

No du dossier de la Cour : 7-695-16

COUR FÉDÉRALE

ENTRE :

LE RÉSEAU FADOQ
-et-
MARC FERLAND
-et-
LIETTE HACALA MEUNIER



Demandeurs

-et-

LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA

Défendeur

AVIS DE DEMANDE
(Demande en mandamus et jugement déclaratoire)

DEMANDE PRÉSENTÉE EN VERTU DE L'ARTICLE 18 DE LA LOI SUR LES
COURS FÉDÉRALES ET DES ARTICLES 18 À 21 DE LA LOI CANADIENNE
SUR LA SANTÉ

AU DÉFENDEUR :

UNE INSTANCE A ÉTÉ INTRODUITE CONTRE VOUS par les demandeurs. La réparation demandée par ceux-ci est exposée à la page suivante.

LA PRÉSENTE DEMANDE sera entendue par la Cour aux date, heure et lieu fixés par l'administrateur judiciaire. À moins que la Cour n'en ordonne autrement, le lieu de l'audience sera celui choisi par les demandeurs. Ceux-ci demande que l'audience soit tenue à Montréal.

SI VOUS DÉSIREZ CONTESTER LA DEMANDE, être avisé de toute procédure engagée dans le cadre de la demande ou recevoir signification de tout document visé dans la demande, vous-même ou un avocat vous représentant devez préparer un avis de comparution selon la formule 305 des Règles des Cours fédérales et le signifier à l'avocat des demandeurs ou, si ces derniers n'ont pas retenu les services d'un avocat, aux demandeurs eux-mêmes, **DANS LES 10 JOURS** suivant la date à laquelle le présent avis de demande vous est signifié.

Des exemplaires des *Règles des Cours fédérales* ainsi que les renseignements concernant les bureaux locaux de la Cour et autres renseignements utiles peuvent être obtenus, sur demande, de l'administrateur de la Cour, à Ottawa (no de téléphone 613-992-4238), ou à tout bureau local.

SI VOUS NE CONTESTEZ PAS LA DEMANDE, UN JUGEMENT PEUT ÊTRE RENDU EN VOTRE ABSENCE SANS QUE VOUS RECEVIEZ D'AUTRE AVIS.

Date : _____

Délivré par : _____

Adresse du bureau local :
L'Administrateur
Cour fédérale
30, rue McGill
Montréal (Québec) H2Y 3Z7

DESTINATAIRES :

Procureur général du Canada
Ministère de la Justice du Canada
Complexe Guy-Favreau
Tour Est, 9^e étage
200, boul. René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H2Z 1X4

Ministre de la Santé
Chambre des communes
Ottawa (Ontario) K1A 0A6
Canada

**DEMANDE DE CONTRÔLE JUDICIAIRE
(MANDAMUS ET JUGEMENT DÉCLARATOIRE)**

La présente est une demande de contrôle judiciaire concernant :

**La Ministre de la Santé
Procureur général du Canada**

Depuis plusieurs années, la Ministre de la Santé du Canada refuse ou néglige d'agir en vertu des articles 18 à 21 de la *Loi canadienne sur la santé* alors que ces articles l'y obligent. En effet, elle omet de déduire des contributions pécuniaires versées aux provinces par le gouvernement du Canada en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* les montants facturés à titre de surfacturation et de frais modérateurs par les médecins aux patients canadiens, en contravention de la *Loi canadienne sur la santé*.

L'objet de la demande est le suivant :

ACCUEILLIR la présente demande de contrôle judiciaire;

RECONNAÎTRE aux demandeurs la qualité pour agir dans l'intérêt public aux présentes;

DÉCLARER que la Ministre de la Santé du Canada sait ou devrait savoir que la surfacturation de frais accessoires ou de frais modérateurs est pratiquée au Québec et ailleurs au Canada depuis de nombreuses années;

DÉCLARER que les articles 18 à 21 de la *Loi canadienne sur la santé* ne donnent à la Ministre de la santé du Canada aucune discrétion quant aux mesures à prendre en cas de surfacturation ou d'imposition de frais modérateurs, dès lors que l'existence de tels frais est portée à sa connaissance;

ORDONNER que la Ministre de la Santé du Canada, par voie de mandamus, applique selon les conditions prévue par la loi, les articles 18 à 21 de la *Loi canadienne sur la santé* dans l'ensemble du Canada, en déduisant ou en retenant, à l'égard de toutes les provinces où la pratique de la surfacturation et des frais modérateurs existe, les sommes dues au titre de la contribution fédérale en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, tant que lesdites provinces permettront ou toléreront la pratique de surfacturation ou des frais modérateurs;

LE TOUT avec dépens.

Les motifs de la demande sont les suivants :

Aperçu

1. La présente est une demande de contrôle judiciaire concernant le défaut de la Ministre de la Santé du Canada, l'honorable Jane Philpott, (ci-après : « **la Ministre** ») d'appliquer les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* (L.R.C. (1985) c. C-6) (ci-après « **LCS** »), prohibant les frais facturés par les médecins aux patients canadiens, lesquels incluent les frais modérateurs et la surfacturation de frais accessoires, en sus de la rémunération versée aux médecins par le régime public provincial d'assurance maladie;
2. La situation existe depuis de nombreuses années au Québec pendant lesquelles la Ministre et ses prédécesseurs ne sont jamais intervenus. La Ministre et ses prédécesseurs sont déjà intervenus, à plusieurs reprises, dans les autres provinces, mais certaines pratiques de frais accessoires ont recommencé dans plusieurs de celles-ci, sans que la Ministre n'intervienne;
3. L'objet de la demande est une ordonnance de *mandamus* enjoignant à la Ministre d'appliquer les articles 18 à 21 de la LCS, lesquels ne lui accordent aucune discrétion, aux fins de retenir de la contribution fédérale payable à chaque province en vertu de la LCS, l'équivalent de la somme payée illégalement par les patients au titre de la surfacturation illégale par les médecins de frais accessoires et de frais modérateurs;
4. Particulièrement, dans le cas du Québec, le remède recherché est notamment une ordonnance de *mandamus* enjoignant à la Ministre de retenir, à même les paiements de transfert dus à la province, pour l'année

- financière 2014-2015, tout montant que peut déterminer la Ministre dans le cadre de l'application de la LCS;
5. Les motifs de la demande sont exposés en détail ci-dessus. Ils sont résumés brièvement dans les paragraphes qui suivent;
 6. La demande de contrôle judiciaire est déposée par le Réseau FADOQ (ci-après : « **la FADOQ** »), organisme sans but lucratif qui défend les droits et intérêts des personnes âgées au Québec, dont plusieurs milliers de membres doivent payer des frais accessoires illégaux (paragraphes 40 à 46);
 7. Également, la demande de contrôle est déposée par madame Liette Hacala Meunier (ci-après : « **madame Hacala Meunier** ») et monsieur Marc Ferland (« ci-après : **monsieur Ferland** »), membres de la FADOQ, lesquels ont payé et doivent encore payer des frais accessoires à l'occasion de la réception de services de santé couverts par le régime provincial de l'assurance maladie (paragraphes 47 à 58);
 8. La demande est dirigée contre le Procureur général du Canada, agissant aux présentes pour la Ministre et contre la Ministre désignée (paragraphes 59 à 62);
 9. L'examen de l'historique de la LCS, adoptée dans sa version actuelle en 1984, révèle que depuis 1957, les autorités publiques fédérales et provinciales voulaient offrir aux citoyens canadiens un système de santé public et accessible, et éviter que les frais encourus par les usagers n'entravent l'accès aux soins médicaux (paragraphes 63 à 72);
 10. En raison de changements dans les conditions de paiement de transferts fédéraux à partir des années 1977 et suivantes, la plupart des provinces

- ont permis la surfacturation des frais accessoires aux patients (aux paragraphes 70 à 72);
11. Pour examiner entre autres les conséquences de cette situation, le gouvernement du Canada demanda au juge Emmet Hall, auteur du rapport « Commission royale d'enquête sur les services de santé » de 1964 et 1965, qui avait été à l'origine du système de santé canadien, d'étudier la situation et de faire rapport;
 12. Dans son rapport déposé en 1980, le juge Hall recommande d'interdire toute facturation de frais accessoires (appelé aussi « frais d'établissement ») aux patients (paragraphes 73 à 78);
 13. Dans les débats parlementaires qui ont entouré l'adoption de la LCS, en 1984, l'intention du législateur est extrêmement claire : la loi vise à empêcher toute forme de surfacturation et de frais modérateurs (paragraphes 79 à 99);
 14. Pour atteindre cet objectif, la loi telle qu'adoptée a enlevé toute discrétion au ministre de la Santé du Canada l'obligeant, dès que la province permet la surfacturation ou les frais modérateurs, à retenir le montant estimé de surfacturation ou de frais modérateurs selon une procédure prévue par règlement (paragraphes 100 à 123);
 15. De fait, dans les années qui ont suivi l'adoption de la LCS, des sommes importantes ont fait l'objet de retenue contre certaines provinces jusqu'à ce que la pratique de la surfacturation ou des frais modérateurs cesse (paragraphes 124 à 143);
 16. Au Québec, la *Loi sur l'assurance maladie* (RLRQ, c. A-29) (ci-après : « **LAM** ») a été adaptée en conformité avec la LCS, interdisant

- toute surfacturation sous forme de frais accessoires (paragraphe 144 à 149);
17. La seule exception prévue aux articles 22 et 23 en vertu de la LAM est celle permettant aux médecins de facturer le coût réel de certains médicaments administrés aux patients en cabinet privé, incluant le coût du stérilet (paragraphe 147 à 155);
 18. Cependant, un certain nombre de médecins ont commencé à facturer à leurs patients des frais allant bien au-delà du coût réel des médicaments, ce qui contrevient à la prohibition de facturer des frais accessoires prévus dans la LAM (paragraphe 147 à 155);
 19. Bien que le gouvernement du Canada se soit un peu préoccupé de la situation, il n'est jamais intervenu au Québec;
 20. Plusieurs recours collectifs ont été déposés contre le gouvernement du Québec en raison de frais accessoires illégaux perçus par les médecins (paragraphe 158 à 180);
 21. À ce jour, le gouvernement du Québec a dû payer plus de 16 millions de dollars pour rembourser les patients québécois victimes de ces abus (paragraphe 159 et 167);
 22. Pourtant, la surfacturation de frais accessoires s'est amplifiée et, malgré les recours collectifs, elle se poursuit encore à ce jour;
 23. Depuis plusieurs années, de nombreux rapports, avis et demandes d'intervention ont été soumis au gouvernement du Québec, pour faire cesser la surfacturation de frais accessoires, sans succès à ce jour (paragraphe 181 à 211);

