

COUR D'APPEL

CANADA
PROVINCE DE QUÉBEC
GREFFE DE MONTRÉAL

N° : 500-09-028485-191, 500-09-028490-191
(500-06-000793-162)

DATE : 23 avril 2021

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

N° 500-09-028485-191

**FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC
FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC
ASSOCIATION DES OPTOMÉTRISTES DU QUÉBEC**
APPELANTES – défenderesses

c.

**DANIEL RAUNET
COLOMBE GAGNON**
INTIMÉS – demandeurs

et

**PROCUREUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC
RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC**
MIS EN CAUSE – défendeurs

N° 500-09-028490-191

PROCUREUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC
APPELANT – défendeur

c.

DANIEL RAUNET
COLOMBE GAGNON
INTIMÉS – demandeurs
et

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC
FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC
FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC
ASSOCIATION DES OPTOMÉTRISTES DU QUÉBEC
MISES EN CAUSE – défenderesses

ARRÊT

[1] Dans le dossier d'appel 500-09-028485-191, la Fédération des médecins spécialistes du Québec, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et l'Association des optométristes du Québec portent en appel le jugement du 14 juin 2019, prononcé par l'honorable Pierre-C. Gagnon de la Cour supérieure, district de Montréal, rejetant leurs demandes respectives en exception déclinatoire *ratione materiae* en regard d'une demande pour autoriser une action collective contre elles.

[2] Dans le dossier d'appel 500-09-028490-191, le procureur général du Québec porte en appel ce même jugement du 14 juin 2019, rejetant sa demande en exception déclinatoire *ratione materiae* en regard de la même demande d'autorisation d'action collective le visant également.

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

Dans le dossier d'appel 500-09-028485-191 :

[4] **REJETTE** l'appel de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et de l'Association des optométristes du Québec, avec frais de justice;

Dans le dossier d'appel 500-09-028490-191 :

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

ROBERT M. MAINVILLE, J.C.A.

PATRICK HEALY, J.C.A.

STÉPHANE SANSFAÇON, J.C.A.

Me Jean-Philippe Groleau
Me Joseph-Anaël Lemieux
DAVIES WARD PHILLIPS & VINEBERG
Pour Fédération des médecins spécialistes du Québec

Me Sophie Perreault
Me Catherine Martel
LANGLOIS AVOCATS
Pour Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Me Pierre Brossoit
ROBINSON SHEPPARD SHAPIRO
Pour Association des optométristes 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 Daniel Raunet et Colombe Gagnon

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

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

Date d'audience : 25 mars 2021

MOTIFS DU JUGE MAINVILLE

[6] Les parties appelantes, la Fédération des médecins spécialistes du Québec, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et l'Association des optométristes du Québec (collectivement désignées les « Fédérations »), de même que le procureur général du Québec (« PGQ »), portent en appel le jugement du 14 juin 2019, prononcé par l'honorable Pierre-C. Gagnon de la Cour supérieure, district de Montréal¹, rejetant leurs demandes respectives en exception déclinatoire *ratione materiae* en regard d'une demande pour autoriser une action collective contre elles.

LE CONTEXTE

[7] Le 2 juin 2016, Daniel Raunet (« Raunet ») dépose à la Cour supérieure une *Requête pour autorisation d'exercer une action collective* (la « Demande en autorisation »), qui sera substantiellement modifiée par la suite. Colombe Gagnon (« Gagnon ») s'ajoute plus tard à Raunet à titre de requérante.

[8] Dans la dernière mouture de la Demande en autorisation, datée du 17 décembre 2018, Raunet et Gagnon recherchent le statut de représentants aux fins d'exercer une action collective contre le PGQ, la Régie de l'assurance maladie du Québec (« RAMQ ») et les Fédérations, en lien avec la surfacturation des frais accessoires aux services de santé assurés en vertu de la *Loi sur l'assurance maladie*². Le groupe visé par l'action collective est décrit comme suit³ :

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 informés 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^[4].

¹ *Raunet c. Procureure générale du Québec*, 2019 QCCS 2389 (« jugement de première instance »). La permission d'appeler fut accordée le 31 octobre 2019 : 2019 QCCA 1868 (juge unique).

² *Loi sur l'assurance maladie*, RLRQ, c. A-29.

³ Demande en autorisation, datée du 17 décembre 2018, p. 28.

