

**CANADA**

**PROVINCE DE QUÉBEC  
DISTRICT DE MONTRÉAL**

No. 500-06-000793-162

**COUR SUPÉRIEURE**  
(Actions collectives)

---

**DANIEL RAUNET,** [REDACTED]  
[REDACTED]

-et-

**COLOMBE GAGNON,** [REDACTED]  
[REDACTED]

Demandeurs

c.

**PROCUREUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC,** agissant pour le ministre de la Santé et des Services sociaux, ayant un établissement au 1, rue Notre-Dame est, 8e étage, dans la ville de Montréal, district de Montréal, province de Québec, H2Y 1B6

-et-

**RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC,** personne morale de droit public ayant un établissement au 425, boulevard de Maisonneuve Ouest, bureau 300, dans la ville de Montréal, district de Montréal, province de Québec, H3A 3G5

-et-

**LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC,** domiciliée au 3000-2 Tour Est du Complexe Desjardins, C.P. 216, succ. Desjardins, dans la ville de Montréal, district de Montréal, province de Québec, H5B 1G8

-et-

**LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS  
OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC**,  
domiciliée au 3500 boulevard de  
Maisonneuve Ouest, bureau 2000, dans la  
ville de Westmount, district de Montréal,  
province de Québec, H3Z 3C1

-et-

**L'ASSOCIATION DES OPTOMÉTRISTES  
DU QUÉBEC**, domiciliée au 1255, boulevard  
Robert-Bourassa, bureau 1400, dans la ville  
de Montréal, district de Montréal, province  
de Québec, H3B 3X1

Défendeurs

---

**DEMANDE INTRODUCTIVE D'INSTANCE DE L'ACTION COLLECTIVE PRÉCISÉE  
LE 16 JANVIER 2025  
(Art. 141 et 583 C.p.c.)**

---

**AU SOUTIEN DE LA PRÉSENTE DEMANDE INTRODUCTIVE D'INSTANCE, LES  
DEMANDEURS EXPOSENT RESPECTUEUSEMENT CE QUI SUIT :**

**I. INTRODUCTION**

1. La gratuité est au cœur du régime légal d'assurance maladie au Québec depuis le début de son existence. Ce principe fondamental a été renforcé à plusieurs reprises afin de préserver l'universalité des soins pour les services assurés, c'est-à-dire la couverture de tous les soins médicalement nécessaires pour toute la population à des conditions uniformes<sup>1</sup>.
2. Pendant les années couvertes par cette action collective, et ce jusqu'au 26 janvier 2017, date de l'adoption du *Règlement abolissant les frais accessoires*<sup>2</sup>, les patients ont payé pour les insatisfactions de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (« **FMSQ** »), la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (« **FMOQ** ») et l'Association des optométristes du Québec (« **AOQ** »)

---

<sup>1</sup> Il s'agit de la définition que l'on trouve à l'article 10 de la *Loi canadienne sur la santé*, L.R.C. (1985), ch. C-6.

<sup>2</sup> *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 (« **Règlement abolissant les frais accessoires** »)

(collectivement les « **Fédérations** ») face aux négociations de rémunération avec le gouvernement.

3. En effet, chacun des défendeurs a adopté la position selon laquelle, pendant cette période, la pratique extrahospitalière de la médecine et de l'optométrie était sous-financée au sein du régime public.
4. Les principaux défendeurs – soit la FMSQ, la FMOQ, le ministre de la Santé et des Services sociaux (« **MSSS** ») et la Régie de l'assurance maladie du Québec (« **RAMQ** ») – ont soutenu que le crescendo des frais facturés aux patients depuis plusieurs années était intimement relié à ce prétendu sous-financement chronique des cliniques. Cette position a également été adoptée ou constatée par d'importants intervenants tels que le Collège des médecins, le Protecteur du citoyen et le Vérificateur général du Québec.
5. Face à cette situation, plutôt que de défendre et de respecter le principe de la gratuité des services médicaux comme ils se devaient de faire, les défendeurs ont tantôt incité, tantôt laissé faire des pratiques qu'ils savaient être illégales, les patients en payant les frais avec des conséquences prévisibles sur la gratuité et donc l'accessibilité des soins médicalement nécessaires au Québec.
6. La présente cause est la quatrième action collective à s'attaquer à cette problématique et a contribué à ce qu'elle soit résolue. Elle s'inscrit dans le contexte de l'action collective dans le dossier *Léveillé* – qui vise la facturation illégale de médicaments et d'agents anesthésiques au-delà de leur prix coûtant – dans la mesure où cette action englobe les autres types de frais illégaux systématiquement facturés dans le cadre d'actes assurés au Québec, comme le démontre la définition du groupe autorisé.
  - 6.1 Il est important de garder à l'esprit que, même si ce système était largement répandu dans la province, tous les médecins et toutes les cliniques n'ont pas nécessairement facturé de frais accessoires illégaux et tous les Québécois n'ont pas nécessairement payé de tels frais illégaux. Par ailleurs, certains frais accessoires expressément prévus dans les ententes ou dans le *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie* (« **RALAM** ») étaient facturés légalement. Enfin, les montants facturés, légaux ou non, pouvaient varier.
7. Permettre ou inciter les [...] professionnels de la santé à exiger des frais supplémentaires pour couvrir des services, des frais ou des fournitures accessoires à des services assurés :
  - dont la facturation au prix coûtant n'a pas été spécifiquement autorisée par une entente ou, dans le cas de frais ainsi autorisés, à des prix dépassant le prix coûtant des fournitures; ou
  - qui n'étaient pas désassurés par le RALAM, art. 22;

érige en système ce que la loi interdit.

8. En tolérant le fait que ces pratiques soient érigées en système pendant plusieurs années alors même qu'ils les savaient illégales, le MSSS et la RAMQ ont abdiqué leurs obligations légales visant à préserver l'intégrité du régime et ont commis des fautes engageant leur responsabilité civile extracontractuelle.
9. De même, les Fédérations, en encourageant leurs membres à facturer ces frais illégaux, notamment par la publication de grilles tarifaires à leur attention, ont incité les professionnels de la santé à violer la *Loi sur l'assurance maladie* (« **LAM** »), ce qui constitue également une faute civile extracontractuelle.
10. Les demandeurs ont déposé cette action collective afin que cesse ce système de facturation illégale de frais accessoires pour des soins de santé assurés, d'obtenir une indemnisation pour les patients québécois qui en ont été victimes et de condamner les défendeurs à des dommages punitifs pour leur violation grave d'un principe fondamental d'une loi d'ordre public.

## II. LE JUGEMENT AUTORISANT L'ACTION COLLECTIVE

11. Le 7 décembre 2022, l'honorable juge Lacoste de la Cour supérieure a autorisé la présente action collective contre les défendeurs et a défini le groupe comme suit :

Toutes les personnes qui ont déboursé une somme d'argent en paiement de frais accessoires liés à un service assuré et reçu d'un médecin ou d'un optométriste, entre le 2 juin 2013 et le 26 janvier 2017.

Tels frais accessoires excluent ceux payés, au-delà du prix coûtant, pour des frais de médicaments ou d'agents anesthésiques, étant compris que les personnes les ayant payés forment un groupe distinct dans l'action collective *Philippe Léveillé c. Procureur général du Québec*, Cour supérieure du Québec, district de Montréal, n° 500-06-000695-144.

12. Les principales questions de fait et de droit qui seront traitées collectivement sont les suivantes :
  - 1) Les membres du groupe ont-ils payé des frais illégaux en lien avec des services assurés au sens de l'article 3 *LAM*?
  - 2) Le MSSS et la Régie ont-ils commis des fautes civiles en tolérant ou en permettant cette facturation illégale?
  - 3) 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?
  - 4) Dans l'affirmative, est-ce que les intimés (sauf la RAMQ) 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.?

- 5) Est-ce que le recouvrement collectif doit être ordonné?
  - 6) Les membres ont-ils droit à des dommages punitifs?
13. Les conclusions recherchées sur une base collective pour les membres visent essentiellement à obtenir une condamnation solidaire contre les défendeurs à une somme équivalant au montant des frais accessoires illégalement payés par les membres (sauf la RAMQ) et une condamnation à des dommages punitifs.

### **III. LE CONTEXTE DE L'ACTION COLLECTIVE : LES RECOURS PRÉCÉDENTS ET L'ABOLITION DES FRAIS ACCESSOIRES**

14. La cause profonde des frais illégaux aux patients qui se sont répandus sous de multiples formes réside dans ce qui a été appelé le « virage ambulatoire » et les allégations de sous-financement qui en ont résulté. Par cette politique, entamée au milieu des années 1990, le gouvernement s'attendait à ce que de plus en plus de services médicalement nécessaires soient fournis en milieu extrahospitalier, ce que les nouvelles technologies médicales permettaient de plus en plus de faire.
15. Or, selon les Fédérations, les tarifs négociés avec le MSSS n'ont pas suivi ce développement. Face à cette situation et face à une impasse dans les négociations avec le MSSS, les Fédérations et leurs membres se sont fait justice eux-mêmes, en tentant par divers stratagèmes de contourner les interdictions en place.
16. Avant la présente cause, trois autres actions collectives se sont attaquées à des frais illégaux découlant de cette problématique plus large.
17. La première cause, l'action collective *Association pour l'accès à l'avortement* (C.S.M. : 500-06-000158-028), a dévoilé un stratagème de la part du ministre de la Santé pour transférer, pour des raisons budgétaires, des femmes ayant besoin d'avortements des hôpitaux aux cliniques privées, allégeant ainsi la pression financière sur les hôpitaux. Les cliniques ne pouvant pas donner les services requis aux tarifs prévus aux ententes négociées, elles se sont mises à facturer illégalement les patientes afin de pouvoir donner le service. La cause a été gagnée, les femmes compensées et les frais d'exploitation des cliniques ont été couverts par la RAMQ pour le futur.
18. La deuxième cause, l'action collective *Lavoie* (C.S.M. : 500-06-000569-117), dévoilait une problématique similaire, où les patients atteints de dégénérescence maculaire liée à l'âge (« DMLA ») devaient payer des centaines de dollars par mois afin de couvrir les frais demandés par les ophtalmologistes en clinique privée au sein du régime public. Ces frais pouvaient être facturés pour l'acte médical lui-même, pourtant déjà payé par la RAMQ, pour les gouttes anesthésiantes et autres produits utilisés pendant la procédure, qui coûtaient une fraction du prix facturé, ou bien pour des examens de l'œil (des examens pourtant assurés). Là aussi, les frais aux patients découlaient du fait que le tarif à l'acte négocié entre le MSSS et la FMSQ était considéré inadéquat pour couvrir les frais d'exploitation des cliniques. À peine quelques jours après le dépôt de l'action collective, un tarif bonifié a été

négocié et les principaux examens de l'œil utilisés dans le cadre de la DMLA ont été désassurés lorsqu'effectués en clinique privée, sauf pour les patients atteints de DMLA et d'une poignée d'autres affectations similaires (RALAM, art. 22 q.3).

19. La troisième cause, l'action collective *Léveillé* (C.S.M. : 500-06-000695-144), vise la forme principale que les frais illégaux aux patients ont fini par prendre, soit la facturation au-delà du prix coûtant des médicaments et agents anesthésiques utilisés lors d'un service assuré. Malgré la connaissance de tous les défendeurs de ce système de facturation illégale, ces derniers ont laissé faire et même activement contribué à ce que cette pratique se généralise et se répande. En date du dépôt de la présente demande, l'action collective *Léveillé* se poursuit.
20. Enfin, la présente action collective, la quatrième, a été déposée alors que les pratiques de facturation illégale aux patients perduraient. Elle vise tous les autres stratagèmes de facturation illégale liés à la dispensation d'un service assuré qui ne sont pas couverts par les précédents recours, soit principalement des frais administratifs, mais aussi des frais pour des fournitures accessoires non visés par la cause *Léveillé*, ainsi que pour les prix exorbitants payés pour les stérilets, qui devaient pourtant être facturés au prix coûtant.
21. La problématique attaquée dans la présente cause a en grande partie pris fin en janvier 2017 avec l'injection massive de nouvelles ressources, d'abord matérielles puis éventuellement humaines, qui a suivi l'« abolition » des frais accessoires. Par contre, les patients n'ont jamais été indemnisés pour les montants qu'ils ont été illégalement forcés de payer.