24. En 2013, l'Assemblée nationale du Québec adopte une résolution unanime exigeant la cessation immédiate de la surfacturation de frais accessoires (paragraphe 212);
25. En janvier 2015, le Collège des médecins du Québec (ci-après : « **CMQ** ») adopte, lui-même, des règles très strictes dans le *Code de déontologie des médecins* (RLRQ, c. M-9, r. 17) (ci-après « **CDM** »), pour interdire les frais accessoires autres que le coût réel des médicaments (paragraphe 213 à 227);
26. La pratique de la surfacturation est bien connue dans l'espace médiatique québécois, ainsi que l'absence d'intervention du gouvernement du Canada dans le contrôle de cette pratique (paragraphe 228 à 233);
27. Or, en juin 2015, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec (ci-après : « **le ministre québécois** »), le docteur Gaétan Barrette, annonce publiquement qu'il n'interdirait pas la surfacturation des frais accessoires, mais plutôt qu'il l'encadrerait, avec une certaine marge de profit pour les médecins, ce qui contrevient clairement à la LCS (paragraphe 251 et 252);
28. En octobre 2015, le ministre québécois fait adopter des amendements à la LAM qui donnait le pouvoir au ministre québécois par règlement de fixer des montants de frais accessoires payables par les patients québécois (paragraphe 234 à 255);
29. Cette manière de faire et l'adoption subséquente de la loi provoque un réel tollé et une opposition généralisée partout au Québec (paragraphe 256);

30. L'intention du gouvernement du Québec d'encadrer, par règlement, la pratique des frais accessoires contrevient directement et clairement à la LCS;
31. Hors Québec, la pratique de surfacturation de frais accessoires prend de l'ampleur partout (paragraphe 258 à 266);
32. Pourtant, la Ministre connaît la situation, l'ayant elle-même dénoncée dès 2012, particulièrement en raison des conséquences très graves que cette situation entraîne sur les Canadiens plus défavorisés (paragraphe 267 à 293);
33. Plusieurs sources ont porté à l'attention de la Ministre la situation ailleurs au Canada (paragraphe 258, 259, 263, 264);
34. La présente demande rencontre tous les critères pour une ordonnance de *mandamus* (paragraphe 294 à 349);
35. La Ministre est obligée d'agir en vertu de la LCS, dès lors qu'est portée à sa connaissance l'existence de la pratique de surfacturation de frais accessoires ou de frais modérateurs (paragraphe 294 à 296);
36. La FADOQ a la qualité pour agir en vertu de l'intérêt public, en plus du fait que plusieurs milliers de ses membres doivent payer des frais accessoires qui contreviennent clairement à la LCS (paragraphe 298 à 305 et 308);
37. Les deux demandeurs, monsieur Ferland et madame Hacala Meunier, ont la qualité d'agir dans l'intérêt public, en plus d'avoir un intérêt spécial, en ce qu'ils doivent payer des frais accessoires illégaux pour obtenir certains services de santé assurés (paragraphe 306 à 308);
38. Malgré qu'elle soit bien au fait de la situation, la Ministre refuse ou néglige d'agir (paragraphe 309 à 316);

39. La balance des inconvénients penche fortement en faveur des demandeurs : le paiement des frais accessoires engendrera l'effondrement d'un des piliers du système de santé du Canada, ainsi que de multiples autres conséquences (paragraphe 326 à 349);

Motifs en version intégrale :

1. Les parties

1.1. Description des demandeurs

40. La FADOQ, anciennement la Fédération de l'Âge d'Or du Québec, a été fondée le 3 mars 1962, dans le but de créer un regroupement de personnes luttant contre l'isolement des aînés. La FADOQ est constituée en vertu de la *Loi sur les compagnies* (RLRQ c. C-38) depuis le 16 juin 1970;

41. Ses lettres patentes, produites sous la **pièce R-1**, indiquent que la FADOQ a notamment pour objet de :

Éveiller notre société contemporaine aux problèmes et aux besoins des personnes âgées et devenir un élément de représentation de cette entité réelle que sont les personnes âgées, auprès des différents corps publics et privés, afin de les amener à tenir compte dans leurs actions, des droits et des besoins des personnes âgées du Québec;

42. Ainsi, son objectif est de soutenir et d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées de 50 ans et plus, en promouvant leurs droits et leur apport dans la société;
43. Pour ce faire, la FADOQ s'implique beaucoup au sein de la communauté et représente ses membres sur de nombreux enjeux sociaux;

44. Depuis sa fondation, la FADOQ a pris beaucoup d'ampleur et est maintenant composée d'organismes affiliés. À ce jour, elle compte plus de 405 000 membres à travers le Québec et à ce titre, constitue la plus grande association volontaire de personnes âgées au Canada;
45. Des milliers de membres de la FADOQ doivent payer des frais accessoires illégaux pour l'obtention de certains soins médicaux, tels que des gouttes pour la dégénérescence maculaire, des colonoscopies, des vasectomies, etc.;
46. La FADOQ est autorisée à agir aux présentes en vertu d'une résolution de son conseil d'administration adoptée le 17 février 2016, tel qu'il appert de l'extrait du procès-verbal de ladite réunion produite sous la **pièce R-2**;
47. Le demandeur, monsieur Ferland, né le 5 mars 1937 et âgé de 79 ans au moment de la rédaction des présentes subit, en septembre 2013, deux interventions chirurgicales aux yeux pour des problèmes de cataractes;
48. Suite à ces interventions chirurgicales, monsieur Ferland souffre de complications pour lesquelles des consultations en ophtalmologie sont nécessaires;
49. En février 2014, monsieur Ferland subit une vitrectomie en raison de ces complications;
50. Depuis cette intervention, monsieur Ferland doit se présenter, une ou deux fois par mois, à des visites de suivi au cours desquelles son ophtalmologiste lui impose le paiement de 40 \$ pour des gouttes ophtalmiques nécessaires pour pratiquer l'examen de ses yeux, le tout tel qu'il appert des factures, dont une copie est déposée *en liasse* sous la **pièce R-3**;

51. En 4 avril et 11 août 2014, monsieur Ferland dépose deux plaintes auprès du CMQ pour dénoncer ces frais accessoires illégaux, le tout tel qu'il appert des plaintes, dont une copie est déposée *en liasse* sous la **pièce R-3**;
52. Suite au dépôt de ces plaintes à l'encontre de son ophtalmologiste traitant, monsieur Ferland n'a d'autre choix que de changer de médecin traitant;
53. Suite à l'enquête, le 7 décembre 2015, le Bureau du Syndic du CMQ conclut, à l'égard de monsieur Ferland, que les « frais qui vous ont été réclamés pour les gouttes ophtalmiques étaient disproportionnés », le tout tel qu'il appert de la **pièce R-3**, dont une copie est déposée *en liasse*;
54. À ce jour, malgré le changement de médecin traitant, monsieur Ferland devra déboursier des frais pour ces gouttes ophtalmiques, lesquelles ne coûtent que quelques dollars en réalité;
55. La demanderesse, madame Hacala Meunier, née le 10 novembre 1951 et âgée de 64 ans au moment de la rédaction des présentes souffre de rétinopathie requérant des consultations fréquentes auprès d'un ophtalmologiste;
56. Dans le cadre de ces consultations, madame Hacala Meunier doit recevoir une ou des gouttes ophtalmiques pour fin d'examen, pour lesquelles on lui facture 30 \$ et ce, peu importe le nombre de gouttes appliquées, alors que le coût réel ne représente que quelques dollars, le tout tel qu'il appert de la **pièce R-4**, dont une copie est déposée *en liasse*;
57. À ce jour, madame Hacala Meunier doit toujours payer ces frais accessoires illégaux, le tout tel qu'il appert de la **pièce R-4**, dont une copie est déposée *en liasse*;

58. Madame Hacala Meunier et monsieur Ferland sont membres de la FADOQ, codemanderesse aux présentes ;

1.2. Description du défendeur, le Procureur général du Canada

59. Le défendeur, le Procureur général du Canada, agit aux présentes, à titre de représentant de la Ministre de la Santé du Canada;
60. Cette dernière est responsable de l'application de la *Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada ainsi que les principes et conditions applicables aux services assurés et aux services complémentaires de santé*, mieux connue sous son nom abrégé de *Loi canadienne sur la santé* (ci-après « LCS »);
61. La Ministre est responsable de vérifier que les provinces se conforment à la LCS et en cas de contravention, d'estimer le montant des retenues de la contribution pécuniaire aux provinces pour les services de santé assurés et les services complémentaires fournis;
62. En vertu de l'article 23 de la LCS, les gouvernements des provinces doivent, annuellement, établir un rapport sur l'application de la LCS, lequel inclut, notamment, tous les renseignements pertinents sur la mesure dans laquelle les régimes provinciaux d'assurance-santé et les provinces ont satisfait aux conditions d'octroi et de versement prévues à la LCS;

2. La Loi canadienne sur la santé

2.1. Historique de la LCS

2.1.1. Les précurseurs

63. L'assurance-santé publique remonte à 1957 et implique une participation financière du gouvernement fédéral, ainsi que le respect de conditions

spécifiques par les provinces pour obtenir cette participation financière du gouvernement du Canada;

64. En 1957 et en 1966, la *Loi sur l'assurance hospitalisation et les services diagnostiques* (L.C. (1957) c. C-28) et la *Loi sur les soins médicaux* (L.C. (1966) c. C-64) sont adoptées. Celles-ci prévoient que le gouvernement fédéral offre aux provinces de rembourser environ la moitié de l'ensemble des services de santé assurés;
65. En contrepartie, les provinces doivent s'engager à garantir les services de santé assurés et à respecter certaines conditions dans le cadre de leur régime d'assurance-santé public;
66. Plus particulièrement, en 1966, la *Loi sur les soins médicaux* prévoit que, pour recevoir les contributions telles que décrites au paragraphe précédent, les provinces doivent respecter quatre principes, soit :

Premièrement, la gamme des avantages doit englober, généralement parlant, tous les services prodigués par les médecins, qu'ils soient généralistes ou spécialistes.