⁴ Il s'agit de l'action collective dans l'affaire Léveillé autorisée par le juge Yergeau le 18 août 2017 : *Léveillé c. Procureure générale du Québec*, 2017 QCCS 3762.

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.

[9] Les principales questions de fait et de droit identifiées pour les fins de l'action collective sont décrites comme suit⁵ :

Les membres du groupe ont-ils payé des frais illégaux en lien avec les services assurés au sens de l'article 3 [de la *Loi sur l'assurance maladie*]?

Le MSSS [ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec] et la [RAMQ] 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?

[10] Quant aux conclusions recherchées, elles sont identifiées comme suit⁶ :

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;

⁵ Demande en autorisation, datée du 17 décembre 2018, par. 91.1-92.

⁶ *Id.*, par. 100-105.

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.

[11] Le PGQ, la RAMQ et chacune des Fédérations déposent des demandes en exception déclinatoire *ratione materiae* similaires fondées principalement sur les articles 14 et 22.0.1 de la *Loi sur l'assurance maladie*. Ces articles permettent à la RAMQ de rembourser une personne assurée d'une somme exigée sans droit par un tiers ou un professionnel de la santé pour un service assuré. Le PGQ, la RAMQ et les Fédérations soutiennent qu'en vertu de ces articles et des articles 18.1 et s. de la *Loi sur l'assurance maladie*, l'action collective relève de la compétence exclusive de la RAMQ et du Tribunal administratif du Québec.

[12] Le 14 juin 2019, le juge Gagnon rejette les demandes déclinatoires du PGQ et des Fédérations, mais accueille en partie la demande déclinatoire de la RAMQ.

LE JUGEMENT DE PREMIÈRE INSTANCE

[13] Le juge de première instance qualifie l'action collective comme un recours en dommages-intérêts pour les fautes commises par le PGQ, la RAMQ et les Fédérations en lien avec une collusion alléguée. Cette collusion favoriserait un modèle d'affaires répandu parmi les cliniques et professionnels de la santé. Ce modèle consiste 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 un service assuré sous le couvert qu'il s'agirait de frais accessoires aux services fournis⁷ :

[42] Quoi qu'il en soit, il est clair que l'essence du litige a trait à des frais accessoires perçus illégalement. Mais il ne s'agit pas de contraindre les professionnels qui les ont encaissés à les rembourser à chacun des patients concernés. Parmi les défenderesses, il ne reste plus rien des nombreuses cliniques médicales et autres poursuivies initialement. L'action collective cible plutôt un groupe compact de cinq collusionnaires allégués qui, malgré les apparences, auraient favorisé la pratique illégale plutôt que de la combattre, ni même se conformer à son interdiction.

[43] La demande d'autorisation a pour objectif essentiel un jugement au fond qui,

⁷ Jugement de première instance, par. 42-43.

- constaterait la collusion;
- la déclarerait illégale;
- condamnerait solidairement les cinq défenderesses à rembourser les membres aux lieu et place des professionnels de la santé qui ont perçu illégalement les frais accessoires;
- condamnerait en outre à des dommages punitifs (qui, par définition, ne peuvent être payables solidairement), indication que des droits fondamentaux ont été transgressés.

[Transcription textuelle]

[14] Le juge constate que les articles 14 et 22.0.1 de la *Loi sur l'assurance maladie* permettent à une personne assurée d'obtenir un remboursement des frais accessoires facturés sans droit directement de la RAMQ, subrogeant cette dernière pour recouvrer le montant de la clinique ou du professionnel de la santé concerné par compensation ou en ayant recours aux tribunaux judiciaires⁸. Cependant, le juge conclut que ce recours prévu par la loi « régit les rapports juridiques entre la personne assurée et la RAMQ seulement »⁹. Ce recours administratif « n'a rien à voir » avec la réclamation en dommages-intérêts compensatoires ou punitifs qu'une personne assurée pourrait prétendre avoir contre le gouvernement ou les Fédérations en lien avec la surfacturation des frais accessoires¹⁰.

[15] Pour le juge, le processus administratif prévu à l'article 22.0.1 de la *Loi sur l'assurance maladie* est un mécanisme alternatif proposé aux personnes assurées qui n'empêche pas ces dernières de se tourner vers les tribunaux judiciaires afin d'obtenir un remboursement des cliniques ou professionnels de la santé qui ont pratiqué la surfacturation des frais accessoires ou pour obtenir des dommages-intérêts de tiers qui auraient participé ou encouragé le système de surfacturation¹¹.