#### **IV. LES PARTIES ET LES FRAIS VISÉS PAR L'ACTION COLLECTIVE**

##### **A. Les demandeurs et les membres du groupe**

22. Les demandeurs Daniel Raunet et Colombe Gagnon sont des usagers du système de santé québécois et ont tous deux dû payer des frais accessoires liés à des services assurés.
23. Dans le cas du demandeur Raunet, il a payé des frais de 20 \$ pour un service permettant à la clinique d'accéder à son dossier médical à l'hôpital ainsi que des frais de 5 \$ pour obtenir une copie d'un CD d'une radiographie nécessaire pour une consultation avec un orthopédiste, tel qu'il appert des documents de M. Raunet à cet effet, **Pièce P-1**.
24. À la suite de ses démarches auprès de la RAMQ, le demandeur Raunet a été remboursé pour les frais d'accès à son dossier médical. Pour les frais de copie de CD, le demandeur a songé un instant à se plaindre à la RAMQ, mais il s'est dit que la démarche était inutile vu qu'il n'avait aucune assurance que cet organisme public prenait des mesures pour obtenir un remboursement des médecins et cabinets fautifs.

25. Dans le cas de la demanderesse Gagnon, elle a payé des frais de 5 \$ pour le transport d'un prélèvement vers le laboratoire du Centre hospitalier de l'Université Laval, tel qu'il appert des documents de Mme Gagnon à cet effet, **Pièce P-2**.
26. Après le dépôt de la contestation devant le Tribunal administratif du Québec de la décision de la RAMQ de refuser le remboursement de ces frais, la demanderesse Gagnon a refusé l'offre de remboursement de ces frais car elle estime que cette tactique visait à éviter une décision d'un tribunal sur la légalité de ces frais.
27. Tout comme les demandeurs, les membres du groupe sont des personnes qui ont déboursé une somme d'argent en paiement de frais accessoires liés à un service assuré et reçu d'un médecin ou d'un optométriste, entre le 2 juin 2013 et le 26 janvier 2017.
28. Toutefois, les personnes qui ont payé des frais pour des médicaments ou des agents anesthésiques ne sont pas visées par l'action collective, car ils font partie d'une autre action collective dans le dossier *Léveillé* (C.S.M. : 500-06-000695-144).

## **B. Les défendeurs**

29. Le Procureur général du Québec est poursuivi à titre de représentant du MSSS. Le MSSS est le ministre responsable de l'application de la *LAM* et ses règlements ainsi que d'élaborer et mettre en œuvre les politiques relatives à la santé et aux services sociaux (art. 1 et 2 de la *Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux* (« **LMSSS** ») et art. 105 *LAM*).
30. La RAMQ a la responsabilité d'administrer et d'appliquer le régime d'assurance maladie et de contrôler la rémunération versée aux professionnels de la santé en lien avec les services et biens fournis dans le cadre de ce régime (art. 2 al. 1 et art. 2 al. 2 par. b) *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec* (« **LRAMQ** »)).
31. Les Fédérations sont des syndicats professionnels qui représentent les intérêts économiques de leurs membres. En vertu de l'art. 19 *LAM*, ils ont négocié les ententes sur la rémunération de leurs membres avec le MSSS lors de la période visée par l'action collective, ententes qui sont étroitement liées à la facturation des frais accessoires.
32. Les Fédérations sont constituées sous forme de personnes morales sans but lucratif, tel qu'il appert des extraits du Registraire des entreprises du Québec, **Pièce P-3, en liasse**.
33. La FMSQ a pour mission de défendre et de soutenir les médecins spécialistes de ses 35 associations affiliées qui œuvrent dans le système public de santé, comme il appert d'un extrait de son site internet, **Pièce P-4**.
34. La FMOQ a pour mission de veiller aux intérêts professionnels et scientifiques des médecins omnipraticiens du Québec et de défendre leur autonomie professionnelle, notamment en négociant avec les instances gouvernementales les conditions

d'exercice de ses membres, comme il appert d'un extrait de son site internet, **Pièce P-5.**

35. L'AOQ a pour mission de promouvoir la valeur et le rôle de l'optométrie au sein du système de santé québécois et de favoriser l'indépendance professionnelle et financière des optométristes, comme il appert d'un extrait de son site internet, **Pièce P-6.**
36. Alors qu'elles négociaient avec le gouvernement les ententes de rémunération de leurs membres, les Fédérations les ont incités à facturer des frais en lien avec un service assuré en violation de la loi.
37. L'inaction, voire l'encouragement, de la part du gouvernement, du MSSS et de la RAMQ face à ces pratiques contraires à la *LAM* pendant de nombreuses années, a permis d'ériger en système ces pratiques illégales, en toute impunité.

### **C. Les frais visés**

38. Les frais visés par l'action collective ont été facturés dans le cadre d'un service assuré et n'étaient pas permis par entente, comme il sera plus amplement expliqué ci-après. Les frais suivants ont notamment souvent été exigés aux membres du groupe :
  - pour des frais administratifs;
  - pour des fournitures dont la facturation aux patients n'est pas autorisée par les ententes;
  - pour un montant dépassant le coût de la fourniture, dans les cas où la facturation aux patients est autorisée par les ententes;
  - pour le transport d'échantillons (jusqu'au 26 janvier 2017) ou de données médicales;
  - pour la réalisation de tests diagnostiques non désassurés se rapportant à un service assuré;
  - pour la prise de rendez-vous en lien avec un acte médical assuré;
  - pour des rendez-vous annulés;
  - pour des forfaits annuels.

38.1 Plusieurs frais ont été identifiés par différents intervenants, notamment le Protecteur du citoyen, la Vérificatrice générale du Québec et la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, sans toutefois qu'une analyse de la légalité de ces frais ait été réalisée. De plus, comme le reconnaissait le ministre de la Santé, plusieurs frais visés par cette action collective, comme les fournitures, étaient présentés dans les

factures comme étant des médicaments, comme il appert de la transcription de l'entrevue du ministre de la Santé Gaétan Barette sur CBC par Sue Smith dans le cadre de l'émission Homerun le 18 juin 2015; pièce P-15, p. 4, brouillant ainsi les limites avec les frais visés par la cause Léveillé.

38.2 Le 1<sup>er</sup> octobre 2014, le Protecteur du Citoyen publie une liste des principaux frais reconnus à ce jour comme accessoires aux services assurés, pièce P-17D, p. 31 et 33 :

- Xylocaïne (lidocaïne etc.) pour anesthésie locale;
- Anesthésie locale ou autre médicament pour une plaie dans l'œil;
- Médicament appliqué sur une plaie;
- Médicament injectable (ex : GravoIMD, adrénaline);
- Médicament pour infiltration, par site (ex. : Depo-MedroIMD);
- Azote liquide;
- Vaccin;
- Stérilet;
- Plateau chirurgical, champ stérile, sonde;
- Équipement diagnostique ou thérapeutique;
- Attelle d'immobilisation faite sur mesure;
- Plâtre et *taping* pour immobilisation;
- Bandage en huit;
- Bâtonnets pour analyse d'urines;
- Frais de transport de spécimens biologiques.

38.3 En outre, le Protecteur relève « quelques exemples de frais accessoires que des cabinets et cliniques médicales facturent aux usagers », pièce P-17D, p. 3 :

- Application d'un sparadrap de 4 cm<sup>2</sup>, à la suite d'une chirurgie mineure (40 \$);
- Pose d'un stérilet (de 125 \$ à 200 \$);
- Injection de gouttes ophtalmiques (de 20 \$ à 300 \$);

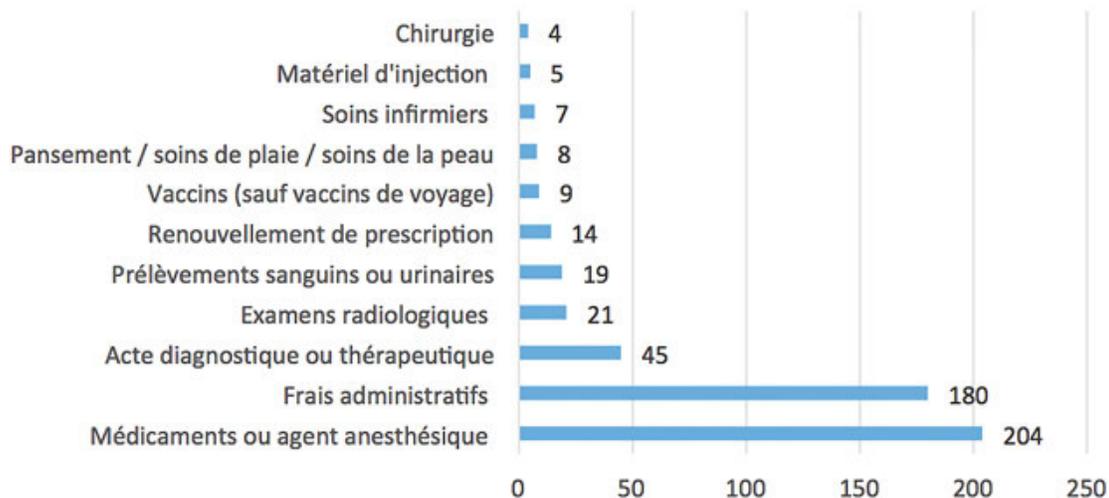
- Utilisation d'agents anesthésiques (de 10 \$ à 100 \$);
- Utilisation d'instruments et de médicaments requis pour diverses interventions comme la coloscopie (500 \$) ou la vasectomie (150 \$).

38.4. Au mois de mai 2016, la Vérificatrice générale du Québec publie un rapport, pièce P-17G, dans lequel elle constate que « les frais ayant pu être facturés aux patients sont très variables et représentent des sommes non négligeables ». À partir de multiples sources (les Fédérations, la RAMQ, des appels téléphoniques en cliniques ou les grilles tarifaires de certaines cliniques visitées), elle a estimé les frais facturés aux patients pour les actes suivants en 2014-2015 à entre 9,9 et 18 millions \$ :

- Biopsie : sein (à l'aiguille), une ou plusieurs;
- Coloscopie avec coloscope court;
- Excision conventionnelle ou au laser, kystes sébacés : face, cuir chevelu, cou;
- Rectosigmoidoscopie diagnostique;
- Vasectomie;
- Coloscopie avec coloscope long (3 actes);
- Injection intravitréenne non liée à l'âge.

38.5. En novembre 2015, la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles publie un rapport intitulé *Facturation aux patients : Le portefeuille en prend pour son rhume*, pièce P-17F, qui présente les résultats des 527 déclarations recueillies via le registre des frais facturés lors de consultations médicales qu'elle a mis sur pied afin de documenter l'ampleur du système de facturation aux patients. Dans ce rapport, la Clinique identifie les types de services pour lesquels des frais accessoires à des services assurés sont facturés à des patients (voir la p. 12) :

## LES TYPES DE SOINS POUR LESQUELS LES FRAIS ONT ÉTÉ EXIGÉS



38.6. Ensuite, la clinique identifie quelques exemples de frais administratifs facturés aux patients, pièce P-17F, p. 12, dont plusieurs sont susceptibles d'être accessoires à des services assurés :

- forfaits annuels;
- ouverture de dossier médical;
- résumé et transmission de dossier médical;
- accès à un médecin participant;
- remplir un formulaire médico-administratif;
- transport de prélèvement au laboratoire.