Deuxièmement, le régime doit être universel autrement dit, il doit couvrir tous les habitants d'une province, sous des conditions identiques pour tous.

Troisièmement, seul un régime institué pour toute la population peut bénéficier à juste titre d'une contribution fédérale.

Quatrièmement, chaque régime provincial doit accorder le transfert total des avantages aux personnes qui s'absentent de la province ou qui déménagent dans une autre province.

tel qu'il appert du rapport du juge Emmett Hall de 1980, dont copie est déposée sous la **pièce R-5**;

67. Toutefois, le principe d'accessibilité n'était pas défini dans les lois citées au paragraphe 64;
68. La *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*, de même que la *Loi sur les soins médicaux*, prévoient toutefois que les frais encourus par les usagers pour les services ne doivent pas entraver ou empêcher, directement ou indirectement, l'accessibilité aux services, mettant au cœur des préoccupations le souci d'accessibilité aux soins de santé;
69. Tel qu'il appert du Bulletin d'actualité révisé le 16 mai 2005, par le Service d'information et de recherche parlementaire :

Ces deux lois n'empêchaient pas les provinces d'exiger une participation financière des patients; cependant, comme les contributions fédérales étaient proportionnelles aux dépenses publiques provinciales, les gouvernements des provinces n'avaient pas avantage à imposer des frais directs aux patients. En effet, les recettes tirées de tels frais auraient eu pour conséquence de réduire la contribution fédérale. Ce mécanisme implicite de réduction a donc fortement dissuadé les provinces d'adopter toute forme de frais directs aux patients comme la surfacturation et des frais modérateurs,

- le tout tel qu'il appert de la **pièce R-6**, à la page 5;
70. En 1977, ce mécanisme a été remplacé par un mode de financement global fondé sur des transferts pécuniaires et des transferts en points d'impôt, dans le cadre du Financement des programmes établis (FPE), tel qu'il appert de la **pièce R-6**;
71. Bien que les deux lois fédérales et leurs conditions soient maintenues, le dispositif implicite de déduction des contributions fédérales est supprimé : le financement fédéral n'est plus fait en fonction des dépenses des gouvernements des provinces, ce qui laisse place à de la surfacturation et

à des frais modérateurs facturés par les médecins et les dentistes des provinces;

72. Il en a résulté une multiplication des frais imposés directement aux patients et c'est ainsi, par exemple, que Terre-Neuve, le Nouveau-Brunswick, le Québec, l'Ontario, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique ont exigé des frais modérateurs et que la surfacturation a été autorisée dans la grande majorité des provinces, tel qu'il appert de la **pièce R-6**, à la page 5;

2.1.2. Le rapport Hall (1980)

73. En 1979, l'honorable Emmett M. Hall est nommé Commissaire Spécial par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de l'époque, David Crombie, et est mandaté pour examiner l'état des services de santé au Canada;
74. Plus particulièrement, le mandat de l'honorable Hall consistait notamment à évaluer le degré de réalisation atteint dans des domaines relatifs à la santé, tels que transférabilité, accessibilité adéquate, protection universelle et totale, administration publique, indemnisation convenable et uniformité des conditions, à juger de la nécessité d'autres principes essentiels au système d'assurance-santé et à étudier la nature et l'ampleur des révisions à apporter à la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*, ainsi qu'à la *Loi des soins médicaux*, le tout tel qu'il appert du rapport de l'honorable Hall déposé au soutien des présentes, **pièce R-5**, à la page 2;
75. Dans le rapport déposé en 1980 à la suite de son examen, l'honorable Hall fait état de ses constatations, notamment :

Les personnes peu fortunées, à qui l'on demande de payer un supplément, diront plutôt qu'elles requièrent moins souvent les

services du docteur, et/ou qu'elles ne se pressent pas pour se faire soigner à cause du tarif des frais médicaux; et la proportion des personnes qui agissent ainsi est bien plus élevée chez les pauvres que chez les fortunés.

le tout tel qu'il appert de la **pièce R-5**, à la page 25;

76. Comme il est également mentionné dans le rapport, produit comme **pièce R-5**, à la page 26, les frais accessoires sont inacceptables puisqu'ils imposent un lourd fardeau aux citoyens et contreviennent au principe de l'accessibilité des soins de santé;
77. Ces constats mènent l'honorable Hall à conclure que les frais additionnels, soit les frais facturés aux patients en sus de la rémunération reçue par le médecin en vertu du régime provincial, doivent être interdits, car ils pourraient mener à la destruction de notre système de santé universel :

Si l'on considère comme un droit la pratique des tarifs additionnels et si les médecins exercent cette pratique selon leur bon vouloir, l'on verra, avec les années, la destruction du programme et cette destruction entraînera la création d'un système à deux échelons incompatibles avec le niveau de société atteint par les Canadiens,

le tout tel qu'il appert de la **pièce R-5**, à la page 28;

78. Aux yeux du gouvernement fédéral, cette situation pourrait constituer une menace au principe de l'accès universel et gratuit aux services de santé à travers le pays; il a donc tenu à réaffirmer son engagement au principe de l'assurance-santé universelle et il a fortement misé sur le critère de l'équité économique pour justifier son intervention, le tout tel qu'il appert de la **pièce R-6**;

2.2. Intention du législateur

79. Suite au rapport Hall, le gouvernement du Canada dépose le Projet de loi C-3, en 1983, lequel devint la LCS une fois adopté;
80. Dans le contexte des présentes procédures, il est particulièrement pertinent de comprendre quelle était l'intention du législateur en présentant cette loi qui est encore en vigueur aujourd'hui;
81. En 1983, dans un document officiel intitulé « Pour une assurance-santé universelle : la politique du gouvernement du Canada », la ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de l'époque, madame Monique Bégin, présente les constats de la situation et les grands objectifs de la LCS, tel qu'il appert de de la copie du document officiel produit aux présentes comme **pièce R-7**;
82. Plus précisément, ce document gouvernemental fait état du constat suivant :

Il est évident que les brèches dans les régimes de protection vont continuer à s'élargir si nous ne faisons pas un nouvel effort concerté pour sauvegarder le principe de l'assurance-santé universelle.

[...]

Le Gouvernement du Canada croit qu'un pays civilisé et riche comme le nôtre ne doit pas laisser les malades porter le fardeau financier des soins de santé. En bénéficiant d'une assurance payée

à l'avance, nous pouvons tous profiter de la sécurité et de la sérénité. La maladie qui nous atteint tous un jour ou l'autre est déjà suffisamment pénible à supporter : le coût des soins doit être pris en charge par la société tout entière.

Voilà pourquoi le Gouvernement du Canada désire réaffirmer, dans la nouvelle Loi sur la santé au Canada, son engagement au principe essentiel de l'assurance-santé universelle.

le tout tel qu'il appert de la **pièce R-7**, à la page 7;

83. Par ailleurs, ce document officiel critique les anciennes lois sur la santé en mentionnant que :

*À l'époque où elles ont été mises en vigueur, les intéressés saisissaient bien ce que les conditions signifiaient et comprenaient qu'il s'agissait d'une évolution vers un régime d'assurance universelle des soins de santé. Or les conditions n'ont pas été assez précisées pour prévoir toute les éventualités. L'accès raisonnable, par exemple, n'est défini que d'une manière générale et le libellé n'est pas assez précis pour **qu'un seul montant de frais supplémentaires** ou de frais modérateurs constitue clairement une infraction à la Loi sur les soins médicaux. (nous accentuons les caractères)*

le tout tel qu'il appert de la **pièce R-7**, aux pages 34 et 35;

84. Ce document conclut que :

La nouvelle Loi sur la santé au Canada, qui sera présentée au Parlement à l'automne 1983, sera la prochaine étape d'un long cheminement pour garantir à tous les résidents du Canada l'accès aux services d'assurance-santé payés par anticipation.

le tout tel qu'il appert de la **pièce R-7**, à la page 37;

85. Ce document ouvre la voie à la LCS dans laquelle les principes nationaux sont réaffirmés, alors que des restrictions supplémentaires sont expressément ajoutées de manière à dissuader l'imposition de toute forme de frais directs aux patients et à offrir aux citoyens de toutes les provinces un accès aux soins de santé sans aucun obstacle financier;
86. La LCS a donc pour but de rendre plus coercitive l'interdiction de la surfacturation et des frais modérateurs, par l'ajout de dispositions non-discretionnaires dans la loi, tel qu'il en a été débattu à la Chambre des communes;
87. En effet, le 16 janvier 1984, dans le cadre des débats parlementaires entourant l'adoption de la LCS, la ministre Monique Bégin, alors ministre de la Santé et du Bien-être social du Canada, mentionne les objectifs de la nouvelle loi :

*La nouvelle loi ne prévoit pas grands changements. Essentiellement, elle renforce les cinq modalités actuelles de notre régime d'assurance-santé qui s'appliquent depuis 25 ans aux services dans les hôpitaux et depuis 15 ans aux visites chez le médecin. Elle précise que deux problèmes qui deviennent de plus en plus pressants, **soit la surfacturation par les médecins et les spécialistes** et l'application du ticket modérateur par les provinces, **contreviennent à la loi**. À cet égard, le gouvernement fédéral déduira un dollar pour chaque dollar facturé aux usagers. Voilà en quelques mots ce que prévoit la loi. (nous accentuons les caractères)*

tel qu'il appert des extraits du compte-rendu officiel, Débats de la chambre des communes, dont une copie est déposée sous la **pièce R-8**, à la page 426;

88. Le même jour, la Ministre mentionne : « Cela étant, pourquoi faut-il adopter une loi canadienne sur la santé? Pour une raison fort simple. **Nous ne voulons pas de surfacturation** », tel qu'il appert des extraits des débats parlementaires du 17 janvier 1984, dont une copie est

déposée sous la **pièce R-8**, à la page 448 (nous accentuons les caractères);

89. Elle ajoute que : « [...] **nous comptons bien que ce sera la fin de la surfacturation, des frais additionnels et autres déboursés imposés aux usagers** », tel qu'il appert de la **pièce R-8**, à la page 448 (nous accentuons les caractères);

