer, Girair Basmadjian, Élizabeth Gariépy M.D. inc., Luc Leclaire, Ophtalmologie Lanaudière-Sud S.E.N.C., Christian Perreault, RRX médical inc., Dre Joëlle Baril inc., Steeve Létourneau M.D. inc., Shawn Cohen, Pijoco inc., Contact Optico inc., Centre de psychiatrie Sherbrooke inc., Francine Cardinal, Antranik Benohanian, Yvon Benoit, La clinique de santé visuelle de Montréal, La clinique d'ophtalmologie du Haut Richelieu inc., Pierre Blondeau, F. Ross M.D. inc., Pierre Turcotte M.D. inc., Radiologie Varad S.E.N.C.R.L., Luc Comtois, 2645-8224 Québec inc. 100 % Vision inc., Alfred Balbul, Clinique d'ophtalmologie COI Laval, Jean-Junior Normandin, Centre de santé intégrale et de recherche clinique à Cookshire, Centre recherche et d'enseignement d'échoendoscopie de Montréal, Béatrice Wang, François Roberge, ophtalmologue inc., Joël Claveau, Michel Gravel, Clinique ophtalmologique Daniel Yu inc., Alan Coffey, Renée Carignan, Dan Bergeron, MD Eyecare inc., John Chen, Christa Staudenmaier, Service d'urologie S.E.N.C.R.L., 1843-1353 Québec inc., Gestion C.D.Q.M. inc., Stéphane Pierre Morin, Marian Zaharia, Endovision Plus inc., Jacques Samson, Dr F. Cardinal inc., Radiologistes universitaires de Montréal S.E.N.C.R.L., Loukia Mitsos, Dimitrios Kyritsis, Lakeshore ophtalmologie, Centre médical Fontainebleau inc., Philippe Lafaille, Radiologie Varad S.E.N.C.R.L., GMF centre médical du Parc et 9189-2984 Québec inc.

Me Chantal Poirier

Me Lisane Bertrand

MATTEAU POIRIER AVOCATS

Pour Placements Optibui inc., Martine Jean, Étienne Gauvin, April Wootten, Zieuté inc., Clinique de l'oeil Rockland inc., 9360-2134 Québec inc., La vue Capitale inc., Bénédicte Morisse, Clinique d'optométrie Bellevue inc., 9204-9204 Québec inc. et Hélène Maltais.

Me Nicholas Rodrigo

Me Hannah Toledano

DAVIES WARD PHILLIPS & VINEBERG

Pour Groupe Vision New Look inc.

Me Arielle Reeves-Breton

WOODS

Pour 9084-7757 Québec inc.

Me Nicolas Déplanche
MORENCY SOCIÉTÉ D'AVOCATS
Pour Centre oculaire de Québec inc.

Me Anne-Marie Bujold
TERRIEN COUTURE JOLI-COEUR
Pour FYI services et produits Québec inc.

Me Éric Azran
Me Romy Proulx
STIKEMAN ELLIOTT
Pour Gestion Plexo inc. et Institut de l'oeil des Laurentides inc.

Me Myriam Brix
LAVERY, De BILLY
Pour Clinique de radiologie de Granby inc., Clinique de l'alternative inc. et Beauce optique inc.

Groupe Opmedic inc., Clinique de gastro-entérologie de Laval inc., Radiméd inc., Jacques Bellefeuille, Institut de chirurgie spécialisée de Montréal inc., Centre de gastro-entérologie (Montréal, West Island) inc., Clinique d'ophtalmologie Bellevue Laval, D.S. et J.C. Chapleau O.O.D. inc., Clinique d'ophtalmologie Ferremi Boileau inc., Imagerie médicale Westmount Square inc. et André Quirion M.D. inc.
Non représentés

Date d'audience : 25 mars 2021