[16] Le juge conclut donc que ce processus administratif n'empêche pas l'action collective envisagée contre le PGQ et les Fédérations puisqu'il ne confère pas formellement à la RAMQ une compétence exclusive sur les demandes de remboursement des frais accessoires facturés sans droit ou sur les demandes en dommages-intérêts extracontractuels liés à des fautes civiles qui auraient été commises en lien avec ce système de surfacturation.

[17] Par contre, en ce qui concerne la RAMQ, l'article 14 de la *Loi sur l'assurance maladie* prévoit qu'une personne assurée n'a pas le droit d'exiger un paiement ou un

⁸ *Id.*, par. 51.

⁹ *Id.*, par. 82, soulignement ajouté.

¹⁰ *Id.*, par. 88-89.

¹¹ *Id.*, par. 93-95.

remboursement de cette dernière du coût d'aucun service fourni par un professionnel de la santé, si ce n'est suivant les dispositions de cette loi, dont notamment l'article 22.0.1¹². Le juge conclut que l'article 14 permet d'écarter la RAMQ de l'action collective envisagée¹³. Le juge décline donc compétence à l'égard de la RAMQ « uniquement en ce qui concerne la réclamation de dommages-intérêts équivalant aux frais imposés illégalement »¹⁴.

LES MOYENS D'APPEL

[18] La RAMQ ne porte pas en appel le jugement de première instance malgré la conclusion voulant que l'action collective se poursuive contre elle pour les autres conclusions recherchées, notamment les dommages punitifs. De même, Raunet et Gagnon ne portent pas en appel le jugement malgré qu'il écarte le recours contre la RAMQ cherchant le remboursement auprès de celle-ci des frais accessoires facturés illégalement.

[19] Le PGQ et les Fédérations soulèvent un seul et même moyen d'appel, à 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, ce qui rendrait, selon eux, la Cour supérieure sans compétence à l'égard du recours collectif envisagé.

[20] Il s'agit là du même moyen d'appel que celui soulevé dans l'affaire *Léveillé* qui fait l'objet des dossiers d'appel 500-09-028336-196, 500-09-028337-194 et 500-09-028338-192 entendus en même temps que les appels dans les présents dossiers.

ANALYSE

[21] Les appels du PGQ et des Fédérations doivent être rejetés pour essentiellement les mêmes motifs que ceux énoncés dans l'arrêt *Léveillé* prononcé ce jour et il y a lieu d'incorporer aux présents motifs l'ensemble des motifs énoncés dans cet arrêt.

[22] En bref, en vertu de l'article 22.0.1 de la *Loi sur l'assurance maladie*, la RAMQ agit non pas comme organisme 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 connu de subrogation, prévu aux articles 1651 et s. 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. Ainsi, à la suite du

¹² *Id.*, par. 96-97.

¹³ *Id.*, par. 104-107.

¹⁴ *Id.*, par. 111.

remboursement qu'effectue la RAMQ à la personne assurée, celle-ci est subrogée à ses droits et peut récupérer elle-même auprès des tiers et professionnels de la santé les montants facturés sans droit auprès de la personne assurée qui se prévaut de l'article 22.0.1.

[23] On ne peut entrevoir dans le mécanisme de l'article 22.0.1 une 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.

[24] Il en découle que rien dans la loi n'interdit à la personne assurée de réclamer directement du tiers ou du professionnel de la santé concerné 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. L'article 22.0.1 offre plutôt à l'assuré un recours alternatif 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.

[25] Cela étant, le texte de l'article 22.0.1 de la *Loi sur l'assurance maladie* dont il est question dans l'affaire *Léveillé* est celui qui était applicable pour la quasi-totalité de la période visée par le recours collectif dans cette dernière affaire, soit du 15 mai 2011 au 26 janvier 2017. Or, la demande en autorisation du recours collectif soutenue par Raunet et Gagnon couvre une période qui s'étend depuis le 2 juin 2013 à aujourd'hui¹⁵. L'action collective envisagée recoupe donc en partie celle visée dans l'affaire *Léveillé*, mais s'étend aussi bien au-delà du 26 janvier 2017.