90. Le 17 janvier 1984, toujours dans le cadre des débats parlementaires entourant l'adoption de la **LCS**, Gerald Regan, ministre du Commerce extérieur, s'exprime quant à la problématique de la surfacturation et des frais modérateurs :

[...] Chaque année, c'est indéniable, le coût de la surfacturation augmente, la tendance à recourir au ticket modérateur s'accroît et les autorités compétentes sont de plus en plus nombreuses à prôner de façon ouverte et publiquement le recours à ce dernier [...].

tel qu'il appert de la **pièce R-8**, à la page 487;

91. Le 20 janvier 1984, toujours dans les mêmes débats, David Weatherhead, député libéral de Scarborough-Ouest, explique les pénalités qui doivent être applicables suite à l'adoption de la LCS en cas de non-respect de celle-ci, tel qu'il appert de la **pièce R-8**;

92. Relativement à l'application des articles 7 à 12 de la LCS actuelle, il explique que :

[...] Si une province ne respecte pas l'une des deux conditions des versements, la loi prévoit que la contribution pécuniaire de l'apport fédéral peut être réduite. C'est une mesure discrétionnaire qui doit être précédée de consultations avec les provinces [...].

tel qu'il appert de la **pièce R-8**, à la page 611;

93. Relativement à l'application des articles concernant la surfacturation et les frais modérateurs, soit les articles 18 à 21 de la LCS actuelle, il mentionne que :

*[...] Si une province ne respecte pas les conditions de versement relatives à la surfacturation et aux frais modérateurs, la loi prévoit une **réduction non discrétionnaire** de la contribution pécuniaire de l'apport fédéral correspondant au montant facturé en frais modérateurs ou surfacturation [...]. (Nous accentuons les caractères)*

tel qu'il appert de la **pièce R-8**, à la page 611;

94. Ce même jour, David Weatherhead s'exprime également sur l'accessibilité et l'universalité des soins :

*[...] Des études montrent, comme nous le savons tous, que le ticket modérateur et la **surfacturation constituent un obstacle pour les pauvres, les personnes âgées et les familles nombreuses**. Il va directement à l'encontre du principe fondamental selon lequel le coût des soins médicaux doit être assumé par la société, afin que les malades ne soient pas pénalisés sur le plan financier [...]. (nous accentuons les caractères)*

tel qu'il appert de la **pièce R-8**, à la page 610;

95. Le 9 avril 1984, toujours dans les débats entourant l'adoption de la LCS, Warren Allmand, député du Parti libéral du Canada, rappelle que :

*Je rappelle à la Chambre, comme bien d'autres députés avant moi, que ce projet de loi a pour but d'empêcher la surfacturation et l'imposition de frais modérateurs. La surfacturation consiste à exiger des honoraires en plus de ceux qui sont prévus dans le régime de soins médicaux. **On peut pratiquer la surfacturation de bien des façons**. Quant aux frais modérateurs, c'est ce qu'exigent les hôpitaux et les autres établissements médicaux en plus des coûts assumés par le régime de soins médicaux.*

Il semblerait que la surfacturation et les frais modérateurs ont totalisé ensemble entre 120 et 130 millions de dollars l'année

dernière, ce qui représente une augmentation de 20 p. 100 depuis les deux dernières années. On dira, bien sûr, que ce n'est pas beaucoup par rapport à tout ce que coûte le régime de soins médicaux, mais c'est énorme pour les simples citoyens car cela les empêche d'avoir librement accès aux services de santé. (nous accentuons les caractères)

le tout, tel qu'il appert de la **pièce R-9**, à la page 2838;

96. Ce même jour, la LCS est adoptée à l'unanimité par la Chambre des communes, tel qu'il appert de la **pièce R-9**, aux pages 2868 et 2869;
97. Le 17 avril 1984, la LCS est adoptée, sans modification, par le Sénat, tel qu'il appert de la **pièce R-9**, à la page 3163;
98. Par la suite, le 1^{er} avril 1996, la LCS a été liée au Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), qui a réuni les transferts du Financement des programmes établis (FPE) et ceux du Régime d'assistance publique du Canada (RAPC). Les provinces devaient respecter toutes les exigences établies dans la LCS pour être admissibles à la totalité des transferts pécuniaires du TCSPS;
99. Depuis le 1^{er} avril 2004, la LCS est liée au Transfert canadien en matière de santé (TCS), mais les provinces demeurent assujetties au respect des exigences de la LCS;

2.3. La LCS telle qu'adoptée en 1984

100. La LCS est une législation fédérale canadienne, adoptée en 1984, qui prévoit les conditions et les critères auxquels les provinces et les territoires doivent se conformer pour recevoir la totalité du transfert du fédéral pour les services de santé assurés et les services complémentaires fournis (ci-après : « **contribution** »);

101. De manière générale, la législation oblige les provinces à établir et maintenir des plans d'assurance de santé publics pour leurs résidents. Elle prohibe l'utilisation de la surfacturation et de frais modérateurs dans la prestation de services médicaux, le but et l'effet recherchés étant de maintenir des standards nationaux pour la prestation de soins de santé publics;

102. L'article 3 énonce l'objectif de la LCS :

*La politique canadienne de la santé a pour premier objectif de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, **sans obstacles d'ordre financier** ou autres (nous accentuons les caractères);*

103. Les cinq principes de la LCS forment la pierre angulaire du système de santé canadien. Ces cinq principes énoncés à l'article 7 et définis aux articles 8 à 12, sont les suivants :

8. (1) La condition de *gestion publique* suppose que :

a) le régime provincial d'assurance-santé soit géré sans but lucratif par une autorité publique nommée ou désignée par le gouvernement de la province;

b) l'autorité publique soit responsable devant le gouvernement provincial de cette gestion;

c) l'autorité publique soit assujettie à la vérification de ses comptes et de ses opérations financières par l'autorité chargée par la loi de la vérification des comptes de la province.

[...]

9. La condition d'*intégralité* suppose qu'au titre du régime provincial d'assurance-santé, tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes soient

assurés, et lorsque la loi de la province le permet, les services semblables ou additionnels fournis par les autres professionnels de la santé.

10. *La condition d'**universalité** suppose qu'au titre du régime provincial d'assurance-santé, cent pour cent des assurés de la province ait droit aux services de santé assurés prévus par celui-ci, selon des modalités uniformes.*

11. *(1) La condition de **transférabilité** suppose que le régime provincial d'assurance-santé :*

a) n'impose pas de délai minimal de résidence ou de carence supérieur à trois mois aux habitants de la province pour qu'ils soient admissibles ou aient droit aux services de santé assurés;

b) prévoie et que ses modalités d'application assurent le paiement des montants pour le coût des services de santé assurés fournis à des assurés temporairement absents de la province :

[...]

c) prévoie et que ses modalités d'application assurent la prise en charge, pendant le délai minimal de résidence ou de carence imposé par le régime d'assurance-santé d'une autre province, du coût des services de santé assurés fournis aux personnes qui ne sont plus assurées du fait qu'elles habitent cette province, dans les mêmes conditions que si elles habitaient encore leur province d'origine.

[...]

12. (1) *La condition d'**accessibilité** suppose que le régime provincial d'assurance-santé :*

*a) offre les services de santé assurés selon des modalités uniformes et **ne fasse pas obstacle, directement ou indirectement, et notamment par facturation aux assurés, à un accès satisfaisant par eux à ces services;***

b) prévoit la prise en charge des services de santé assurés selon un tarif ou autre mode de paiement autorisé par la loi de la province;

c) prévoit une rémunération raisonnable de tous les services de santé assurés fournis par les médecins ou les dentistes;

[...]

(2) Pour toute province où la surfacturation n'est pas permise, il est réputé être satisfait à l'alinéa (1)c) si la province a choisi de conclure un accord et a effectivement conclu un accord avec ses médecins et dentistes prévoyant :

a) la tenue de négociations sur la rémunération des services de santé assurés entre la province et les organisations provinciales représentant les médecins ou dentistes qui exercent dans la province;

b) le règlement des différends concernant la rémunération par, au choix des organisations provinciales compétentes visées à l'alinéa a), soit la conciliation soit l'arbitrage obligatoire par un groupe représentant également les organisations provinciales et la province et ayant un président indépendant;

c) l'impossibilité de modifier la décision du groupe visé à l'alinéa b), sauf par une loi de la province; (nous accentuons les caractères)

104. Le principe de l'accessibilité revêt une importance majeure. À cet effet, la LCS reconnaît expressément à son préambule que l'accès continu à des soins de santé de qualité, sans obstacle financier ou autre, demeure déterminant pour la conservation et l'amélioration de la santé et du bien-être des Canadiens;
105. Plus précisément, l'article 12 de la LCS énonce notamment que la condition d'accessibilité suppose que le régime provincial d'assurance-santé offre les services de santé assurés selon des modalités uniformes

- et ne fasse pas obstacle, directement ou indirectement, et notamment par facturation aux assurés, à un accès satisfaisant par eux à ces services;
106. En ce qui concerne le financement des systèmes de santé provinciaux, l'article 5 de la LCS prévoit que le Canada verse à chaque province, pour chaque exercice, une pleine contribution pécuniaire à titre de transfert, sous réserve du respect des conditions prévues dans la LCS;
107. Les conditions d'octroi auxquelles les provinces et les territoires doivent satisfaire pour obtenir des paiements de la contribution fédérale sont prévues aux articles 7 à 13, 18 et 19 de la LCS;
108. L'article 18 de la LCS prévoit qu'une province n'a droit, pour un exercice, à la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 que si, aux termes de son régime d'assurance-santé, elle ne permet pas pour cet exercice le versement de montants à l'égard des services de santé assurés qui ont fait l'objet de surfacturation par les médecins ou les dentistes;
109. La surfacturation est définie, à l'article 2 de la LCS, comme étant :
- Facturation de la prestation à un assuré par un médecin ou un dentiste d'un service de santé assuré, en excédent par rapport au montant payé ou à payer pour la prestation de ce service au titre du régime provincial d'assurance-santé;*
110. L'article 19 paragraphe 1 de la LCS prévoit qu'une province n'a droit, pour un exercice, à la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 que si, aux termes de son régime d'assurance-santé, elle ne permet, pour cet exercice, l'imposition d'aucun frais modérateurs;
111. Les frais modérateurs sont définis, à l'article 2 de la LCS, comme étant :
- Frais d'un service de santé assuré autorisés ou permis par un régime provincial d'assurance-santé mais non payables, soit directement soit indirectement, au titre d'un régime provincial*

d'assurance-santé, à l'exception des frais imposés par surfacturation;