38.7 En plus des constats de ces intervenants, plusieurs factures et reçus documentent la grande variabilité des frais accessoires facturés à des clients et l'ampleur de ces frais. Des extraits de la pièce P-97 de la cause *Léveillé*, **Pièce P-40 sous scellés, en liasse**, illustrent de nombreux cas de facturations de frais accessoires outre les frais pour médicaments ou agents anesthésiques. Par exemple :

- micro-implant de drainage pour glaucome (p. 2);
- photographie oculoplastie (p. 1), photo rétinienne (p. 76, 77), photo du fond de l'œil (p. 35, 36, 67, 113), scan panrétinien (p. 43), photos (p. 71, 72), caméra rétinienne (p. 75), imagerie rétinienne (p. 104, 105, 106), imagerie du fond d'œil (p. 107, 108), photodocumentation de la rétine (p. 109);

- « autres services médicaux » non précisés (p. 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 89, 90, 91, 94, 95, 96, 97, 98);
- « ocular emergency » (p. 99, 100), frais d'urgence (p. 26);
- examen de la vue (p. 68 [cf. p. 69, 70], 101, 102);
- « médicale et services » (p. 21);
- CD (p. 23, 25);
- frais annuels (p. 22, 23, 24);
- « cryochirurgie de lentigos » (p. 27, 28, 29, 30, 31);
- « électrofulguration de télangiectasies du corps » (p. 27, 28, 29, 30, 31);
- analyse photo (p. 32);
- « plateau technique » (p. 34);
- photocopie de dossier (p. 38; 59);
- test pré-opératoire cataracte (p. 39);
- « mise en liste pour Chirurgie » (p. 40);
- ECG (p. 41);
- pachymétrie (p. 33, 37, 42, 74, 107, 108, 111);
- frais d'envoi (p. 44);
- évaluation de l'osmolarité du film lacrymal (p. 57);
- clou méatique temporaire (p. 58);
- kératographie oculaire et enregistrement non invasif du film lacrymal (p. 49, 50, 52, 53, 63);
- divers frais autres que des médicaments et agents anesthésiques dans le cadre de chirurgies de la cataracte assurées (p. 45-46, 47-48, 51, 54, 55, 56, 60-61, 62);
- photographie infrarouge des glandes meibomiennes (p. 52);
- numérisation, archivage sécurisé et conservation à long terme de données médicales informatisées (p. 64), ouverture de dossier électronique (p. 65);

- « endoscopie / surcharge » (p. 66);
- champ visuel (p. 72, 73);
- gelée lubrifiante (p. 3, 4, 5, 6, 7, 8);
- services administratifs (p. 9-11, 13 & 16, 14-15, 17-18, 19-20);
- « analyse des images » (p. 104, 105, 106);
- « frais assistance infirmière » (p. 110);
- « dilatation + gouttes » (p. 112);
- « Vasectomie » (p. 114).

**38.8 S'ajoutent également les factures et reçus de patients, Pièce P-41 sous scellés, en liasse, qui comportent plusieurs autres exemples :**

- examen optométrique d'une personne ayant plus de 65 ans (p. 1-2, 63), examen de la rétine sous dilatation (p. 72) ou examen subséquent de la rétine (p. 72);
- prélèvement et/ou transport et/ou entreposage d'échantillon, tant avant le 10 novembre 2015 (p. 3, 17, 21, 40, 53, 64, 81) qu'à partir de cette date (p. 8, 13, 18, 19, 20);
- copies de dossier sur papier (p. 22, 23, 53) ou CD (p. 4, 24, 25, 26, 46, 56, 93, 94);
- strep test (p. 5, 44-45, 49);
- services diagnostiques (p. 6-7);
- implantation de clou méatique temporaire (p. 9);
- évaluation de l'osmolarité du film lacrymal (p. 9, 10, 11, 12);
- kératographie ou kératométrie (p. 9, 56-57);
- annulation de rendez-vous (p. 10, 11, 12);
- services administratifs (p. 15-16, 90-92, 95-97), secrétariat (p. 23) ouverture de dossier électronique (p. 51), numérisation et/ou conservation de données (p. 52, 93);
- gelée lubrifiante (p. 29, 32, 39);

- électrode unipolaire (p. 41);
- prélèvement sanguin (p. 42-43);
- embout pour tonomètre (p. 47-48);
- frais de laboratoire (p. 50);
- divers frais autres que des médicaments et agents anesthésiques dans le cadre de chirurgies de la cataracte (p. 54-55);
- photo de fond d'œil (p. 59, 71, 72, 73, 74), caméra rétinienne (p. 68, 70) caméra dilatation (p. 75, 80), caméra (p. 76, 77, 78, 79), photos (p. 99);
- asepsie (p. 60-62);
- vasectomie (p. 65);
- cryothérapie (p. 67);
- ECG (p. 69);
- pachymétrie (p. 71);
- analyse des images (p. 72, 73, 74);
- dilatation (p. 75, 80);
- chemstrip (p. 81, 84);
- « honoraires » (p. 82, 83);
- frais accessoires (p. 85, 86, 87, 88, 89);
- frais annuels (p. 93);
- « Anti-Fog solution » (p. 93).

38.9 Pris globalement, la caractérisation spécifique des frais n'était pas considérée comme déterminante par les défendeurs et il était notoire que ces frais étaient traités par les défendeurs comme de simples composantes du financement global des médecins et optométristes et de leurs cliniques, comme allégué aux paragraphes 43 et suivants de la demande.

38.10 En somme, le système de facturation illégale couvrait manifestement très large et incluait une multitude de frais accessoires, dont certains étaient plus répandus et connus que d'autres. Ce système a pris fin le 26 janvier 2017, à la suite de l'adoption du *Règlement abolissant les frais accessoires* et de l'injection massive de nouveaux

fonds pour couvrir les frais de fonctionnement des cliniques, ce qui explique la date du 26 janvier 2017 retenue dans la définition du groupe pour délimiter l'intervalle de temps considéré.

38.11 Cela ne signifie pas qu'il n'y a plus de facturation illégale de frais accessoires depuis cette date, mais plutôt que ce type de facturation n'est plus érigée en système. Quant aux détails du système qui étaient en place et des frais qui y sont inclus, seule l'audience sur le fond permettra d'en définir précisément les contours.

38.12 Les défendeurs étaient parfaitement conscients de la pratique généralisée des frais accessoires de tous genres, et ils savaient que ces stratagèmes étaient en grande partie liés à la perception d'un sous-financement des cliniques. Ainsi, lorsque les défendeurs ont convenu d'intervenir pour mettre un terme au système de facturation illégale, dans le cadre de l'adoption du *Règlement abolissant les frais accessoires*, ils ont considéré les frais facturés aux patients comme une simple composante du financement des cliniques, sans se préoccuper du libellé figurant sur les factures émises aux patients, le cas échéant :

- Pour la FMOQ, voir par exemple la « Liste de différents actes pouvant être joints à des frais accessoires. Période 2015-16 », **Pièce P-42**;
- Pour la FMSQ, voir par exemple le document « État de situation – Frais facturables aux patients », **Pièce P-43**. Dans un communiqué de presse du 15 septembre 2016 intitulé « Abolition des frais accessoires – La FMSQ va faire sa part, mais les frais accessoires... c'est plus que des gouttes! », elle déclarait notamment :

#### Rappel des faits

Avec le virage ambulatoire, imposé par le Parti québécois au milieu des années 1990, plusieurs services ont été littéralement sortis des hôpitaux pour couper dans les budgets, et ce, sans plan B, sans solutions de rechange, sans tenir compte des besoins des patients. Les médecins ont alors ouvert des cabinets pour maintenir les services qui n'étaient plus offerts dans les centres hospitaliers et pour donner un accès supplémentaire aux patients. Les gouvernements libéraux qui ont suivi n'ont pas fait mieux. « La question des frais accessoires constitue un bel exemple d'hypocrisie politique; quand ça fait l'affaire des gouvernements, ils laissent filer, mais quand c'est payant politiquement, ils les imposent unilatéralement », a poursuivi Dre Francœur.

En 2016, les centres hospitaliers continuent de fermer les cliniques externes en chassant les médecins et leurs patients. C'est le cas notamment dans la grande région de Montréal, au CHUM et au CUSM, cette fois avec la bénédiction de l'actuel ministre de la Santé libéral et sans commentaires de la part des oppositions. « Quelque 250 000 coloscopies se font à l'hôpital, mais les établissements ne suffisent pas aux besoins des patients. Il se pratique plus de 10 000 coloscopies chaque année dans les cabinets médicaux. Autre exemple, quelque 18 000 patients sont traités chaque année en cliniques de physiothérapie

pour diverses interventions. Au CHUM, on traite moins de 700 cas par année, faute de ressources disponibles », a ajouté Dre Francœur.

Ces interventions exigent des équipements hautement spécialisés et dispendieux qu'il faut acheter et renouveler. Tous ceux qui limitent la question des frais accessoires *aux gouttes et aux seringues* leurrent la population. [...]

- Pour l'AOQ : Selon le MSSS, quant aux agents anesthésiques utilisés pendant les actes assurés visés par le dossier *Léveillé*, mais faisant parti du même *modus operandi* fautif, l'AOQ « recommand[ait] à ses membres un tarif de 20 \$ pour l'instillation de ces gouttes, utilisées dans le cadre de l'examen sous dilatation du segment postérieur. [...] Le montant de 20 \$ par acte est le montant demandé par l'AOQ. Dans les faits, les gouttes valent assurément beaucoup moins » (voir le document « OPTOMÉTRISTES – prix des gouttes », **Pièce P-44**). Les frais aux patients visés dans le présent dossier sont détaillés aux paragraphes 69.1 et s. de la demande précisée;
- Pour le PGQ : le PGQ a même élaboré plusieurs scénarios prévoyant notamment une négociation pour les éléments suivants, en échange de la fin de la pratique des frais aux patients : « Médicaments[;] Plateau stérile[;] Endoscopie[;] Prélèvement[;] Stérilet[;] Programme d'accès à la chirurgie[; ...] Négociation avec les fédérations médicales (tarifs à même l'enveloppe)[; ...] Optométrie[;...] Médicaments » (voir le document « Synthèse des coûts des frais accessoires », **Pièce P-45**, premier onglet du fichier Excel). En optométrie, le PGQ envisage dans ce document notamment de « [n]égocier un tarif [...] pour les g]outtes utilisées pour l'examen des yeux » (pièce **P-45**, troisième onglet du fichier Excel).

38.13 En raison des comportements fautifs des défendeurs, qui ont permis à la facturation illégale de frais accessoires de s'ériger en système, la pleine mesure de leur responsabilité ne se limite pas aux frais qu'ils avaient spécifiquement encouragés leurs membres à facturer. Les demandeurs allèguent que les défendeurs sont responsables de tous les frais accessoires illégaux systématiquement facturés et dont les contours ne pourront être précisés davantage qu'à l'issue de l'enquête et audition.

39. Pendant la période du recours, à moins qu'il ne s'agisse de services explicitement exclus par l'article 22 du RALAM, seul le coût de stérilets, d'implants Essure, d'attelles et de bandages pour certains médecins pouvaient être exigés aux patients en lien avec un service assuré, car prévus dans les ententes.
40. Depuis le 26 janvier 2017, il est permis de facturer à un montant déterminé pour le transport d'échantillons biologiques, une pratique légalisée par le *Règlement abolissant les frais accessoires*.

## V. LES DÉFENDEURS ONT INCITÉ ET TOLÉRÉ LA FACTURATION ILLÉGALE DE FRAIS ACCESSOIRES À DES SERVICES ASSURÉS

### A. La *Loi sur l'assurance maladie* a toujours interdit la facturation de frais accessoires à des services assurés, sauf quelques exceptions très restreintes

41. Depuis la toute première version de la *Loi sur l'assurance maladie*, la facturation directe à un patient par un professionnel de la santé pour des services assurés est strictement prohibée.
42. L'historique législatif de cette loi démontre l'importance accordée par le législateur au principe fondamental de la gratuité des services assurés, en voici un résumé des points saillants et les extraits de pièces législatives pertinents, **Pièce P-7, en liasse** :
  - a. Dans sa première version en 1970, la *LAM* prévoyait qu'un professionnel de la santé « ne peut exiger ni recevoir pour [des services assurés] aucune autre rémunération que celle qui lui est payable par la Régie et qui est prévue à l'entente; toute convention à l'effet contraire est nulle de plein droit ».
  - b. Pour encore plus de clarté, un article supplémentaire prévoyait qu'« [a]ucune entente ne peut prévoir un supplément de rémunération pour des services assurés ».
  - c. En 1974, à la suite d'incidents de facturation illégale par des professionnels de la santé à la RAMQ, une clause pénale est ajoutée à la loi.
  - d. En 1979, face à de nouveaux cas de facturation illégale, la loi a été modifiée pour statuer qu'« [i] est interdit à toute personne d'exiger ou de recevoir tout paiement d'un bénéficiaire pour un service accessoire à un service assuré rendu par un professionnel soumis à l'application d'une entente ou par un professionnel désengagé, sauf dans les cas prescrits ou prévus à une entente ». [...]
  - e. Lors des débats parlementaires de 1979 concernant l'étude du projet de loi 84 — *Loi modifiant la Loi de l'assurance-maladie et d'autres dispositions législatives*, l'opposition demandait un important changement d'approche législative, soit que tous les frais accessoires qui n'étaient pas spécifiquement prohibés soient permis, tel qu'il appert des extraits des débats parlementaires, **Pièce P-8**.
  - f. Or, la loi adoptée en 1979 a prévu exactement l'inverse, soit que tous les frais accessoires à un acte assuré qui ne sont pas spécifiquement permis sont prohibés.
  - g. En 1984, la loi a été modifiée à nouveau pour statuer, de façon pléonastique, que tous frais pour « un service, une fourniture ou des frais accessoires à un

service assuré » étaient prohibés. Les débats parlementaires démontrent que les notions de « fourniture ou des frais accessoires » avaient été ajoutées à la notion de « services accessoires » afin de prévenir une fois pour toutes et dans la loi elle-même, exactement le type de pratiques que la présente action collective reproche aux défendeurs d'avoir toléré, voire incité (Pièce P-46, p. 1512) :