[26] Or, à compter du 7 décembre 2016, l'article 22.0.1 fut remplacé afin de permettre à la RAMQ de recouvrer, d'un professionnel de la santé ou d'un tiers, un paiement obtenu d'une personne assurée à l'encontre de la *Loi sur l'assurance maladie*, sans qu'une demande de remboursement lui soit nécessairement présentée au préalable¹⁶. Le nouveau texte de l'article prévoit ce qui suit :

22.0.1. Lorsque la Régie est d'avis qu'un professionnel de la santé ou un tiers a reçu paiement d'une personne assurée à l'encontre de la présente loi, y compris lorsqu'il a exigé plus que le montant qui

22.0.1. Where the Board believes that a health professional or third person has received payment from an insured person contrary to this Act, including if the health professional or third person has

¹⁵ Demande en autorisation, datée du 17 décembre 2018, par. 1.

¹⁶ *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.

aurait été payé par la Régie à un professionnel soumis à l'application d'une entente pour les services 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 en avise par écrit le professionnel de la santé ou le tiers. L'avis doit en outre indiquer les modalités de remboursement qui pourront être appliquées par la Régie en vertu du présent article ainsi que, le cas échéant, la sanction administrative pécuniaire qui pourra être appliquée et accorder au professionnel ou au tiers un délai de 30 jours pour présenter ses observations.

À l'expiration du délai de 30 jours, la Régie notifie sa décision par écrit au professionnel de la santé ou au tiers, en la motivant. Si elle maintient qu'une somme a été ainsi versée, elle rembourse la somme à la personne assurée à l'égard de laquelle la Régie détient, dans les cinq ans suivant le paiement, une preuve écrite de ce paiement.

La Régie peut:

1° informer les personnes assurées concernées, par tout moyen qu'elle juge approprié, qu'elles peuvent lui présenter une demande de remboursement dans les cinq ans de la date du paiement, notamment en publiant un avis à cet effet sur son site Internet ou dans un journal diffusé dans la localité où exerce le professionnel de la santé;

2° recouvrer du professionnel de la santé ou du tiers, par

exacted more than the amount that would have been paid by the Board to a professional subject to the application of an agreement for the services provided to an insured person who did not present his health insurance card, claim booklet or eligibility card, it shall notify the health professional or third person in writing. The notice must also indicate the reimbursement mechanisms that the Board may apply under this section and, if applicable, the monetary administrative penalty that may be imposed, and allow the health professional or third person 30 days to present observations.

At the expiry of the 30-day period, the Board shall notify its decision to the health professional or third person in writing, with reasons. If the Board maintains that an amount has been so paid, it shall reimburse the amount to the insured person in respect of whom it has, within five years after payment is made, written proof of the payment.

The Board may

(1) inform the insured persons concerned by any means it considers appropriate, such as by publishing a notice to that effect on its website or in a newspaper in the locality where the health professional practises, that they may file an application for reimbursement with the Board within five years of the date of payment;

(2) recover from the health professional or third person, by

compensation ou autrement, toute somme reçue à l'encontre de la présente loi, qu'elle ait reçu ou non une demande de remboursement, un tel montant étant alors réputé constituer une dette envers elle;

3° imposer au professionnel de la santé ou au tiers une sanction administrative pécuniaire équivalant à 15% du paiement reçu à l'encontre de la présente loi, qu'elle peut percevoir par compensation ou autrement.

Au terme du délai de cinq ans prévu au deuxième alinéa, la Régie ne peut prendre de mesure de recouvrement en vertu du paragraphe 2° du troisième alinéa à l'égard d'une somme pour laquelle elle n'a pas reçu de demande de remboursement.

Lorsque le tiers ayant reçu le paiement interdit est l'exploitant d'un cabinet privé ou d'un centre médical spécialisé où exerce le professionnel de la santé concerné par la demande de remboursement ou le recouvrement, ou lorsque ce tiers s'occupe de la gestion des affaires du professionnel de la santé, la compensation peut être opérée auprès de ce dernier, sauf à l'égard de la sanction administrative pécuniaire, pourvu qu'il ait été avisé conformément au premier alinéa.

Dans les 60 jours de la notification de la décision, le professionnel de la santé ou le tiers peut la contester devant la Cour

compensation or otherwise, any amount received contrary to this Act, whether or not the Board has received an application for reimbursement, such an amount then being deemed to be a debt toward the Board; and

(3) impose on the health professional or third person a monetary administrative penalty equal to 15% of the payment received contrary to this Act, which it may collect by compensation or otherwise.