112. En cas de manquements de la province aux articles 18 et 19, les paragraphes 1 et 2 de l'article 20 de la LCS prévoient :

*(1) Dans le cas où une province ne se conforme pas à la condition visée à l'article 18, **il est déduit** de la contribution pécuniaire à cette dernière pour un exercice un montant, déterminé par le ministre d'après les renseignements fournis conformément aux règlements, égal au total de la surfacturation effectuée par les médecins ou les dentistes dans la province pendant l'exercice ou, si les renseignements n'ont pas été fournis conformément aux règlements, un montant estimé par le ministre égal à ce total.*

*(2) Dans le cas où une province ne se conforme pas à la condition visée à l'article 19, **il est déduit** de la contribution pécuniaire à cette dernière pour un exercice un montant, déterminé par le ministre d'après les renseignements fournis conformément aux règlements, égal au total des frais modérateurs assujettis à l'article 19 imposés dans la province pendant l'exercice ou, si les renseignements n'ont pas été fournis conformément aux règlements, un montant estimé par le ministre égal à ce total; (nous accentuons les caractères)*

113. L'article 20, paragraphe 3 de la LCS prévoit que la Ministre doit consulter son homologue responsable de la santé dans la province concernée, avant d'estimer un montant visé au paragraphe 1, la consultation ne portant pas sur le principe de la déduction qui est non discrétionnaire en vertu de la LCS, mais sur le montant de la déduction;
114. Par ailleurs, l'article 21 de la LCS prévoit que toute déduction d'une contribution pécuniaire visée à l'article 20 peut être appliquée pour l'exercice où le fait à son origine a eu lieu ou pour les deux exercices suivants;
115. L'article 20, paragraphes 1 et 2 de la LCS, oblige la Ministre à déduire du transfert qui doit être versé à la province, en vertu de l'article 5 de la LCS, un montant égal au total de la surfacturation et des frais modérateurs

- facturés par les médecins ou les dentistes dans la province pendant l'exercice, en cas de manquement à l'article 18 ou 19 par la province;
116. Les termes « il est déduit » indiquent clairement que la Ministre est investie d'une obligation légale à caractère public de déduire du transfert un montant égal à la surfacturation et aux frais modérateurs facturés aux patients;
117. Par opposition, l'article 15 de la LCS prévoit un pouvoir discrétionnaire. Il est rédigé en ces termes :

*15 (1) Si l'affaire lui est renvoyée en vertu de l'article 14 et qu'il **estime** que le régime d'assurance-santé de la province ne satisfait pas ou plus aux conditions visées aux articles 8 à 12 ou que la province ne s'est pas conformée aux conditions visées à l'article 13, le **gouverneur en conseil peut**, par décret :*

*a) soit ordonner, pour chaque manquement, que la contribution pécuniaire d'un exercice à la province soit réduite du montant **qu'il estime indiqué**, compte tenu de la gravité du manquement;*

*b) soit, **s'il l'estime indiqué**, ordonner la retenue de la totalité de la contribution pécuniaire d'un exercice à la province; (nous accentuons les caractères)*

118. Par l'emploi des termes « le gouverneur en conseil peut », le législateur a voulu rendre discrétionnaire le pouvoir du gouverneur en conseil de sanctionner une province qui manque à l'une des conditions visées aux articles 8 à 12, alors que par les termes « il est déduit » à l'article 20, il est clair que l'intention du législateur est d'enlever toute discrétion pour déduire automatiquement et obligatoirement du transfert un montant égal à la surfacturation et aux frais modérateurs imposés aux patients;

119. Cette absence de discrétion du ministre prévue à l'article 20 est conforme aux intentions précises du législateur quant à la surfacturation, tel qu'il appert de ce qui est cité ci-dessus (paragraphe 63 à 99);
120. Par ailleurs, dans le Rapport annuel de Santé Canada 2014-2015, produit au soutien des présentes en **pièce R-10**, aux pages 5 et 6, la même interprétation est faite à l'égard des articles 18 et 19 de la LCS à l'effet qu'ils ne laissent pas place à la discrétion du ministre :

*Les dispositions de la Loi canadienne sur la santé quant à la surfacturation et à l'imposition de frais modérateurs pour les services de santé assurés dans une province ou un territoire sont énoncées aux articles 18 à 21 de la Loi. S'il peut être confirmé qu'il y a de la surfacturation ou des frais modérateurs dans une province ou un territoire, la Loi **exige** qu'une déduction soit faite à même le transfert pécuniaire fédéral destiné à cette province ou à ce territoire. Le montant de la déduction pour un exercice est déterminé par le ministre fédéral de la Santé d'après les renseignements fournis par la province ou le territoire conformément au Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs (décrit ci-après). L'article 20 de la Loi permet au ministre d'estimer le montant de la surfacturation et des frais modérateurs lorsque les renseignements ne sont pas fournis conformément au Règlement, à condition que le ministre consulte la province ou le territoire concerné.*

[...]

Pénalités obligatoires

*En vertu de la Loi, les provinces et les territoires qui autorisent la surfacturation et les frais modérateurs s'exposent à une **déduction obligatoire** d'un montant équivalent à leurs paiements de transfert fédéraux au titre du TCS. En clair, cela signifie que, s'il a été établi qu'une province ou un territoire a autorisé une surfacturation de 500 000 \$ de la part de médecins, la contribution pécuniaire fédérale destinée à cette province ou à ce territoire sera réduite du même montant; (nous accentuons les caractères)*

121. C'est la même interprétation qui a toujours prévalu depuis l'adoption de la LCS;
122. Bien que le montant à être déduit doive être estimé par la Ministre, la LCS est claire à l'effet qu'elle a l'obligation légale de déduire un montant du transfert, lorsqu'elle constate qu'une province contrevient aux articles 18 et 19 de la LCS;
123. Si le gouvernement du Canada possède une certaine discrétion pour retenir les contributions dues à une province lorsqu'il fait reposer son intervention sur l'article 15 de la LCS, la Ministre n'en possède aucune lorsque le manquement en cause découle de la surfacturation ou de l'imposition de frais modérateurs. La Ministre doit alors automatiquement déduire de la contribution fédérale le montant évalué de surfacturation ou de frais modérateurs tolérés ou permis par les provinces;

2.4. L'application de la LCS

124. Depuis l'adoption de la LCS, la Ministre et ses prédécesseurs ont déduit des montants des transferts, à plusieurs occasions, équivalents à la surfacturation ou aux frais modérateurs, dont les plus importants sont notamment énumérés aux paragraphes 125 à 131;
125. Entre 1984 et 1987, le ministre a déduit, en lien avec de la surfacturation, un total de 244 732 000 \$ sur le montant du transfert aux provinces, le tout tel qu'il appert de la **pièce R-10**, à la page 14;
126. Cette somme a toutefois été remboursée en juin 1987 puisque les provinces ont établi qu'il n'y avait plus de surfacturation ou de frais modérateurs, conformément à l'article 20 alinéa 5 de la LCS;
127. En raison de surfacturation, de 1992-1993 à 1995-1996, un total de 2 025 000 \$ a été déduit de la contribution pécuniaire destinée à la

- Colombie-Britannique puisque des médecins à l'extérieur du régime public avaient exigé un montant supérieur à celui que les patients pouvaient récupérer du régime d'assurance-santé, le tout tel qu'il appert de la pièce **R-10**, à la page 14;
128. En raison de frais accessoires exigés dans des cliniques offrant des services de chirurgie, d'ophtalmologie et d'avortement, le ministre de la santé fédéral a déduit, entre novembre 1995 et juin 1996, une somme totale de 3 585 000 \$ de la contribution pécuniaire destinée à l'Alberta, le tout tel qu'il appert de la **pièce R-10**, aux pages 14 et 15;
129. En raison de la présence de frais modérateurs dans des cliniques de chirurgie et d'ophtalmologie du Manitoba, un montant de 2 055 000 \$ a été déduit de sa contribution pécuniaire de novembre 1995 à décembre 1998, le tout tel qu'il appert de la **pièce R-10**, à la page 15;
130. Entre 1998 et 2015, le ministre est intervenu pour réduire ses contributions à plusieurs reprises et dans plusieurs provinces, dont notamment la Colombie-Britannique, Terre-Neuve-Labrador, le Manitoba et la Nouvelle-Écosse, tel qu'il appert de la **pièce R-10**, aux pages 16 et 17;
131. En date du Rapport annuel 2014-2015, un total de 10 112 447 \$ a été déduit des paiements des contributions concernant les dispositions sur la surfacturation et les frais modérateurs depuis 1987, le tout tel qu'il appert de la **pièce R-10**, à la page 15;
132. Les interventions de la Ministre et de ses prédécesseurs lors de contraventions à la LCS ont toutes eu pour résultat un arrêt complet de l'imposition de frais accessoires et des frais modérateurs justifiant l'intervention, assurant ainsi aux patients des provinces concernées

- l'accès aux soins médicaux requis par leur état sans égard à leur capacité de payer;
133. Les retenues sur la contribution ont toujours constitué un incitatif suffisant pour faire obtempérer les provinces et les forcer à respecter leurs engagements;
 134. Ces retenues se sont faites sans nécessiter de recours judiciaires de la part du ministre, puisque la LCS lui permet de déduire lui-même les sommes facturées illégalement des sommes dues aux provinces;
 135. Par ailleurs, afin de faire respecter la LCS, l'article 13 de la LCS et l'article 5 du *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs* (DORS/86-259) prévoient l'obligation pour les provinces de remettre annuellement un rapport au ministre;
 136. Le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (ci-après : « **MSSS** ») transmet ce rapport à chaque année depuis 1984;
 137. Dans ces rapports, incluant le dernier, soit celui de 2014-2015, le MSSS indique toujours que : « **Les médecins québécois ne pratiquent pas la surfacturation** », tel qu'il appert des rapports annuels publiés depuis 2002-2003 par Santé Canada, dont copie est déposée sous les **pièces R-10**, à la page 62, **et R-11** (nous accentuons les caractères);
 138. Tel qu'il sera démontré ci-dessous, la déclaration du MSSS, telle que transmise à la Ministre, ne correspond pas à la réalité et ne constitue pas une information exacte de la situation au Québec, alors que le gouvernement du Québec était bien au fait que la surfacturation de frais accessoires par des médecins se pratiquait largement dans certaines cliniques;