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

- h. En 2015, alors que la facturation illégale de frais à l'occasion de services assurés est devenue une pratique généralisée érigée en système, la *LAM* a encore une fois été modifiée pour prévoir qu'« [a]ucun paiement ne peut être réclamé ou reçu d'une personne assurée, directement ou indirectement, pour des frais engagés aux fins de la dispensation de services assurés ».
- i. La *LAM* de 2015 a même précisé que « [c]onstituent notamment de tels frais ceux liés [...] au fonctionnement d'un[e clinique... ou] aux services, fournitures, médicaments et équipements requis pour la dispensation d'un service assuré, ainsi que pour la réalisation d'un test diagnostique se rapportant à un tel service ».
- j. La *LAM* de 2015 modifie le régime des exceptions, qui étaient jusqu'alors prévues par ententes négociées entre les défendeurs, afin que les seules exceptions soient celles prévues par règlement.
- k. Selon l'article 76 de la *Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée*, L.Q. 2015, c. 25, les exceptions prévues aux ententes ont continué à s'appliquer, puisqu'aucun règlement en application du douzième alinéa de l'article 22 de la *LAM* ne s'appliquait jusqu'au 26 janvier 2017.
- l. Le 26 janvier 2017, le *Règlement abolissant les frais accessoires* est entré en vigueur.
- m. Depuis cette date, seuls les frais spécifiquement prévus par règlement peuvent être facturés par les professionnels de la santé aux fins de la dispensation de services assurés, soit :
  - a) 15 \$ pour le transport d'échantillons biologiques comprenant un prélèvement sanguin;

b) 5 \$ pour le transport de tout autre échantillon biologique.

## **B. Le système de facturation illégale des frais accessoires à des services assurés**

43. Au moins depuis le rapport Chicoine de 2007, **Pièce P-9**, tous les acteurs institutionnels, incluant les défenseurs, sont au courant du système de facturation illégal.

43.1 En fait, dès 1997, dans un rapport destiné au MSSS, Pièce P-47, la RAMQ a examiné en détail la question de la facturation croissante de frais accessoires, tout en relevant plusieurs types de frais accessoires qu'elle estimait « non conformes », y compris pour l'ouverture et la fermeture de dossiers, l'équipement et les fournitures de bureau, ainsi que les forfaits annuels. Elle a alors demandé au MSSS de créer un comité pour examiner la question. Déjà, la RAMQ y relevait qu'en ce qui a trait aux gouttes en clinique d'ophtalmologie, « [c]ertaines plaintes laissent croire à des exagérations » (p. 7). Au surplus, la RAMQ y concluait que (p. 19, caractères gras dans l'original) :

La réclamation de "frais accessoires" lors de la prestation de services assurés est une pratique de plus en plus répandue chez les professionnels de la santé.

Les exemples portés à notre connaissance, ne constituent probablement qu'une infime partie de cette pratique.

[...]

Il nous semble urgent dans le contexte des principes généraux gouvernant notre système de santé de prendre les mesures nécessaires pour encadrer cette tendance.

44. En 2007, le ministre Couillard a donné un mandat au Comité de travail sur les frais accessoires – lequel était notamment composé de représentants du Collège des médecins du Québec, de la FMOQ, de la FMSQ, dont le ministre Gaétan Barrette (alors président de la FMSQ), de la RAMQ et du MSSS — afin :

[d']analyser et documenter la problématique entourant la facturation pour un service, une fourniture ou des frais accessoires à un service assuré non prévu par la *Loi sur l'assurance maladie du Québec* (et ses règlements) et les ententes de rémunération intervenues entre le ministre [québécois] et les fédérations des médecins omnipraticiens et spécialistes du Québec.

45. Cette initiative du ministre Couillard faisait suite à la soumission d'un rapport par la RAMQ sur la surfacturation de frais accessoires, lequel concluait que certains médecins participants fournissaient en cabinet privé des services assurés et exigeaient des personnes assurées le paiement de frais accessoires destinés à couvrir les coûts de fonctionnement des cliniques, le tout en contravention avec la *LAM*, tel qu'il appert de l'Annexe IV du rapport, pièce P-9.

46. Dans le rapport Chicoine, le comité de travail constate entre autres (nos caractères gras) :

On assiste à une fragilisation de plusieurs cabinets privés et à une **croissance de la facturation de frais dits accessoires qui visent en réalité à couvrir les frais de fonctionnement**; cette situation entraîne des plaintes, des enquêtes et des contestations, etc.

[...]

À moyen et à long terme, compte tenu de l'ampleur grandissante des défis de financement et d'accessibilité, **on peut penser que la proportion de financement par la facturation directe deviendra de plus en plus importante.**

[...]

**Différents modes de facturation « hors normes » se sont installés**, traduisant une problématique beaucoup plus large de manque de revenu pour couvrir les frais de fonctionnement des cabinets privés.

[...]

Des frais accessoires facturés aux patients ne peuvent résoudre toute la problématique des frais de fonctionnement sans entrer en collision avec les dispositions de la loi canadienne.

[...]

Le [CMQ] a aussi constaté l'émergence de modèles de facturation « novateurs » visant clairement à compenser des frais d'exploitation. On s'inquiète de la grande variabilité des montants facturés pour une même fourniture.

comme il appert aux pages I, III, 5 et 6 du rapport Chicoine, P-9.

47. Les défendeurs étaient donc très explicitement au courant, depuis au moins l'année 2007, de la part de professionnels de la santé et de cliniques :
- a. de « modèles de facturation “novateurs” visant clairement à compenser des frais d'exploitation »;
  - b. de « modes de facturation “hors normes” »;
  - c. de « l'émission de documents de facturation volontairement incomplets »; et
  - d. d'« une interprétation large de la notion de médicament ».
48. En 2010, la RAMQ a produit au gouvernement du Québec un rapport intitulé *Frais facturés aux personnes assurées — Éléments de réflexion et pistes de solution*,

**Pièce P-10.** Dans ce rapport, la RAMQ fait état au MSSS de la pratique illégale des frais accessoires.

49. Dans ses constats, la RAMQ souligne avec euphémisme la *créativité* des professionnels de la santé et des cliniques qui mettent en place des procédés de facturation *novateurs* afin de faire indirectement ce qu'ils ne peuvent faire directement :

En vertu de l'alinéa 4 de l'article 22 de la LAM, un professionnel de la santé ne peut exiger ou recevoir pour un service assuré aucune autre rémunération que celle prévue à l'entente.

De plus, en vertu de l'alinéa 9 de ce même article, le professionnel ou un tiers ne peut réclamer le paiement des frais, des services ou des fournitures qui sont accessoires à un service assuré à moins que cela ne soit prévu à l'entente.

[...]

Bien que la facturation de frais aux personnes assurées lorsqu'elles requièrent la dispensation de soins de santé ait toujours existée, ces situations sont de plus en plus fréquentes et interpellent de plus en plus la Régie. De plus, cela amène aussi les citoyens à se questionner sur les principes de gratuité et d'universalité, lesquels constituent la pierre d'assise de notre système de santé. Il importe de rappeler que l'article 7 de la Loi canadienne sur la santé (L.R., 1985, c. C-6) établit cinq principes auxquels sont assujetties les provinces pour le versement de la pleine contribution pécuniaire: la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité.

[...]

La facturation aux personnes assurées rejoint de différentes façons plusieurs secteurs de la Régie. À partir des informations recueillies auprès des secteurs visés, il ressort que le phénomène est en constante augmentation.

[...]

La Régie constate aussi une majoration de certains frais acceptés par la loi et les ententes qui semble servir à couvrir les frais d'exploitation.

[...]

L'analyse des demandes de remboursement démontre que les factures se modulent avec le temps de manière à donner une apparence de légalité à la facturation. La description des services rendus est modifiée au profit d'éléments qui ne sont pas remboursables par la Régie. Ces modifications se font au fur et à mesure des interventions de la Régie dans certains dossiers.

[...]

Les textes d'ordre légaux, pris dans leur ensemble, laissent place à l'interprétation et la créativité, ce qui entraîne des procédés de facturation

novateurs et polymorphes pouvant sembler, de prime abord, légaux, mais qui ont comme dénominateur commun de faire indirectement ce qui est interdit directement.

comme il appert des pages 2, 3 et 5 du rapport de la RAMQ, P-10.

50. Depuis 2010, les ministres de la Santé qui se sont succédé ont affirmé à de multiples reprises que la facturation des frais accessoires était une façon détournée de facturer des frais d'exploitation des cliniques.
51. Par exemple, en décembre 2012, Réjean Hébert a indiqué qu'il avait « demandé à la Régie de l'assurance-maladie d'être beaucoup plus diligente, et [qu'il allait] serrer la vis ». En outre, il a affirmé « qu'il y [avait] encore toutes sortes de stratégies ou de stratagèmes, même, pour faire payer aux patients des frais qui doivent être couverts par le réseau public » (Radio-Canada), **Pièce P-11**.
52. En février 2013, monsieur Hébert a affirmé que les frais accessoires étaient « un moyen détourné pour demander des honoraires supplémentaires » (La Presse), **Pièce P-12**.
53. Gaétan Barrette, à titre de président de la FMSQ, puis à titre de ministre de la Santé, en a dit autant à de multiples reprises. Par exemple :
  - a. En février 2013, il a décrit la facturation de frais accessoires comme une « astuce », en affirmant que « le 500 \$ n'est pas pour payer le médicament, mais bien pour payer tout le reste » (Radio-Canada), **Pièce P-13**.
  - b. En janvier 2014, il a affirmé que « des frais d'exploitation, d'équipement [, ...] les médecins les facturent dans les frais accessoires » (Le Devoir), **Pièce P-14**.
  - c. En juin 2015, il a affirmé, en tant que ministre cette fois, dans une entrevue à CBC Radio One, ce qui suit :

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

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

[GB] Exactly », **Pièce P-15**.
  - d. Le même mois, il a déclaré sur Radio-Canada: « [J]e vais vous donner un exemple qui est très simple, la vasectomie. [...] E]n cabinet, ça peut se faire facilement et ça se fait. C'est là que se font la majorité ou sinon la totalité des vasectomies. Mais dans les tarifs publics, il n'y a jamais eu rien de prévu pour payer le champ opératoire, [...] les instruments et ainsi de suite. Donc, ça, là, c'est de ça qu'on parle. C'est un frais accessoire et c'est chargé aux patients.

Je peux vous dire que ça coûte dans les cabinets entre 150 et 250 \$. Je peux vous dire que le coûtant est bien inférieur à ça », **Pièce P-16**.

54. Le caractère systémique et généralisé de la pratique de facturation illégale a été reconnu publiquement par différents acteurs et dénoncé par divers intervenants, tel qu'il appert des allégations qui précèdent et des documents suivants, **Pièce P-17**, *en liasse* :

- Rapport et publication du Collège des médecins de mars 2011 et de l'automne 2012.
- Déclarations variées de la part des représentants du gouvernement, de la RAMQ, du MSSS et d'autres intervenants connexes devant les médias.
- Sorties médiatiques variées appelant à une intervention des autorités.
- *Avis sur les frais accessoires en matière de santé et de services sociaux à l'intention du ministre de la Santé et des Services sociaux et de la Commission de la Santé et des Services sociaux* du Protecteur du citoyen du premier octobre 2015.
- Lettre du Protecteur du citoyen au ministre de la Santé et des Services Sociaux et aux membres de la Commission de la santé et des services sociaux concernant *Le financement des frais accessoires reliés aux services assurés* du 5 octobre 2015.
- Rapport de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles intitulé *Facturation aux patients : Le portefeuille en prend pour son rhume*, de novembre 2015.
- Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2016-2017 – Vérification de l'optimisation des ressources, du mois de mai 2016.

### **C. Les Fédérations ont incité leurs membres à facturer illégalement des frais accessoires à des services assurés**

55. Les Fédérations ont conclu des ententes avec le MSSS en vertu de l'article 19 *LAM*, **Pièce P-18**, *en liasse*, qui visaient notamment à déterminer la rémunération des professionnels de la santé et prévoir les exceptions à l'article 22 *LAM*.