If the five-year period referred to in the second paragraph has expired, the Board may not take any recovery measure under subparagraph 2 of the third paragraph in respect of an amount for which it has not received an application for reimbursement.

If the third person having received the prohibited payment is the operator of a private health facility or specialized medical centre where the health professional named in the application for reimbursement or affected by the recovery measure practises, or if the third person manages the business of the health professional, compensation may be applied against that health professional, except as regards the monetary administrative penalty, provided the health professional has been notified in accordance with the first paragraph.

The health professional or third person may, within 60 days of notification of the decision, contest the decision before the Superior

supérieure ou la Cour du Québec, selon leur compétence respective. Il appartient au professionnel de la santé ou au tiers, selon le cas, de prouver que la décision de la Régie est non fondée.

Lorsqu'un professionnel de la santé ou un tiers ne conteste pas une telle décision et que la Régie ne peut recouvrer par compensation le montant dû, la Régie peut, à l'expiration du délai de contestation de 60 jours, délivrer un certificat qui mentionne les nom et adresse du professionnel de la santé ou du tiers et qui atteste le montant dû ainsi que le défaut de ce professionnel ou de ce tiers de contester la décision. Sur dépôt de ce certificat au greffe de la Cour supérieure ou de la Cour du Québec, selon leur compétence respective, la décision devient exécutoire comme s'il s'agissait d'un jugement final et sans appel de ce tribunal et en a tous les effets.

Le deuxième alinéa de l'article 18.3.2 s'applique, compte tenu des adaptations nécessaires, au montant dû par ce professionnel de la santé ou ce tiers.

Court or the Court of Québec, according to their respective jurisdictions. The burden of proving that the decision of the Board is ill-founded is on the health professional or third person, as the case may be.

If the health professional or third person does not contest such a decision and the Board cannot recover the amount owing by compensation, the Board may, at the expiry of the 60-day period for contesting the decision, issue a certificate stating the name and address of the health professional or third person and attesting the amount owing and the health professional's or third person's failure to contest the decision. On the filing of the certificate with the office of the Superior Court or the Court of Québec, according to their respective jurisdictions, the decision becomes enforceable as if it were a final judgment of that court not subject to appeal and has all the effects of such a judgment.

The second paragraph of section 18.3.2 applies, with the necessary modifications, to the amount owed by the health professional or third person.

[27] La mécanique de subrogation prévue dans la version antérieure de l'article 22.0.1 est ainsi remplacée par une mécanique de réclamation directe de la RAMQ contre le professionnel ou le tiers concerné. La période de prescription du recours est aussi étendue d'un an à cinq ans. Par contre, comme par le passé, le professionnel de la santé ou le tiers peut contester la réclamation de la RAMQ devant la Cour supérieure ou la Cour du Québec, selon leur compétence respective.

[28] Bien que la subrogation prévue à l'article 22.0.1, dans sa rédaction antérieure, ait été remplacée par un droit de réclamation directe au profit de la RAMQ, la nouvelle rédaction de l'article n'écarte toujours pas la compétence de la Cour supérieure. En

effet, bien que la personne assurée puisse certes se prévaloir du mécanisme prévu par le nouvel article 22.0.1 afin d'obtenir un remboursement de la RAMQ, la nouvelle rédaction de l'article n'empêche pas cette personne de rechercher directement un remboursement du professionnel ou du tiers concerné en s'adressant aux tribunaux. L'article n'empêche pas non plus la personne assurée de réclamer des dommages-intérêts de tiers qui auraient eu une conduite fautive en lien avec une surfacturation des frais accessoires.

[29] Il appert donc qu'en vertu de la nouvelle rédaction de l'article 22.0.1 de la *Loi sur l'assurance maladie*, en vigueur depuis le 7 décembre 2016, la RAMQ n'agit toujours pas comme organisme chargé de trancher des litiges entre une personne assurée et un professionnel de la santé ou un tiers quant à la surfacturation de frais accessoires. Tout au plus, la RAMQ peut-elle faire valoir directement une réclamation en ce sens auprès du professionnel de la santé ou du tiers, mais il appartient en dernier ressort à la Cour supérieure ou à la Cour du Québec de trancher cette réclamation de la RAMQ en cas de contestation.

[30] Le nouvel article 22.0.1 offre toujours à l'assuré 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 civil¹⁷.