139. La Ministre et ses prédécesseurs ont parfois mentionné, dans les rapports annuels sur la LCS, tel qu'il appert des **pièces R-10**, aux pages 13 et 14, et **R-11**, certaines problématiques en lien avec l'application de la LCS au Québec, mais n'ont jamais pris d'actions concrètes pour empêcher la surfacturation que le Québec tolère ou permet depuis de nombreuses années;
140. La Ministre et ses prédécesseurs n'ont jamais déduit la contribution due à la province de Québec et ce, malgré que la pratique de la surfacturation de frais accessoires ait été largement rapportée publiquement depuis de nombreuses années;
141. En effet, les employés de la Ministre ayant pour fonction de surveiller le fonctionnement des régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux ont notamment comme sources d'informations, non seulement les rapports officiels transmis par les provinces, mais également les reportages des médias, ainsi que la correspondance reçue du public et d'organisations non gouvernementales, le tout tel qu'il appert des rapports annuels, dont copie est déposée sous les **pièces R-10**, à la page 12, et **R-11**;
142. Tel qu'il sera plus explicitement décrit ci-dessous, la problématique de la surfacturation de frais accessoires au Québec a fait l'objet d'une médiatisation importante que la Ministre ne pouvait ignorer pour justifier son inaction;

143. La Ministre a fait défaut jusqu'à ce jour de déduire ou de retenir quelque montant que ce soit contre le Québec, malgré l'obligation expresse qui lui incombe selon l'article 20, paragraphes 1 et 2 de la LCS;

3. La situation au Québec

3.1 Cadre législatif

144. Au Québec, la LAM est la loi cadre entourant le régime d'assurance maladie;
145. La Régie de l'assurance maladie du Québec (ci-après : « **RAMQ** ») est un organisme public établi par le gouvernement du Québec qui relève du ministre québécois qui administre le régime d'assurance maladie du Québec conformément à l'exigence de la gestion publique de la LCS;
146. Dans le cadre de la LAM, le ministre québécois peut négocier des ententes avec les organismes représentatifs de toute catégorie de professionnels de la santé, notamment afin de prévoir le versement de divers montants à titre de compensation ou de remboursement, tel qu'il appert de l'article 19, alinéa 2 de la LAM;
147. L'article 22 de la LAM, avant l'adoption du Projet de loi n^o 20 (ci-après : « **PL 20** »), lequel a été adopté le 10 novembre 2015, tel qu'il le sera plus amplement explique aux paragraphes 234 à 257, interdit pour toute personne d'exiger ou de recevoir tout paiement d'une personne assurée pour un service, une fourniture ou des frais accessoires à un service assuré rendu par un professionnel soumis à l'application d'une entente ou par un professionnel désengagé, sauf dans les cas prescrits ou prévus dans une entente et aux conditions qui y sont mentionnées. Ainsi, la facturation de frais accessoires est interdite, à moins d'être prévue dans une entente;

148. L'article 23 de la LAM, qui n'a pas été modifié par le PL 20, prévoit qu'une entente ne peut prévoir un supplément de rémunération pour des services assurés;
149. En vertu de l'article 22 de la LAM, les seuls frais pouvant être facturés à un patient sont les coûts réels prévus spécifiquement aux ententes;
150. Dans ce contexte, deux ententes ont été conclues entre le MSSS et les fédérations professionnelles de médecins, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (ci-après : « **FMOQ** ») et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (ci-après : « **FMSQ** »), tel qu'il appert des extraits des ententes dont copie est déposée sous les **pièces R-12 et R-13**;
151. En vertu de l'entente conclue entre le MSSS et la FMOQ, déposée en 2013, tel qu'il appert de la **pièce R-12**, à la section 1.1.4, les médecins omnipraticiens ne peuvent demander au patient quelque paiement en rapport avec la dispensation d'un service médical, à l'exception d'une compensation pour le coût des médicaments et des agents anesthésiques utilisés, ainsi que d'un stérilet;
152. En vertu de l'entente conclue entre le MSSS et la FMSQ, déposée en 2006, tel qu'il appert de la **pièce R-13**, règle 2, 2.1, le médecin spécialiste ne peut demander au patient qu'une compensation pour certains frais de pratique tels que déterminés par le tarif, ces frais incluant les frais de médicaments et d'agents anesthésiques;
153. Ces ententes, très restrictives, ne permettent pas aux médecins de facturer autre chose que le coût réel des produits;
154. Les ententes prévoient d'ailleurs une rémunération substantiellement majorée pour le médecin lorsque les services sont rendus dans une

clinique privée afin de permettre aux médecins d'assumer les coûts de la clinique privée et éviter que le patient n'ait à payer quelque somme que ce soit;

155. Malgré la LAM et les ententes entre le MSSS et les fédérations professionnelles de médecins, des frais accessoires sont illégalement chargés par les médecins aux patients québécois pour des services assurés, le tout donnant lieu à de la surfacturation au sens de la LCS;

156. Ainsi, à titre d'exemple de frais accessoires, les frais suivants sont facturés aux patients québécois :

a) Le demandeur, monsieur Ferland se voit facturer 40 \$ de frais accessoires pour des gouttes ophtalmiques et madame Hacala Meunier, demanderesse, la somme de 30 \$ pour des gouttes comparables, tel qu'il appert des factures *en liasse*, **pièces R-3 et R-4**;

b) Des gouttes pour traiter la dégénérescence maculaire sont facturées de 150 \$ à 230 \$ au patient, alors que ces gouttes ne coûtent que quelques dollars à l'ophtalmologiste. Ces frais sont facturés à tous les mois;

c) Une colonoscopie en cabinet privé est facturée jusqu'à 515 \$ aux patients, ce qui comprend 170 \$ pour l'administration du médicament Fentanyl et 270 \$ pour le médicament Versed. Le coût réel des médicaments administrés est largement en deçà de cette somme, soit 4 \$ pour le Versed et 35 \$ pour le Fentanyl;

Plusieurs autres frais sont exigés des patients québécois, tel qu'il appert de l'article du journal Le Devoir du 24 novembre 2011, intitulé « Frais accessoires croissants en clinique privée », rédigé par Amélie Daoust-Boisvert, dont une copie est déposée *en liasse* sous la **pièce R-14** et de la

documentation relative à la surfacturation de frais accessoires au Québec, dont une copie est déposée en *liasse* sous la pièce **R-15** ;

157. Le gouvernement du Québec est au courant de la surfacturation de frais accessoires depuis plusieurs années, mais refuse ou omet d'agir;

3.2 Les recours entrepris par les usagers

158. Depuis 2002, plusieurs recours collectifs ont été intentés par les usagers du système de santé qui ont eu à payer des frais accessoires facturés illégalement par des médecins québécois, le tout tel qu'il le sera plus amplement démontré dans les paragraphes qui suivent;

159. En 2006, le gouvernement du Québec est condamné, à la suite d'un recours collectif, à payer plus de 10 millions de dollars en dommages, plus les intérêts et l'indemnité additionnelle, en raison du non-respect des dispositions de la LAM qui interdisent la surfacturation de frais accessoires, tel qu'il appert de la décision *Association pour l'accès à l'avortement c. Québec (Procureur général)* (2006 QCCS 4694), dont copie est déposée comme **pièce R-16**;

160. Dans cette affaire, le juge reproche au gouvernement du Québec d'avoir permis la mise en place d'un système qui contrevient à ses lois, soit un système qui obligeait les femmes à déboursier des sommes pour avoir accès à un avortement, alors qu'il s'agissait d'un service couvert. Le juge s'exprime ainsi :

[104] Le Gouvernement du Québec, conservant toujours le pouvoir d'amender ou d'abroger les lois, ne peut prendre de décisions politiques qui ont comme conséquences de faire en sorte qu'elles ne soient pas respectées ou qu'elles soient contournées, que ce soit par l'État ou ses citoyens.

[105] L'État ne peut, pour des raisons politiques ou économiques, prendre des mesures qui amènent des organismes qu'il a créés et

dont il dicte la conduite, de pouvoir contourner les lois ou à permettre la mise en place de systèmes qui y contreviennent.

[106] Les citoyens ne peuvent faire indirectement ce que la loi leur interdit; il en est ainsi pour l'État. Permettre aux cliniques privées d'exiger des frais supplémentaires pour des services assurés, et ce en sachant qu'il y va de leur survie, érige en système, ce que la loi interdit.