56. 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.

57. Insatisfaites des résultats des négociations avec le MSSS, les Fédérations ont incité leurs membres à facturer des frais illégaux comme moyen détourné d'augmenter leur rémunération que les Fédérations ont elles-mêmes négociée avec le MSSS. Prenant appui sur ces incitations, les médecins, les optométristes et les cliniques ont pigé dans les poches des patients pour se verser une rémunération supplémentaire.
58. De nombreux documents font état du lien étroit qui existe entre les insatisfactions concernant la rémunération et le phénomène des frais aux patients, quelle qu'en soit la nature. Les Fédérations ont souvent fait état de ce lien, par exemple :
- dans les publications spécialisées à l'intention de leurs membres (voir p. ex. les extraits de la publication de la FMSQ, *Le Spécialiste*, **Pièce P-48**, en liasse<sup>3</sup>; l'extrait de la publication de la FMOQ, *Le Médecin du Québec*, **Pièce P-49**<sup>4</sup>; et les extraits de la publication de l'AOQ, *L'Optométriste*, P-25<sup>5</sup>);
  - dans des mémoires, p. ex. à la Commission des affaires sociales en 2006, **Pièce P-50**, p. 18-19;
  - dans de nombreuses déclarations médiatiques (des exemples sont cités aux par. 53 et 75 de la Demande précisée);
  - dans le cadre des travaux menant au rapport Chicoine (voir le par. 59 de la Demande précisée);
  - dans des envois à leurs membres, dont l'infolettre « INFONégo » de la FMSQ, **Pièce P-51**, est un exemple. Autre exemple, cette fois concernant la FMOQ : en 1997, la RAMQ relevait dans un document (pièce P-48, p. 1) que :

[...] Au cours des derniers mois, la FMOQ a invité ses membres à facturer à leurs patients pour des frais accessoires qu'elle juge acceptables et à cet effet, a envoyé à tous les omnipraticiens du matériel à afficher dans les salles d'attente pour sensibiliser les patients au fait que « la carte ne règle pas tout » et pour leur rappeler les principaux éléments d'un "carnet de tarification".

Enfin, il est bon de noter que la FMOQ a déposé, à la table de négociation avec le Ministère de la Santé et des Services sociaux, la liste des sujets qu'elle veut discuter au cours des prochaines semaines. Parmi ceux-ci, celui des "frais accessoires" apparaît et au cours d'échanges préliminaires, il semble que les omnipraticiens souhaitent, par cette voie, améliorer leur revenu, dans un contexte d'enveloppe budgétaire fermée.

---

<sup>3</sup> Vol. 9, n° 3, septembre 2007, p. 14-16; vol. 13, n° 2, juin 2011, p. 7; vol. 15, n° 1, mars 2013, p. 10; vol. 17, n° 4, décembre 2015, p. 19-20, ainsi que le numéro hors-série de décembre 2015.

<sup>4</sup> Vol. 46, n° 11, novembre 2011, p. 1.

<sup>5</sup> Vol. 31, n° 1, janvier-février 2009, p. 5; vol. 32, n° 1, janvier-février 2010, p. 5; vol. 33, n° 1, janvier-février 2011, p. 7; vol. 34, n° 1, janvier-février 2012, p. 5; vol. 34, n° 6, novembre-décembre 2012, p. 5-7.

59. Ainsi, la FMSQ et la FMOQ, bien au courant de la pratique répandue de la facturation illégale au Québec, proposaient dans le cadre du 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, y inclut le service de livraison, transmission ou messagerie;
- 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;
- au matériel et aux 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, P-9.

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

60.1 Comme décrit dans la présente Demande précisée, et comme il sera prouvé lors du procès, l'incitation des Fédérations a pris plusieurs formes :

- des communications directes avec leurs membres par le biais de grilles tarifaires (voir p. ex. les par. 61, 62, 68 de la Demande précisée, ainsi que la mention de la RAMQ du « matériel à afficher dans les salles d'attente [envoyé par la FMOQ] pour sensibiliser les patients au fait que "la carte ne règle pas tout" », à la pièce P-48, p. 1);
- des articles dans des publications spécialisées à l'intention de leurs membres (voir p. ex. les par. 58, 63, 64 de la Demande précisée, ainsi que d'autres exemples dans *Le Spécialiste* (FMSQ), **Pièce P-52, en liasse**<sup>6</sup>; dans *Le*

---

<sup>6</sup> Vol. 9, n° 2, juin 2007, p. 14-15; vol. 10, n° 4, décembre 2008, p. 23-24.

Médecin du Québec (FMOQ), Pièce P-53<sup>7</sup> et dans L'Optométriste (AOQ), P-25, pages 34 à 37, et Pièce P-54, en liasse<sup>8</sup>;

- des « rencontres ou discussions » avec leurs membres, telles que celles évoquées à la Pièce P-55, p. 34;
- des courriels et infolettres à leurs membres (p. ex. à P-51);
- de nombreuses déclarations publiques visant à encourager et à légitimer les pratiques de facturation attaquées (voir p. ex. les par. 53, 65, 75 de la Demande précisée).

60.2 Ces incitations s'inscrivaient dans le cadre de négociations continues entre le MSSS et les Fédérations, où la légalisation de plusieurs types de frais accessoires était considérée par les défendeurs comme une alternative à l'augmentation de l'enveloppe budgétaire. Par exemple, dans le document de 2010 intitulé « État de situation », Pièce P-56, le sous-ministre adjoint de la Santé indique :

Un des principaux enjeux dans le cadre des négociations relatives aux renouvellements des ententes avec les fédérations médicales est la question de la rémunération des médecins qui pratiquent en cabinet. D'ailleurs, certains travaux sont en cours afin d'analyser la rémunération des médecins en cabinet privé et de poser un diagnostic sur cette question.

Lors de ces travaux, les parties se pencheront sur la notion des frais accessoires et sur la rémunération des médecins spécialistes qui pratiquent dans les centres médicaux spécialisés (CMS) où certaines chirurgies sont pratiquées.

En ce qui concerne plus particulièrement les frais accessoires, différentes options pourraient faire l'objet de discussions autant avec les fédérations médicales qu'avec les autorités ministérielles et gouvernementales, notamment, la pertinence de régler davantage la notion de frais accessoires ou d'encadrer plus adéquatement cette notion dans les différentes ententes.

61. Les Fédérations ont notamment 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 au dossier, **Pièce P-19, en liasse.**

62. À titre d'exemples :

- la grille tarifaire de la 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

---

<sup>7</sup> Vol. 42, n° 1, janvier 2007, p. 91-92.

<sup>8</sup> Vol. 36, n° 3, mai/juin 2014, p. 5; vol. 37, n° 5, septembre/octobre 2015, p. 5; vol. 38, n° 4, juillet/août 2016, p. 5.

bas que 50 \$, tel qu'il appert par exemple du dépliant du Centre hospitalier universitaire de Québec, **Pièce P-20**;

- la grille tarifaire de la FMSQ encourage la facturation pour certains « analyses, techniques diagnostiques et thérapeutiques » dont pour la « glycémie » et pour un « *strep test* »;
- les grilles de la FMSQ et de la FMOQ invitent leurs membres à facturer pour les frais de transport de spécimens biologiques;
- les Fédérations invitent et conseillent leurs membres à facturer pour la copie du dossier médical, même lorsque ces copies sont liées à la dispensation d'un service assuré;

tel qu'il appert des grilles tarifaires, P-19, et des bulletins officiels de l'Ordre des optométristes du Québec — *Optopresse*, **Pièce P-21**, en liasse, dont celui de l'hiver 2016 (P-21 A) qui précise que « [l']Association des optométristes du Québec suggère un tarif entre 15 \$ et 35 \$ » pour des copies de dossier;

63. 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 (P-22 A), parmi les bulletins officiels de la FMSQ — *Le Spécialiste*, **Pièce P-22**, en liasse.

64. En mars 2013, dans un autre extrait du bulletin *Le Spécialiste*, Me Bellavance a affirmé que « la problématique des frais accessoires [... vise] à couvrir les nombreuses dépenses d'opération des cliniques médicales qui sont nécessaires afin d'assurer la prestation des services aux patients », P-22 B.
65. En ce qui concerne l'AOQ, 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, **Pièce P-23**.
66. Le plus important de ces services assurés en matière d'optométrie, l'examen complet de la vue, inclut de multiples examens diagnostiques, selon le cas, tel qu'il appert de la publication de l'Association canadienne des optométristes, **Pièce P-24**, et de la Pièce P-18 C, p. 228.
67. En outre, le Manuel de facturation des optométristes indique ce qui suit (nos caractères gras) :

## Optométristes 10. TARIF D'HONORAIRES

### 10.5 RÈGLES D'APPLICATION

1.01 L'optométriste est rémunéré en vertu du présent tarif d'honoraires pour tout service optométrique qu'il a lui-même fourni à la personne assurée.

Toutefois, l'optométriste peut se faire assister par du personnel auxiliaire pour dispenser un service optométrique.

**Les honoraires payables à l'optométriste comprennent, en cabinet privé, compensation pour le coût des techniques qui concourent au service optométrique qu'il dispense à la personne assurée**, que ces techniques soient exécutées par l'optométriste lui-même ou qu'il en confie l'exécution au personnel auxiliaire qui l'assiste.

tel qu'il appert de la pièce P-18 *en liasse*.

68. L'AOQ produit également un guide des tarifs à l'intention de ses membres, par exemple en 2012 et en 2017, Pièce P-57, en liasse. En 2014, alors qu'il présente à ses membres ce guide des tarifs, le président de l'AOQ à l'époque, Steven Carrier, encourage ouvertement ses membres à *charger religieusement* les frais accessoires, tel qu'il appert d'extraits de la revue *L'Optométriste*, **Pièce P-25, en liasse [...], par exemple** :

Évidemment, il y a aussi des frais accessoires qui sont dans notre cas, principalement des gouttes, des colorants ou certaines autres substances utilisées pour effectuer divers tests. Tous ces frais sont tout à fait justifiés et votre Association vous encourage à les charger religieusement<sup>9</sup>.

69. Comme il sera démontré au procès, outre le fait que les prix suggérés dans les guides des tarifs publiés par l'AOQ pour ces frais allaient bien au-delà de leur prix coûtant – une problématique couverte par le dossier *Léveillé* – les optométristes facturaient aussi, dans le cadre d'un examen de la vue assuré, des frais pour des examens diagnostiques non désassurés.

69.1 Bien que la couverture des services optométriques soit beaucoup plus limitée que la couverture des services médicaux, la même logique des services « médicalement nécessaires » s'applique dans le cadre restreint des services assurés. Ainsi, un service assuré qui est fourni par un optométriste doit répondre à la logique imposée par l'article 3 c) de la Loi sur l'assurance maladie, lequel édicte que les services prévus par règlement qui sont « requis au point de vue optométrique » sont assurés.

69.2 L'article 34 du RALAM couvre notamment l'« examen complet de la vision » pour certaines personnes, ainsi que l'« examen partiel de la vision et l'examen d'urgence, tels que définis à l'entente » pour l'ensemble de la population assurée. Le règlement ne renvoie pas à l'entente pour ce qui est de l'examen complet. Partant, l'examen

---

<sup>9</sup> Vol. 36, n° 1, janvier/février 2014, p. 5.

complet, qui est l'acte le plus souvent cité par les optométristes dans leurs négociations avec le MSSS, tel qu'en atteste par exemple l'article « Les optométristes envisagent de rompre avec la RAMQ » du 18 octobre 2024, Pièce P-58, inclut nécessairement tout ce qui est « requis au point de vue optométrique » afin de compléter l'examen.

69.3 Ainsi, tout ce qui est « requis au point de vue optométrique » dans le cadre de tels examens, à moins de faire explicitement l'objet d'une exception dans les ententes ou dans le RALAM, doit être fourni gratuitement aux patients qui ont droit aux services assurés.

70. Or, l'AOQ encourageait [...] la facturation d'examens diagnostiques non désassurés, dont plusieurs exemples se retrouvent dans les factures mentionnées aux paragraphes 38.7 et 38.8 ci-dessus, tels que la photographie rétinienne, la pachymétrie sans ultrasons, la kératométrie ou la biométrie optique, tel qu'il appert notamment de la déclaration de Maryse Nolin en janvier 2017, **Pièce P-26**, dans laquelle sont mentionnés des tests non désassurés, tels que la biométrie optique et la rétinophoto :

En optométrie, certains services offerts aux patients de moins de 18 ans et aux personnes âgées de 65 ans et plus sont couverts par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), comme l'examen annuel. D'autres services ne le sont toutefois pas, comme la biométrie de l'oeil, la rétinophoto, l'échographie de l'oeil ou la tomographie en cohérence optique (OCT), explique la directrice générale de l'Association des optométristes du Québec (AOQ), Maryse Nolin.

