

**CANADA**

**PROVINCE DE QUÉBEC  
DISTRICT DE MONTRÉAL**

No. 500-06-000793-162

**COUR SUPÉRIEURE**  
(Actions collectives)

---

**DANIEL RAUNET**, domicilié au 565, rue Saint-Laurent Ouest, appartement 2, dans la ville de Longueuil, district de Longueuil, province de Québec, J4H 1N8

-et-

**COLOMBE GAGNON**, domiciliée au 2140 rue Marillac, dans la ville de Québec, district de Québec, province de Québec G1T 1L4

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  
Maisonnette 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**  
(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.
7. Permettre aux professionnels de la santé d'exiger des frais supplémentaires pour couvrir des services, des frais ou des fournitures accessoires à des services assurés 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.
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 coutant 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 diagnostics 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.
39. Pendant la période du recours, 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.
- 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 défendeurs, sont au courant du système de facturation illégal.
- 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 d'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.
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 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.
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 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 diagnostics, 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. 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* :

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.

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 diagnostics non désassurés.

70. Or, l'AOQ encourageait cette facturation d'examens diagnostics non désassurés tels que la photographie rétinienne ou la biométrie optique, tel qu'il appert notamment de la déclaration de Maryse Nolin en janvier 2017, **Pièce P-26** :

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.

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 l’ensemble des 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 de la demande pour permission de déposer une preuve appropriée déposée par plusieurs cliniques dans le dossier *Léveillé*, P-28.

81. 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 de la demande pour permission de déposer une preuve appropriée déposée par les cliniques dans le dossier *Léveillé*, P-28.
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>3</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 :

---

<sup>3</sup> *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*, RLRQ c A-29, r 5.

**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 :

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 récurrence 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 8 septembre 2023



**GRENIER VERBAUWHEDE AVOCATS INC.**

AVOCATS DES DEMANDEURS

Me Bruno Grenier

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

Me Cory Verbrauwhe

[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 8 septembre 2023



**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 8 septembre 2023



**TRUDEL JOHNSTON & LESPÉRANCE**

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, 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.

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**

(Action collective)

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

---

**ORIGINAL**

---

Avocats:

Me Bruce W. Johnston

Me Mathieu Charest-Beaudry

Me 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)