[107] De plus, l'État sait très bien que les femmes ne paient pas pour recevoir des conseils, une échographie ou des médicaments. L'État sait très bien que les femmes paient un supplément pour des services assurés mais se ferme les yeux et le tolère. Il ne suffit pas de permettre d'utiliser des mots différents qui ne reflètent pas la réalité pour résoudre un problème.

tel qu'il appert de la **pièce R-16**;

161. Le juge note que des intervenants du ministère de la santé fédéral se sont inquiétés, dès 1995, des frais exigés par les cliniques privées d'avortement au Québec pour des services médicalement assurés, mais que, malgré quelques échanges, il n'y eut aucune suite;
162. En conclusion de ce recours, le gouvernement du Québec a dû rembourser aux patientes le montant payé en trop, mais aucun remboursement n'a été exigé des médecins;
163. Le 1^{er} mars 2013, un second recours collectif a été autorisé et une transaction a été approuvée, notamment contre le Procureur général du Québec et la RAMQ, tel qu'il appert de la décision *Lavoie c. Régie de l'assurance maladie du Québec* (2013 QCCS 866), dont copie est déposée sous la **pièce R-17**;
164. Ce recours visait les frais accessoires exigés aux patients couverts par le régime d'assurance public pour des injections intra vitréennes de médicaments pour traiter la dégénérescence maculaire;

165. Le groupe inclus dans ce recours était défini comme :

Toutes les personnes bénéficiaires du régime public d'assurance maladie du Québec qui ont déboursé une somme d'argent couvrant des frais accessoires à une injection intra vitrénne de médicaments pour traiter la dégénérescence maculaire dans la province de Québec, en autant que ces frais ne correspondaient pas au coût des médicaments et agents anesthésiques utilisés;

166. Dans le cadre de l'autorisation du recours collectif, une transaction a été approuvée par la juge Carole Hallée, dans laquelle le gouvernement du Québec s'est engagé à rembourser un montant maximal de 115 \$ par injection;

167. Le total du remboursement provenant du gouvernement du Québec équivalait à une somme représentant environ 6 000 000 \$, tel qu'il appert de la décision, **pièce R-16**, et de l'article intitulé « Dégénérescence maculaire – Québec devra rembourser plus de six millions de dollars à des patients », dans le journal Le Devoir, paru le 17 janvier 2013, dont copie est déposée *en liasse* sous la **pièce R-14**;

168. Encore une fois, seul le gouvernement du Québec a été responsable du paiement de cette somme, et non les médecins à l'égard desquels aucun remboursement n'a été demandé par la suite;

169. Le 15 mai 2014, alors que la surfacturation des frais accessoires non seulement se continue, mais s'amplifie, un troisième recours collectif a été intenté notamment contre le Procureur général du Québec, la RAMQ, plusieurs cliniques médicales et plusieurs médecins, tel qu'il appert de la Requête pour autorisation d'exercer un recours collectif amendée du 30 juin 2015, dont copie est déposée comme **pièce R-18**;

170. Ce recours reproche notamment au MSSS et à la RAMQ d'avoir toléré, dans plusieurs composantes du système de santé, les pratiques illégales de surfacturation de frais accessoires, alors qu'ils sont au courant de la situation depuis plusieurs années;

171. Le groupe inclus dans ce recours est défini comme :

Toutes les personnes bénéficiaires du régime public d'assurance maladie du Québec qui ont déboursé une somme d'argent suite à une surfacturation illégale de la part d'un médecin, d'un optométriste ou d'une clinique en guise de frais payés pour des médicaments et agents anesthésiques administrés à l'occasion d'un acte assuré, ou qui ont reporté ou arrêté une intervention prévue après avoir été informés des frais qui leur seraient imposés;

172. Ce recours déposé le 15 mai 2014 n'a pas encore fait l'objet d'un jugement d'autorisation, mais les faits qui y sont allégués soulèvent la présence importante de frais accessoires encore à ce jour, dans le cadre de la dispensation des services de santé assurés au Québec;

173. Malgré ces recours collectifs, le gouvernement du Québec refuse ou omet d'agir contre les médecins qui surfacturent des frais accessoires;

174. En effet, l'exercice de recours collectifs répétés n'a pas suffi à empêcher la poursuite et même la généralisation de la surfacturation de frais accessoires aux patients du Québec;

175. De plus, les recours collectifs ne peuvent permettre de compenser que les patients qui ont déjà dû payer des frais accessoires;

176. Ils ne permettent pas de compenser les patients qui n'ont pas pu se payer les soins ou qui ont reporté ou arrêté l'intervention prévue après avoir été informés des frais qui leur seraient imposés. Les recours collectifs n'ont

donc pas eu d'effet dissuasif à ce jour pour empêcher *ab initio* la surfacturation de frais accessoires;

177. Dans la situation vécue actuellement par les patients au Québec, il n'y a donc aucun autre recours utile que celui présenté par les présentes pour empêcher que les frais accessoires illégaux continuent toujours d'être surfacturés et payés par les patients québécois;
178. Tous ces recours collectifs ont été largement médiatisés;
179. La Ministre aurait dû être bien au fait de ces recours collectifs et de la pratique étendue de la surfacturation de frais accessoires au Québec, malgré le fait que les rapports annuels produits par le MSSS ne faisaient et ne font état d'aucune surfacturation;
180. Malgré ces faits, aucune mesure de retenue de la contribution fédérale n'a été appliquée au Québec par la Ministre ou ses prédécesseurs;

3.3 Les rapports, avis et demandes d'intervention transmis directement au gouvernement du Québec

181. En plus d'être directement visé et, dans certains cas, d'avoir dû payer des millions de dollars pour rembourser des frais accessoires illégalement facturés et perçus, le gouvernement du Québec a également été avisé à plusieurs reprises de l'existence de la surfacturation de frais accessoires illégaux dans le cadre de services médicaux assurés, tel qu'il le sera plus amplement démontré aux paragraphes qui suivent;
182. Le ou vers le 4 juillet 2007, le ministre québécois mandate un comité de travail, lequel est notamment composé de représentants du CMQ, de la FMOQ, de la FMSQ, dont le ministre Gaétan Barrette (alors Président de la FMSQ), de la RAMQ et du MSSS, pour « 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 », le tout tel qu'il appert de la page 2 et de l'Annexe IV du Rapport au Ministre de la Santé et des Services sociaux du Comité de travail sur les frais accessoires daté du 1^{er} octobre 2007 (Rapport Chicoine), **pièce R-19**;
183. Cette initiative du ministre québécois faisait suite à la rédaction 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 R-19**;
184. Les frais de fonctionnement de cabinet étaient négociés sous une composante distincte par les fédérations médicales syndicales avec le gouvernement du Québec;
185. Tel qu'il appert du Rapport, **pièce R-19**, aux pages I, III et 5, Le comité de travail constate entre autres :

*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; (nous accentuons les caractères)

186. Analysant plus particulièrement les différents modes de surfacturation, le comité de travail émet les commentaires suivants à la page 6 de son rapport, **pièce R-19** :

Différentes modalités de facturation se sont progressivement installées comme conséquences des problèmes de financement des cabinets privés.

Certains ont recours à une facturation émise au patient par un tiers et ne permettent pas d'identifier le médecin qui a rendu le service. À cet égard, les représentants de la RAMQ font état de difficultés accrues pour traiter un nombre croissant de plaintes qui pourraient amener un remboursement au patient et une compensation auprès du médecin impliqué.

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; (nous accentuons les caractères)

187. Au terme de son analyse, le comité de travail émet plusieurs recommandations, dont la première était que le MSSS et les fédérations

des médecins entreprennent immédiatement des négociations en vue de majorer la composante technique, pour les services actuellement dispensés en cabinet, **pièce R-19**, à la page IV;

188. Dans un deuxième temps, le comité recommande de « revoir la faisabilité d'élargir la liste des frais facturables aux patients dans le contexte d'une loi canadienne assouplie », **pièce R-19**, à la page V;
189. De ce qui précède, il est manifeste que le ministre québécois et le MSSS savent, dès 2007, que la pratique croissante de surfacturation de frais accessoires par les médecins québécois contrevient clairement à la LCS et qu'il ne sera possible d'en facturer que si la LCS est modifiée, ce qui n'est pas le cas encore aujourd'hui;
190. Malgré tout, chaque année, depuis 2007, dans ses rapports transmis au ministre, le MSSS déclare que « les médecins québécois ne pratiquent pas la surfacturation »;
191. En février 2008, le Groupe de travail sur le financement du système de santé, présidé par monsieur Claude Castonguay, dépose son rapport « En avoir pour notre argent » au gouvernement du Québec, tel qu'il appert du sommaire de ce rapport en **pièce R-20**;
192. Dans ce rapport, le Groupe de travail sur le financement du système de santé recommande notamment que l'imposition de frais accessoires dans les cliniques de santé de première ligne soit supprimée dans le cadre d'une entente entre la FMOQ et le MSSS, tel qu'il appert de la **pièce R-20**, à la page 34;
193. En 2010, la RAMQ produit au gouvernement du Québec un rapport intitulé « Frais facturés aux personnes assurées – Éléments de réflexion et pistes

de solution ». Ce rapport est toutefois demeuré inaccessible au public à ce jour;

194. Pourtant, ce rapport est suffisamment inquiétant pour qu'en 2012, le ministre de la Santé et des Services sociaux, le docteur Réjean Hébert, après l'avoir consulté, affirme vouloir mettre la hache dans les frais accessoires, tel qu'il appert du rapport « Pas de frais pour les patients – parce que payer de sa santé n'a rien d'accessoire », dont copie est déposée sous la **pièce R-21**, à la page 28;
195. Au printemps 2011, le CMQ demande au gouvernement du Québec de clarifier les règles sur les frais médicaux facturés aux patients, alors que le docteur Charles Bernard, président-directeur général du CMQ, parle d'un problème devenu systémique, tel qu'il appert de l'article intitulé : « Le Collège des médecins presse Québec de clarifier les règles de facturation », dans le journal La Presse du 15 mars 2011, dont copie est déposée *en liasse* en **pièce R-14**;
196. Dans son rapport annuel 2011-2012, le Protecteur du citoyen du Québec mentionne être préoccupé par la question des frais liés au traitement de la dégénérescence maculaire en clinique privée, tel qu'il appert de la **pièce R-22**, à la page 76;
197. D'ailleurs, depuis quelques années, le Protecteur du citoyen du Québec constate un accroissement des frais que doivent payer les usagers pour des services assurés, tel qu'il le sera démontré dans les paragraphes 201 et suivants;
198. Le ou vers le 3 juin 2013, le groupe Médecins québécois pour le régime public publie un rapport sur la question des frais accessoires, tel qu'il appert de la **pièce R-21**;

199. Dans le cadre de ce rapport, il est rappelé que la surfacturation de frais accessoires se fait à la connaissance du gouvernement du Québec, de la RAMQ et du CMQ, mais que ceux-ci font preuve de laxisme, ce qui envoie le message qu'il est possible d'enfreindre la loi impunément, tel qu'il appert de la **pièce R-21**, à la page 23;
200. Le 16 avril 2015, en raison de l'absence d'intervention du gouvernement du Québec à la suite de sa demande de 2011 (paragraphe 195), le CMQ réitère sa demande, tel qu'il appert du communiqué du CMQ « Frais facturés aux patients : Le Collège des médecins demande de nouveau au gouvernement de clarifier les règles » du 16 avril 2015, dont copie est déposée sous la **pièce R-23**;
201. Le 1^{er} octobre 2015, dans un rapport intitulé « Avis sur les frais accessoires et les services sociaux », le Protecteur du citoyen du Québec constate l'accroissement, au fil des années, des frais facturés aux usagers pour des services assurés, c'est-à-dire des services qui sont, en principe, financés à même des fonds publics, le tout, tel qu'il appert de cet avis, dont copie est déposée sous la **pièce R-24**, à la page 1;
202. Dans le cadre de cet avis, le Protecteur du citoyen recommande notamment d'amender la LAM afin d'interdire la surfacturation de frais accessoires aux usagers pour les services assurés, aux points de services que constituent les cabinets et les cliniques médicales, étant donné l'augmentation, au fil des années, de cette pratique, tel qu'il appert de la **pièce R-24**, à la page 8;