70.1 La problématique, dont les contours précis ne pourront être établis que lors de l'audience sur le fond, est connue de longue date dans le milieu. Ainsi, par exemple, un mémoire de mai 2016 rédigé par l'Ordre des optométristes du Québec (pièce P-59, p. 7-8) en fait mention :

[Des] difficultés d'application ou d'interprétation peuvent survenir lors de l'exécution de certains tests spécialisés. Ainsi, la mesure de l'étendue du champ visuel est un acte couvert depuis les origines du régime en 1970, à l'époque où les tests se faisaient de façon manuelle, et, dans le cas des optométristes, sur une base de dépistage uniquement. De nos jours, des appareils automatisés et des stratégies plus complexes d'analyse sont requis pour l'évaluation et le suivi des patients atteints de glaucome ou pour lesquels une telle condition est suspectée. Un problème d'interprétation à ce sujet découle du fait que l'exécution des tests spécifiques à cette condition n'existait pas à l'origine, ce qui pourrait signifier qu'ils ne sont pas couverts par le régime public et qu'ils peuvent donc faire l'objet d'une facturation au patient. Ce problème reste irrésolu depuis un bon moment, laissant les patients et les professionnels dans l'incertitude à l'égard de l'étendue de la couverture des services en question.

70.2 Déjà en 2010, dans le numéro de janvier/février 2010 de la revue *L'Optométriste*<sup>10</sup> (pièce **P-25**, page 6), Steven Carrier, président de l'AOQ, laissait entendre que l'absence de tarification de certains actes diagnostiques impliquait nécessairement leur désassurance, même en l'absence de modification réglementaire et malgré le fait que ces actes étaient devenus requis au point de vue optométrique :

Nous ne pouvons plus fonctionner comme si une partie de notre expertise est couverte et une autre pas; nous ne pouvons non plus assister à un nombre grandissant d'examen en suivi d'interventions médicales, sans que ces examens ne soient repensés et tarifés convenablement, voire équitablement; nous ne pouvons non plus fonctionner avec des contenus d'actes mal adaptés aux nouvelles réalités.

70.3 Rappelons que deux techniques répandues en optométrie, à savoir la tomographie optique du globe oculaire et l'ophtalmoscopie confocale par balayage laser du nerf optique, n'ont été désassurées qu'en 2011, sauf exceptions, quelques jours après le dépôt de l'action collective dans le dossier *Lavoie* et plus d'un an après la déclaration du président de l'AOQ. Rappelons également que ces techniques étaient systématiquement facturées aux patients avant cette désassurance, y compris par les optométristes. Il s'agit du même problème que celui auquel la cause *Lavoie* s'attaquait dans le domaine de l'ophtalmologie. Ainsi, par sa déclaration, Steven Carrier avalisait cette pratique.

70.4 Il est important de noter par ailleurs que ces tests non désassurés étaient imposés de façon non facultative lors d'examen assurés.

70.5 À l'instar de la FMOQ et de la FMSQ, tout ceci s'est passé dans un contexte où l'AOQ négociait continuellement pour obtenir des augmentations de financement des cliniques de ses membres, allant jusqu'à coordonner la désaffiliation simultanée de tous ses membres du régime public, tel qu'il appert de ses communiqués de presse entre décembre 2017 et mars 2018 (déposés comme la pièce **P-60**, en liasse) :

**Impasse dans les négociations : retrait possible des optométristes du régime public de la RAMQ**

**Montréal, le 14 décembre 2017** – L'Association des optométristes du Québec (AOQ) rejette catégoriquement l'offre dérisoire du gouvernement du Québec déposée le 12 décembre. Cette offre répond, 10 mois plus tard, aux demandes de juste rémunération de l'AOQ déposées le 13 février dernier concernant le renouvellement de l'entente quinquennale sur la tarification entre l'AOQ et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

[...]

---

<sup>10</sup> Vol. 32, n° 1, janvier/février 2010, p. 5.

Selon une étude conjointe confiée à une firme comptable indépendante par le MSSS et l'AOQ et dont le but était d'établir des données fiables sur la rémunération des optométristes, la profitabilité moyenne par visite assurée par la RAMQ était, en 2012, de 20 cents en comparaison de 27 dollars pour les services au privé. Aujourd'hui, selon une récente étude actuarielle, les optométristes encourent un déficit de plus de 1 \$ par visite d'un patient assuré par la RAMQ. Le redressement demandé est d'autant plus crucial considérant que le nombre de patients assurés par le régime public représente plus de 50 % de la clientèle des optométristes et passera à 61 % en 2031.

Au fil des années, le gouvernement a imposé des gels de tarifs, des augmentations insuffisantes ou des mécanismes entraînant une réduction des tarifs de certains actes. Le financement public des services d'optométrie n'a pas suivi la hausse des coûts d'exploitation, ni des instruments et des équipements. Les coûts ont augmenté de 150 % au cours des 30 dernières années, soit trois fois plus que la rémunération à l'acte (56 %).

70.6 La dernière ronde de négociations concernant le type de frais visés par la présente action collective a commencé quelques jours après la fermeture du groupe, soit quelques jours après l'abolition par le MSSS de la possibilité de compenser le coût des médicaments et agents anesthésiques, y inclus pour les optométristes, qui ont ainsi perdu une source importante de revenus.

70.7 Comme l'en atteste le communiqué du 14 décembre 2017, **Pièce P-60**, le sous-financement des cliniques d'optométrie faisait l'objet de revendications depuis plusieurs années de la part de l'AOQ, qui pressait le MSSS d'augmenter le financement des cliniques de ses membres. Outre l'étude de 2012 qui y est citée, les parties ont plusieurs fois convenu d'agir face au problème perçu de sous-financement, tel qu'il appert du Manuel des optométristes (P-18C), p. 97 et 106.

71. Cette incitation de l'AOQ s'inscrit dans le contexte où, à tout le moins à partir de 2010, elle est d'avis que l'un des grands enjeux des négociations avec le MSSS est que les tarifs de la RAMQ étaient grandement insuffisants par rapport à la hausse des dépenses d'exploitation des optométristes et devaient être revalorisés à la hauteur de 40 %, pièce P-25, en liasse.

72. Ce lien explicite fait par l'AOQ entre les frais accessoires et la rémunération qu'elle juge déficiente perdue lors de l'abolition des frais accessoires, l'AOQ allant jusqu'à menacer de retirer leurs services extrahospitaliers dans plusieurs cas, tel qu'il appert de cette déclaration du président de l'AOQ dans un article du journal Le Devoir, **Pièce P-27** :

« Si nous ne pouvons plus faire ces tests, il faudra renvoyer les patients au système hospitalier, où les délais peuvent atteindre un an », déplore le président de l'AOQ, Steven Carrier.

73. Par ailleurs, au courant des contestations grandissantes des frais facturés aux patients par les optométristes lors de services assurés, l'Ordre des optométristes invitait les optométristes ayant des questions sur la facturation à se diriger vers

l'AOQ, voir par exemple l'extrait du bulletin *Optopresse* de l'Ordre des optométristes du Québec de l'été 2016, P-21 B, p. 19.

74. Dans les faits, les grilles tarifaires et les conseils plus informels des Fédérations, notamment proférés dans leurs publications *Le Spécialiste*, *Le Médecin du Québec* et *L'Optométriste*, étaient largement suivis par les professionnels et les cliniques, tel qu'il appert notamment de la demande pour permission de déposer une preuve appropriée déposée par plusieurs cliniques dans le dossier *Léveillé*, **Pièce P-28**.
75. L'influence directe des Fédérations sur la pratique de la facturation illégale se manifeste également lors des négociations entre elles et le gouvernement. En effet, de nombreuses déclarations faites par ces acteurs sophistiqués démontrent qu'ils ont un contrôle sur le moment où leurs membres cesseront la pratique de facturation illégale, tel qu'il appert des déclarations contenues aux pièces P-17, P-21, ainsi que dans les documents suivants :
- Article publié sur *indexsanté.ca* intitulé « Confusion au sujet des frais accessoires : L'Association des optométristes du Québec exige des réponses », **Pièce P-29**;
  - Article de *La Presse* intitulé « Québec annonce l'abolition des frais accessoires », **Pièce P-30**;
  - Article du magazine *L'actualité* intitulé « Frais accessoires : les omnipraticiens s'entendent en partie avec Québec », **Pièce P-31**;
  - Article du journal *Le Soleil* intitulé « Frais accessoires: les spécialistes dénoncent la "politique-spectacle" de Barrette », **Pièce P-32**;
  - Article du journal *Le Quotidien* intitulé « Frais accessoires : pas d'abus ici, assure la FMOQ », **Pièce P-33**;
  - Article de TVA Nouvelles intitulé « Les services aux patients seront affectés disent les médecins », **Pièce P-34**.
76. Comme il sera démontré à l'enquête, la pratique de facturation illégale était systémique et généralisée à [...] de très nombreuses cliniques au Québec et les Fédérations ont incité leurs membres à facturer des frais illégaux. En raison de leur incitation, les Fédérations sont responsables des frais illégaux payés par les membres du groupe.

#### **D. Le MSSS et la RAMQ ont toléré la facturation illégale systémique**

77. Comme expliqué plus haut, tant le MSSS que la RAMQ savaient que toutes sortes de stratagèmes se répandaient afin de contourner l'interdiction de facturation aux patients pour les services assurés et tout ce qui y était relié. Ils savaient en outre que ces stratagèmes étaient en grande partie liés à la perception d'un sous-financement des cliniques, comme en témoigne le rapport Chicoine, mais aussi

l'Analyse d'impact réglementaire du *Règlement abolissant les frais accessoires*, Pièce P-35, notamment à la page 4 :

[L]es cabinets perçoivent des frais accessoires qui disparaîtront avec le nouveau règlement. Les patients cesseront de payer les 50 à 100 M\$ de frais accessoires. Certains frais accessoires sont souvent un paiement en double puisque les coûts de ces services sont déjà payés par la RAMQ dans l'honoraire majoré du cabinet. D'autres frais dits accessoires ne seraient pas couverts par l'honoraire de cabinet (ex: vasectomie en cabinet) et ils disparaîtront aussi avec le règlement. Cependant, ces frais pourraient être inclus dans un honoraire majoré pris en charge par les augmentations généreuses des masses salariales de chacune fédérations de médecins.

78. Le MSSS et la RAMQ ont négligé d'appliquer l'interdiction stricte de facturation de frais aux patients pour des services assurés, permettant que cette facturation illégale se développe en toute impunité.
79. Lorsque la pression est devenue trop forte, la RAMQ et le MSSS ont timidement et partiellement commencé à appliquer l'interdiction lorsque contraints de le faire par les médias et la pression populaire.
80. Dans les faits, les rapports d'inspection de la RAMQ illustrent bien son comportement fautif, car ils passaient à côté du problème fondamental qu'elle avait elle-même identifié, tel qu'il appert notamment des [...] demandes pour permission de déposer une preuve appropriée déposées par plusieurs cliniques dans le dossier *Léveillé*, P-28.
81. [...]
82. Cette pression est venue notamment par le dépôt de l'action collective *Lavoie* visant les frais accessoires pour médicaments et agents anesthésiques facturés à l'occasion d'une injection intravitréenne de médicaments et par le dépôt de l'action collective *Léveillé* visant les frais de médicaments ou d'agents anesthésiques, lesquelles s'inscrivent dans le même système de facturation illégale qui consiste à facturer des montants totalement arbitraires pour les quelques médicaments ou agents anesthésiques à coût souvent dérisoire utilisés à l'occasion d'actes assurés.
83. Or, tant la RAMQ que le MSSS pouvaient et devaient agir pour faire cesser cette violation systémique à la *LAM*. Le MSSS a l'obligation légale d'appliquer la *LAM* et les règlements ainsi que d'élaborer et mettre en œuvre les politiques relatives à la santé et aux services sociaux :

***Loi sur l'assurance maladie***

**105.** Le ministre de la Santé et des Services sociaux est chargé de l'application de la présente loi.

***Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux :***

1. Le ministre de la Santé et des Services sociaux, désigné dans la présente loi sous le nom de « ministre », est chargé de la direction et de l'administration du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Il est également chargé de l'application des lois et des règlements relatifs à la santé et aux services sociaux.