[31] Quoi qu'il en soit, le nouvel article 22.0.1 ne peut être invoqué afin d'immuniser qui que ce soit de sa responsabilité extracontractuelle découlant d'une faute civile en lien avec la mise sur pied ou le maintien d'un système de surfacturation illégal des frais accessoires.

[32] Ainsi, pour les motifs exposés dans l'arrêt *Léveillé* prononcé ce jour, bien que les dispositions de l'article 14 de la *Loi sur l'assurance maladie* constituent une fin de non-recevoir au recours civil des assurés du régime public contre la RAMQ en remboursement par cette dernière des frais accessoires versés sans droit, cet article n'immunise pas la RAMQ de ses fautes civiles en lien avec la mise sur pied et le maintien d'un système de surfacturation illégal de frais accessoires. Comme le juge de première instance en a conclu dans la présente affaire, la RAMQ demeure assujettie à la compétence de la Cour supérieure pour les dommages punitifs découlant de ses fautes extracontractuelles. D'ailleurs, tel que déjà constaté, la RAMQ ne porte pas en appel cet aspect du jugement de première instance.

[33] Cela étant, et aussi pour les motifs exprimés dans l'arrêt *Léveillé*, le PGQ et les Fédérations ne peuvent se prévaloir ni de l'article 14 ni de l'article 22.0.1 pour se prémunir contre une action collective fondée sur leur propre responsabilité extracontractuelle. Examinons brièvement et tour à tour le cas du PGQ et celui des Fédérations.

¹⁷ *Autorité des marchés financiers c. Lacroix*, 2007 QCCS 1300.

[34] Si les allégations de la demande d'autorisation de l'action collective envisagée quant à la responsabilité civile du gouvernement sont moins détaillées que celles énoncées dans l'action collective autorisée dans l'affaire *Léveillé*, elles sont de la même nature. Ainsi, comme dans *Léveillé*, Raunet et Gagnon soutiennent 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, permettant ainsi aux cliniques et professionnels de la santé d'ériger un système illégal de surfacturation des frais accessoires à ces services¹⁸. Il y a donc lieu de rejeter l'appel du PGQ pour les mêmes motifs que ceux énoncés dans *Léveillé*.

[35] Quant aux Fédérations, l'action collective envisagée décrit précisément les fautes civiles extracontractuelles de ces dernières qui pourraient entraîner leur condamnation à des dommages-intérêts¹⁹ :

13.1. Les Fédérations ont conclu des ententes avec le MSSS en vertu de l'article 19 [de la *Loi sur l'assurance maladie*], 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 [de la *Loi sur l'assurance maladie*].

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;

¹⁸ Demande en autorisation, datée du 17 décembre 2018, par. 14-28.1.

¹⁹ *Id.*, par. 13.1-13.15.

- 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.

[36] À ce stade-ci des procédures, ces allégations sont tenues pour avérées²⁰. Compte tenu de la nature des fautes reprochées, on ne peut retenir la prétention des Fédérations voulant que l'article 22.0.1 de la *Loi sur l'assurance maladie* ait pour effet de les immuniser contre toute poursuite en dommages-intérêts relative aux fautes civiles qu'elles auraient commises dans la mise sur pied et le maintien du système systémique de surfacturation des frais accessoires aux services de santé assurés.

[37] L'action collective envisagée en l'espèce vise à tenir les Fédérations redevables pour leur participation active à des pratiques qui seraient contraires à la *Loi sur l'assurance maladie* et pour avoir sciemment encouragé de telles pratiques illégales. Ce faisant, il s'agit d'une demande en responsabilité civile qui relève manifestement de la compétence de la Cour supérieure.

CONCLUSION

²⁰ *L'Oratoire Saint-Joseph du Mont-Royal c. J.J.*, 2019 CSC 35, par. 59; *Desjardins Cabinet de services financiers inc. c. Asselin*, 2020 CSC 30, par. 41, 66 et 71; *Infineon Technologies AG c. Option consommateurs*, 2013 CSC 59, [2013] 3 R.C.S. 600, par. 67.

[38] Pour ces motifs, et ceux énoncés dans l'arrêt *Léveillé*, je propose à la Cour de rejeter l'appel du PGQ et celui des Fédérations, avec frais de justice dans les deux cas.

ROBERT M. MAINVILLE, J.C.A.