2. Le ministre a pour fonctions d'élaborer et de proposer au gouvernement des politiques relatives à la santé et aux services sociaux.

Le ministre doit voir à la mise en œuvre de ces politiques, en surveiller l'application et en coordonner l'exécution.

84. De plus, le MSSS peut ordonner à la RAMQ d'exécuter tout mandat et peut même émettre des directives qui, une fois approuvées par le gouvernement, la lient :

***Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (« LRAMQ »)***

**Art. 2, al. 3.** La Régie exécute tout mandat que lui confie le ministre de la Santé et des Services sociaux.

[...]

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

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

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

85. Quant à la RAMQ, elle a le devoir d'administrer et d'appliquer le régime d'assurance maladie, de contrôler la rémunération des professionnels de la santé ainsi que le pouvoir d'enquêter :

***Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (« LRAMQ »)***

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

Elle doit, notamment, à ces fins :

[...]

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

(...)

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

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

86. Malgré ses devoirs et pouvoirs, la RAMQ n'a jamais référé de dossier de facturation illégale au Directeur des poursuites criminelles et pénales pour faire appliquer les pénalités prévues à la loi depuis 1974, tel qu'il appert de la réponse donnée par la RAMQ à une demande sous la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, RLRQ c A-2.1, **Pièce P-36**.

87. Comme il sera démontré à l'enquête, même lorsque la RAMQ remboursait les montants facturés illégalement dont une personne assurée s'est plainte, elle n'a pas utilisé ses pouvoirs pour faire en sorte que la pratique s'arrête, ni n'a-t-elle cherché à rembourser d'autres patients, notamment en les invitant à soumettre des demandes à cet effet, tel qu'il appert notamment d'un article du journal *Le Soleil* à cet égard, **Pièce P-37** :

Il ressort de tout cela que le patient a l'entière responsabilité de faire respecter ses droits. La Régie, elle, n'agit pas sans plainte et n'élargit pas ses enquêtes au delà des plaintes individuelles.

88. Pire, dans bien des cas, par exemple celui de la demanderesse Gagnon, la RAMQ a fait des pieds et des mains afin de trouver une façon de ne pas intervenir à l'occasion de frais facturés aux patients.

89. La demanderesse Gagnon a entrepris, sans succès, des démarches avec la RAMQ pour se faire rembourser des frais de transport de prélèvement. À la suite du dépôt de la contestation devant le Tribunal administratif du Québec du refus de remboursement par la RAMQ, cette dernière a transmis à la demanderesse un document pour désistement accompagné d'un chèque correspondant aux frais qu'elle avait payés à la clinique médicale.

90. Bien que la demanderesse n'ait pas signé ce document et n'ait pas encaissé le chèque, le TAQ a accueilli la demande d'irrecevabilité de la RAMQ en raison du remboursement et a statué que le recours devenait sans objet.

91. Entre 2010 et 2014, la RAMQ n'a récupéré qu'environ 1,7 million de dollars à la suite de réclamations des patients, ce qui est un montant dérisoire considérant que la valeur des frais accessoires facturés annuellement au Québec était de plusieurs dizaines de millions de dollars.

## VI. LE SYLLOGISME JURIDIQUE

92. Sous la *LAM*, tous les services rendus par les médecins « qui sont requis au point de vue médical » sont assurés (art. 3 a) *LAM*).
93. Quant aux optométristes, il s'agit des « services déterminés par règlement qui sont requis au point de vue optométrique pour le compte d'une personne assurée dont l'âge est celui fixé à ces fins par règlement ou qui détient un carnet de réclamation en vigueur délivré suivant l'article 71 ou 71.1 [*LAM*] » (art. 3 c) *LAM*).
94. L'article 22 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*<sup>11</sup> contient une liste de services non considérés comme assurés, donc non couverts par cette action collective.
95. Pour tout service assuré, la *LAM* interdit expressément toute facturation aux patients :

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

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

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

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

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

---

<sup>11</sup> *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*, RLRQ c A-29, r 5.

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

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

97. L'analyse n'est pas différente pour les cas ayant eu lieu avant l'adoption des amendements de novembre 2015, car le même principe était prévu à l'art. 22 al. 9 *LAM*, mais libellé différemment.
98. L'article 19 *LAM* prévoit pendant la période du recours des exceptions au principe d'interdiction. Ces exceptions doivent être inscrites dans les ententes entre le gouvernement et les Fédérations et sont limitées aux montants pour couvrir des frais engagés seulement « à titre de compensation ou de remboursement ».
99. Pendant la période du recours, les seules exceptions sont les suivantes :

Pour les médecins spécialistes :

## **RÈGLE 2. FRAIS DE PRATIQUE**

2.1 En cabinet privé, le médecin spécialiste peut demander au malade compensation pour certains frais de pratique que détermine ce tarif.

Ces frais comprennent les médicaments et les agents anesthésiques.

[...]

## **P - GYNÉCOLOGIE**

### **RÈGLE 6.**

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

[...]

## **Q – OBSTÉTRIQUE**

### **RÈGLE 6.**

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

[...]

## **G - MUSCULO-SQUELETTIQUE**

### **RÈGLE 1.**

[...]

1.2 La rémunération pour l'application d'un plâtre ou d'une attelle est incluse dans l'honoraire de la visite ou de prestation de soins principale.

Toutefois, le coût du matériel n'est pas inclus.

Pour les médecins omnipraticiens :

#### **1.1.4 Frais accessoires**

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

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

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

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

[...]

### **C - ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES**

La rémunération de l'anesthésie locale, excluant le coût du produit injecté, reliée à un acte diagnostique et thérapeutique est incluse dans celle de l'acte.

[...]

### **G - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE**

#### **PRÉAMBULE PARTICULIER**

##### **1.00 DÉFINITIONS**

[...]

1.04 [...]

Le coût du matériel requis pour assurer l'immobilisation d'une fracture ou d'une luxation suite à sa réduction n'est pas inclus dans l'honoraire de la chirurgie.

[...]

### **G - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE**

*Immobilisation par plâtre, attelles et « taping »*  
(coût du matériel non inclus).

Pour les optométristes :

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

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

tel qu'il appert de la pièce P-18 *en liasse*.

100. Tous autres frais facturés dans le cadre d'un service assuré étaient illégaux, à moins d'avoir été désassurés par règlement, jusqu'au 26 janvier 2017. Depuis cette date, les seuls frais légaux sont ceux énumérés au *Règlement abolissant les frais accessoires*.
101. Les demandeurs réclament aux Fédérations et au MSSS une restitution des frais imposés illégalement aux membres du groupe.
102. Les demandeurs réclament aussi que des dommages punitifs soit octroyés contre tous les défendeurs.
103. Les dommages punitifs se basent sur la *Charte québécoise* et la *Charte canadienne*, notamment en raison de la barrière à l'accès à des services médicalement nécessaires qu'ont constitué les frais illégaux, menant de façon certaine et prévisible à des reports ou des arrêts de traitement parmi les membres du groupe, constituant une violation à leurs droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne.
104. L'action collective *Lavoie* des patients atteints de DMLA qui devaient payer jusqu'à 300 \$ par mois pour garder leur vue illustre tant l'importance et la récurrence fréquente de certains de ces frais, ainsi que la gravité potentielle d'un report de traitement en raison de ceux-ci.
105. Plusieurs études scientifiques, ainsi que l'opinion du Gouvernement du Canada lors des travaux préparatoires à l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé*, L.R.C. (1985), ch. C-6, **Pièce P-38**, *en liasse*, reconnaissent que le fait d'imposer des coûts dans le cadre des soins de santé conduira une partie de la population à reporter le traitement ou à ne pas le recevoir, ce qui l'exposera à des dommages psychologiques et corporels.
106. Par ailleurs, la RAMQ a spécifiquement soulevé cet enjeu auprès du MSSS dans son rapport :

Tout d'abord, la facturation de frais inadmissibles entraîne un frein à l'accessibilité des services puisque le facteur financier devient une entrave pour certains groupes de la population. (P-10, page 5)

107. À la suite de l'entrée en vigueur du *Règlement abolissant les frais accessoires*, le MSSS a reconnu dans son rapport annuel que cette mesure, jumelée à la gratuité des échographies, contribue « grandement à l'accessibilité aux soins et aux services de santé et aux services sociaux en s'assurant que la capacité de payer n'empêche pas un usager d'obtenir les services assurés dont il a besoin », tel qu'il appert du Rapport annuel 2016-2017 du MSSS, **Pièce P-39**.
108. De plus, compte tenu de la sophistication des acteurs dans le domaine de la santé, ils savaient ou ne pouvaient ignorer que les conséquences de leurs actes auraient cet effet sur certains segments de la population.
109. L'octroi de dommages punitifs est nécessaire pour dénoncer le laxisme des autorités et des Fédérations, pour punir la défiance ouverte de lois sociales d'ordre public et pour éviter la récidive de ces atteintes. Outre les faits allégués aux présentes, le procureur général et la RAMQ ont été poursuivis pour des faits similaires à plusieurs reprises, dans les actions collectives *Association pour l'accès à l'avortement, Lavoie et Léveillé*.

#### **PAR CES MOTIFS, PLAISE AU TRIBUNAL :**

**ACCUEILLIR** l'action collective;

**CONDAMNER** solidairement les défendeurs (sauf la Régie de l'assurance maladie du Québec) 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** les défendeurs à verser aux membres des dommages punitifs et **ORDONNER** le recouvrement collectif de ces sommes;

**ORDONNER** aux défendeurs 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.

Montréal, le 16 janvier 2025

*Brenier Verbauwhede*

---

**GRENIER VERBAUWHEDE AVOCATS INC.**

AVOCATS DES DEMANDEURS

Me Bruno Grenier

[bgrenier@grenierverbauwhede.ca](mailto:bgrenier@grenierverbauwhede.ca)

Me Cory Verbauwhede

[cverbauwhede@grenierverbauwhede.ca](mailto:cverbauwhede@grenierverbauwhede.ca)

5215, rue Berri, bureau 102

Montréal (Québec) H2J 2S4

Tél. : (514) 866-5599

Télec. : (514) 866-3151

Montréal, le 16 janvier 2025

*Hadekel Shams*

---

**HADEKEL SHAMS S.E.N.C.R.L.**

AVOCATS DES DEMANDEURS

Me Peter Shams

[peter@hadekelshams.ca](mailto:peter@hadekelshams.ca)

6560, Avenue de l'Esplanade, bureau 305

Montréal (Québec) H2V 4L5

Tél. : (514) 439-0800

Télec. : (514) 439-0798

Montréal, le 16 janvier 2025

*Trudel Johnston & L'Espérance*

---

**TRUDEL JOHNSTON & L'ESPÉRANCE**

AVOCATS DES DEMANDEURS

Me Bruce Johnston

[bruce@tjl.quebec](mailto:bruce@tjl.quebec)

Me Mathieu Charest-Beaudry

[mathieu@tjl.quebec](mailto:mathieu@tjl.quebec)

Me Lex Gill

[lex@tjl.quebec](mailto:lex@tjl.quebec)

750, côte de la Place-d'Armes, bureau 90

Montréal (Québec) H2X 2Y8

Tél. : (514) 871-8385

Télec. : (514) 871-8800

**AVIS D'ASSIGNATION**  
(art. 145 et ss. C.p.c.)

---

**Dépôt d'une demande en justice**

Prenez avis que la partie demanderesse a déposé au greffe de la Cour Supérieure du district judiciaire de Montréal la présente Demande introductive d'instance.

**Pièces au soutien de la demande**

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

**PIÈCE P-1** : Documents de M. Raunet, *en liasse*;

**PIÈCE P-2** : Documents de Mme Gagnon, *en liasse*;

**PIÈCE P-3** : Extraits du Registraire des entreprises du Québec concernant les défenderesses, *en liasse*;

**PIÈCE P-4** : Extrait du site internet de la FMSQ;

**PIÈCE P-5** : Extrait du site internet de la FMOQ;

**PIÈCE P-6** : Extrait du site internet de l'AOQ;

**PIÈCE P-7** : Disposition législatives pertinentes concernant l'évolution historique de la LAM, *en liasse*;

**PIÈCE P-8** : Débats parlementaires pertinents sur l'étude du projet de loi no 84 — *Loi modifiant la Loi de l'assurance-maladie et d'autres dispositions législatives (4)*;

**PIÈCE P-9** : Rapport du comité de travail sur les frais accessoires à l'attention du MSSS (« Rapport Chicoine »), daté du 1<sup>er</sup> octobre 2007;

**PIÈCE P-10** : Rapport de la RAMQ sur les frais facturés aux personnes assurées, daté de septembre 2010;

**PIÈCE P-11** : Article de Radio-Canada intitulé « Le ministre Hébert appelé à contrer la surfacturation en clinique privée », daté du 13 décembre 2012;

**PIÈCE P-12** : Article de La Presse intitulé « Le ministre de la Santé met la hache dans les frais accessoires », daté du 4 février 2013;

- PIÈCE P-13** : Transcription d'une entrevue d'Anne-Marie Dussault avec le Dr Gaétan Barrette, président de la FMSQ, en date du 5 février 2013;
- PIÈCE P-14** : Article du Devoir intitulé « Se prémunir contre les frais accessoires », daté du 25 janvier 2014;
- PIÈCE P-15** : Transcription de l'entrevue du ministre de la Santé Gaétan Barette sur CBC par Sue Smith dans le cadre de l'émission Homerun le 18 juin 2015;
- PIÈCE P-16** : Transcription de l'entrevue du ministre de la Santé Gaétan Barette par Michel C. Auger le 17 juin 2015;
- PIÈCE P-17** : A) Rapport et publication du Collège des médecins de mars 2011 et d'automne 2012;
- B) Déclarations variées de la part des représentants du gouvernement, de la RAMQ, du MSSS et d'autres intervenants connexes devant les médias;
- C) Sorties médiatiques variées appelant à une intervention des autorités;
- D) *Avis sur les frais accessoires en matière de santé et de services sociaux à l'intention du ministre de la Santé et des Services sociaux et de la Commission de la Santé et des Services sociaux* du Protecteur du citoyen du premier octobre 2015;
- E) Lettre du Protecteur du citoyen au ministre de la Santé et des Services Sociaux et aux membres de la Commission de la santé et des services sociaux concernant *Le financement des frais accessoires reliés aux services assurés* du 5 octobre 2015;
- F) Rapport de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles intitulé *Facturation aux patients : Le portefeuille en prend pour son rhume*, de novembre 2015;
- G) Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2016-2017 – Vérification de l'optimisation des ressources, du mois de mai 2016.
- PIÈCE P-18** : A) Manuel des médecins omnipraticiens (n° 100), mise à jour 84, décembre 2015;

B) Manuel des médecins spécialistes (n° 150), mise à jour 34, avril 2014;

C) Manuel des optométristes (n° 240), mise à jour 89, janvier 2016;

**PIÈCE P-19** : Grille provinciale des tarifs pour les services non assurés (à titre indicatif) les services des assurés et les frais accessoires, daté du 1<sup>er</sup> janvier 2010;

**PIÈCE P-20** : Dépliant du CHU de Québec intitulé « Planning familial Dispositif intra-utérin (Stérilet) », révision 2011;

**PIÈCE P-21** : A) Optopresse Bulletin officiel de l'Ordre des optométristes du Québec, hiver 2016;

B) Optopresse Bulletin officiel de l'Ordre des optométristes du Québec, été 2016;

**PIÈCE P-22** : A) Le Spécialiste, Le magazine de la fédération des médecins spécialistes du Québec, septembre 2009;

B) Le Spécialiste, Le magazine de la fédération des médecins spécialistes du Québec, mars 2013

**PIÈCE P-23** : Communiqué de presse intitulé « Échec des négociations : les optométristes se retirent du régime public à compter du 10 mars prochain » daté du 7 février 2018;

**PIÈCE P-24** : Publication de l'Association canadienne des optométristes daté du 29 mars 2023;

**PIÈCE P-25** : Revue l'Optométriste daté de janvier/février 2009;

**PIÈCE P-26** : Article de la Presse intitulé « Frais accessoires : les optométristes s'inquiètent », daté du 16 janvier 2017;

**PIÈCE P-27** : Article du Devoir intitulé « Confusion autour des frais accessoires », daté du 17 janvier 2017;

**PIÈCE P-28** : Demande pour permission de déposer une preuve appropriée déposée par plusieurs cliniques dans le dossier *Léveillé* (500-06-000695-144);

**PIÈCE P-29** : Article publié sur *indexsanté.ca* intitulé « Confusion au sujet des frais accessoires : L'Association des optométristes du Québec exige des réponses », daté du 16 janvier 2017

- PIÈCE P-30** : Article de *La Presse* intitulé « Québec annonce l'abolition des frais accessoires », daté du 14 septembre 2016;
- PIÈCE P-31** : Article du magazine *L'actualité* intitulé « Frais accessoires : les omnipraticiens s'entendent en partie avec Québec », daté du 26 janvier 2017;
- PIÈCE P-32** : Article du journal *Le Soleil* intitulé « Frais accessoires: les spécialistes dénoncent la "politique-spectacle" de Barrette », daté du 15 septembre 2016;
- PIÈCE P-33** : Article du journal *Le Quotidien* intitulé « Frais accessoires : pas d'abus ici, assure la FMOQ », daté du 7 février 2016
- PIÈCE P-34** : Article de TVA Nouvelles intitulé « Les services aux patients seront affectés disent les médecins », daté du 26 janvier 2017;
- PIÈCE P-35** : Analyse d'impact réglementaire du ministère de la Santé et des Services sociaux intitulé « Règlement abolissant les frais accessoires liés à la dispensation des services assurés et régissant les frais de transport des échantillons biologiques », daté de Décembre 2016
- PIÈCE P-36** : Réponse donnée par la RAMQ à une demande sous la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, RLRQ c A-2.1, daté du 19 mars 2014
- PIÈCE P-37** : Article du *Soleil* intitulé « Médicaments Lucentis : La RAMQ se fie aux médecins », daté du 8 novembre 2010;
- PIÈCE P-38** : Plusieurs études scientifiques, ainsi que l'opinion du Gouvernement du Canada lors des travaux préparatoires à l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé*, L.R.C. (1985), ch. C-6, *en liasse*;
- PIÈCE P-39** : Rapport annuel de gestion 2016-2017 du ministère de la Santé et des Services sociaux;
- PIÈCE P-40** : Exemples de facturations de frais accessoires, en liasse, sous scellés;
- PIÈCE P-41** : Factures et reçus de patients, en liasse, sous scellés;
- PIÈCE P-42** : Tableau « Liste de différents actes pouvant être joints à des frais accessoires. Période 2015-16 »;

- PIÈCE P-43** : Document « État de situation : frais facturables aux patients en lien avec des services assurés »;
- PIÈCE P-44** : Document intitulé « Optométristes » relatif aux prix des gouttes;
- PIÈCE P-45** : Tableau de synthèse des coûts des frais accessoires;
- PIÈCE P-46** : Journal des débats parlementaires, vol. 28-No 26, le 6 décembre 1984;
- PIÈCE P-47** : Rapport de la RAMQ, 1997;
- PIÈCE P-48** : Extraits de différents numéros du magazine de la FMSQ, *Le Spécialiste*, *en liasse*;
- PIÈCE P-49** : Extrait du magazine de la FMOQ, *Le Médecin du Québec*, vol. 46, numéro 11, novembre 2011;
- PIÈCE P-50** : Mémoire de la FMOQ à la Commission des affaires sociales, relatif à la *Loi modifiant la loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, 13 septembre 2006;
- PIÈCE P-51** : Publication de la FMSQ, « Frais accessoires, échographie et ententes de principe » dans INFOnégo, édition du 31 janvier 2017;
- PIÈCE P-52** : Extraits de différents numéros du magazine de la FMSQ, *Le Spécialiste*, *en liasse*;
- PIÈCE P-53** : Extrait du magazine de la FMOQ, *Le Médecin du Québec*, vol. 42, no 1, janv. 2007;
- PIÈCE P-54** : Extraits de différents numéros du magazine de l'AOQ, *L'optométriste*, *en liasse*;
- PIÈCE P-55** : Extrait du magazine de la FMSQ, *Le Spécialiste*, vol. 11, no 3, septembre 2009;
- PIÈCE P-56** : Document « État de situation » du sous-ministre adjoint, 20 décembre 2010;
- PIÈCE P-57** : Guide des tarifs à l'intention de membres de l'AOQ pour les années 2012 et 2017, *en liasse*;
- PIÈCE P-58** : Article dans *Le Devoir*, « Les optométristes envisagent de rompre avec la RAMQ », 18 octobre 2024;

**PIÈCE P-59** : Mémoire relatif au projet de *Loi visant à accroître les pouvoirs de la Régie de l'assurance maladie du Québec et modifiant diverses dispositions législatives*, Ordre des optométristes du Québec, mai 2016;

**PIÈCE P-60** : Communiqués de presse de l'AOQ de décembre 2017 à mars 2018, en liasse.

Ces pièces sont disponibles sur demande.

### **Réponse à cette demande**

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

### **Défaut de répondre**

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

### **Contenu de la réponse**

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

- de convenir du règlement de l'affaire;
- de proposer une médiation pour résoudre le différend;
- de contester cette demande et, dans les cas requis par le Code, d'établir à cette fin, en coopération avec la partie demanderesse, le protocole qui régira le déroulement de l'instance. Ce protocole devra être déposé au greffe de la Cour du district mentionné plus haut dans les 45 jours de la signification du présent avis. Toutefois, ce délai est de 3 mois en matière familiale ou si vous n'avez ni domicile, ni résidence, ni établissement au Québec;
- de proposer la tenue d'une conférence de règlement à l'amiable.

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

### **Lieu du dépôt de la demande en justice**

Cette demande est, sauf exceptions, entendue dans le district judiciaire où est situé votre

domicile ou, à défaut, votre résidence ou le domicile que vous avez élu ou convenu avec la partie demanderesse. Si elle n'a pas été déposée dans le district où elle peut être entendue et que vous voulez qu'elle y soit transférée, vous pouvez présenter une demande au tribunal à cet effet.

Cependant, si cette demande porte sur un contrat de travail, de consommation ou d'assurance ou sur l'exercice d'un droit hypothécaire sur l'immeuble vous servant de résidence principale, elle est entendue dans le district où est situé le domicile ou la résidence du salarié, du consommateur ou de l'assuré, qu'il soit demandeur ou défendeur, dans le district où est situé cet immeuble ou dans le district où le sinistre a eu lieu s'il s'agit d'une assurance de biens. Si cette demande n'a pas été déposée dans le district où elle peut être entendue et que vous voulez qu'elle y soit transférée, vous pouvez, sans qu'une convention contraire puisse vous être opposée, présenter une demande à cet effet au greffier spécial de ce district.

### **Transfert de la demande à la Division des petites créances**

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

### **Convocation à une conférence de gestion**

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

### **Demande accompagnée d'un avis de présentation**

Une demande présentée en cours d'instance, une demande visée par les livres III ou V, à l'exception notamment de celles portant sur les matières familiales mentionnées à l'article 409 et de celles relatives aux sûretés mentionnées à l'article 480, ou encore certaines demandes visées par le livre VI du Code, dont le pourvoi en contrôle judiciaire, sont accompagnées, non pas d'un avis d'assignation, mais d'un avis de présentation. Dans ce cas, la préparation d'un protocole de l'instance n'est pas requise.

**No. : 500-06-000695-144**  
**COUR SUPÉRIEURE**  
(Actions collectives)  
**DISTRICT DE MONTRÉAL**

---

**DANIEL RAUNET** et al.

Demandeurs

c.

**LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC** et al.

Défendeurs

N/D : 1432-1

BT 1415

---

**DEMANDE INTRODUCTIVE D'INSTANCE  
DE L'ACTION COLLECTIVE PRÉCISÉE LE 16  
JANVIER 2025**

(art. 141 et 583 C.p.c.)

---

**ORIGINAL**

---

Avocats : M<sup>e</sup> Bruce W. Johnston  
M<sup>e</sup> Mathieu Charest-Beaudry  
M<sup>e</sup> Lex Gill

**TRUDEL JOHNSTON & LESPÉRANCE**  
750, Côte de la Place d'Armes, bureau 90  
Montréal (Québec) H2Y 2X8  
Tél. : 514 871-8385  
Fax : 514 871-8800  
[bruce@tjl.quebec](mailto:bruce@tjl.quebec)  
[mathieu@tjl.quebec](mailto:mathieu@tjl.quebec)  
[lex@tjl.quebec](mailto:lex@tjl.quebec)