203. En raison de divers commentaires reçus à la suite de la publication de son avis, le Protecteur du citoyen du Québec publie une lettre complémentaire afin d'expliquer des alternatives en matière de financement de frais accessoires autres que la facturation de tels frais aux patients, tel qu'il appert de la **pièce R-25**;
204. Entre le 15 février et le 2 août 2015, la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles recueille des données provenant de 527 répondants dans un registre de frais facturés lors de consultations médicales, le tout tel qu'il appert du Rapport 2015 de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles intitulé « Facturation aux patients : Le portefeuille en prend pour son rhume » déposé sous la **pièce R-26**;
205. Au terme de la démarche décrite au paragraphe précédent, en novembre 2015, la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles rend public un rapport, dans lequel elle conclut que :

*[...] force est de constater que **la facturation des frais de toute sorte est une pratique de plus en plus courante**, tout particulièrement chez les médecins spécialistes (près du tiers des répondants). Les témoignages recueillis démontrent largement un **sentiment d'abus et d'injustice** ressentis par ces patients qui se présentent dans les cliniques et qui doivent déboursier des montants supplémentaires pour obtenir un soin ou un service. À cet effet, il est impossible d'adhérer aux affirmations du ministre de la Santé [et des Services sociaux] qui prétend que les patients sont habitués de déboursier lors d'une visite médicale et que cette pratique fait maintenant l'objet d'un consensus au sein de la population. (nous accentuons les caractères)*

tel qu'il appert la **pièce R-26**, à la page 30;

206. Dans ce même rapport, produit au soutien des présentes en **pièce R-26**, aux pages 29 et 30, la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles demande au MSSS de revenir sur sa décision de légaliser la surfacturation de frais accessoires et de mettre fin à ceux-ci. Elle

- demande également au gouvernement du Canada d'agir immédiatement sur la question des frais accessoires et à la Ministre de faire respecter strictement les cinq conditions énumérées à l'article 7 de la LCS;
207. En novembre 2015, l'Institut de recherche et d'informations socio-économiques produit un rapport sur les ordres professionnels, dans lequel les chercheurs notent que les médecins continuent de pratiquer la surfacturation de frais accessoires, malgré les directives du CMQ et les dispositions du CDM, le tout tel qu'il appert de la **pièce R- 27**, aux pages 6 et 7;
 208. Le 26 novembre 2015, deux pétitions totalisant plus de 10 500 signatures sont déposées à l'Assemblée nationale demandant l'abolition des frais accessoires et un débat public sur le financement des cliniques médicales au Québec, le tout, tel qu'il appert du procès-verbal de l'Assemblée du 26 novembre 2015 et des extraits des pétitions, dont copie est déposée *en liasse* sous la **pièce R-28**;
 209. Malgré ces rapports, ces avis et ces demandes d'intervention, le gouvernement du Québec refuse ou omet d'agir à l'égard de la surfacturation des frais accessoires;
 210. En raison du caractère public des documents et pièces ci-dessus énoncés, la Ministre savait ou aurait dû savoir que la surfacturation était largement pratiquée au Québec, malgré le contenu de la déclaration annuelle du gouvernement du Québec à l'effet que les médecins québécois ne pratiquaient pas la surfacturation;

211. Malgré les informations ci-dessus, aucune intervention ou mesure de retenue n'a été faite par la Ministre;

3.4 Motion à l'Assemblée nationale

212. Le 13 juin 2013, une motion proposée par le député Amir Khadir, ayant pour but d'éliminer la surfacturation de frais accessoires, est adoptée à l'unanimité par l'Assemblée nationale :

Que l'Assemblée nationale presse le ministre de la Santé et des Services sociaux de mettre fin à la pratique des frais accessoires, notamment par une campagne d'information auprès des médecins et des patients, par une application plus rigoureuse de la Loi sur l'assurance maladie et en interdisant la pratique des forfaits annuels;

Que l'Assemblée nationale mandate le ministre de la Santé et des Services sociaux de faire en sorte que tous les soins médicalement nécessaires soient couverts.

tel qu'il appert de la **pièce R-29**;

3.5 Les changements au Code de déontologie des médecins (CDM)

213. À la suite d'une augmentation des plaintes concernant la surfacturation de certains services médicaux, le CMQ propose des amendements au CDM en décembre 2014, afin d'encadrer la pratique des médecins, tel qu'il appert de la **pièce R-20**, à la page 4;
214. Dans le Guide explicatif décrivant les modifications, **pièce R-30**, à la page 8, le CMQ mentionne ce qui suit :

En effet, l'aspect mercantile découlant de certaines activités a par moment pris le pas sur l'acte médical et l'activité professionnelle, ce qui a rendu nécessaires ces ajouts et modifications.

[...]

Le médecin doit s'assurer que la priorité d'accès à des soins médicaux soit donnée à un patient strictement en fonction des critères de nécessité médicale;

215. Les articles 73, 76 et 79 du projet de règlement prévoyaient :

73. Le médecin doit s'abstenir:

1° de rechercher ou d'obtenir un avantage financier par l'ordonnance d'appareils, d'examens ou de médicaments, à l'exception de ses honoraires, directement, indirectement ou par l'entremise d'une entreprise qu'il contrôle ou à laquelle il participe;

2° d'accorder, dans l'exercice de sa profession, tout avantage, commission ou ristourne à quelque personne que ce soit;

3° d'accepter, à titre de médecin ou en utilisant son titre de médecin, toute commission, ristourne ou avantage matériel à l'exception des remerciements d'usage et des cadeaux de valeur modeste.

Malgré le paragraphe 1°, le médecin peut retirer un profit de la vente ou de la commercialisation d'un appareil ou d'un examen qu'il prescrit et qu'il a développé ou pour lequel il a participé au développement, directement, indirectement ou par l'entremise d'une entreprise qu'il contrôle ou à laquelle il participe, auquel cas, il en informe son patient.

76. Le médecin doit s'abstenir, directement ou indirectement, de louer ou de vendre des appareils ou de vendre des médicaments ou d'autres produits présentés comme ayant un intérêt pour la santé, à l'exception des appareils qu'il installe ou des médicaments et produits qu'il administre directement.

Il ne peut, en outre, réclamer des montants disproportionnés en paiement de fournitures médicales nécessaires aux traitements qu'il administre.

79. Le médecin qui reçoit des avantages de l'entreprise offrant un produit ayant un intérêt pour la santé ou des services thérapeutiques ou diagnostiques dans laquelle il a des intérêts ou qui participe à une entreprise qu'il est en son pouvoir de contrôler et qui fabrique ou met en marché des produits ayant un intérêt pour la santé ou des services thérapeutiques ou diagnostiques doit en informer les milieux où il en fait la promotion;

216. Le décret 1113-2014 du 10 décembre 2014, déposé en **pièce R-31**, prévoit que l'article 76 doit entrer en vigueur le 7 janvier 2015 et les articles 73 et 79, le 7 juillet 2015;
217. Dans le « Guide explicatif » du CMQ publié en janvier 2015 et déposé en **pièce R-30**, aux pages 9 et 10, il est indiqué :

2.2 Le profit et les ordonnances d'appareils, d'examens ou de médicaments : une combinaison à éviter

Il est clairement interdit au médecin de recevoir un avantage financier autre que ses honoraires lorsqu'il prescrit des appareils, des examens ou des médicaments. Cette interdiction s'applique que le médecin reçoive cet avantage financier directement, indirectement ou par une entreprise qu'il contrôle.

Cette disposition vient réaffirmer la position du Collège selon laquelle le médecin doit préserver son indépendance professionnelle et éviter que des motifs financiers entrent en ligne de compte lorsqu'il rédige une ordonnance.

[...]

2.5 Les fournitures médicales et les traitements administrés : attention aux montants réclamés

Au cours des dernières années, les frais réclamés par les médecins pour des produits, des appareils ou des médicaments qu'ils administrent ont souvent fait la manchette en raison des montants importants réclamés eu égard au prix réel du médicament ou de l'appareil concerné. Le Code vient préciser que dans ces situations le médecin ne pourra pas réclamer des montants disproportionnés.

Bien qu'aucun critère ne vienne guider le médecin dans la détermination du prix demandé, il est recommandé aux médecins de demander des frais qui correspondent au prix coûtant des fournitures médicales, notamment les attelles ou les médicaments, auxquels pourront s'ajouter des frais d'administration raisonnables incluant notamment les frais pour l'entreposage et la conservation;

218. Le 16 avril 2015, le CMQ publie un communiqué dans lequel il rappelle que les médecins qui pratiquent une intervention médicale hors

établissement ne peuvent facturer aux patients que les médicaments administrés ou les fournitures médicales utilisées, tels que les pansements, les gouttes ophtalmiques ou les agents anesthésiques. Pour respecter leurs obligations déontologiques, les médecins peuvent demander des frais correspondant au prix coûtant des fournitures médicales auxquels peut s'ajouter un coût pour l'entreposage et la conservation, lequel doit être négligeable dans la majorité des situations cliniques, tel qu'il appert de la **pièce R-23**;

219. Malgré les obligations qui lui incombent en vertu de la LCS et de la LAM, le 17 juin 2015, le ministre québécois, le docteur Gaétan Barrette, indique qu'il entend contourner la position du CMQ :

Il est possible pour moi de demander au Collège des médecins de surseoir à l'application de son nouveau code de déontologie. Je l'ai exploré [cette possibilité] et le Collège nous a laissés (sic) entendre que ce serait peut-être quelque chose de faisable si le message que l'on envoie est clair. Maintenant, pour moi, dans la clarté du message, je pourrais modifier mon amendement et dire que c'est rétroactif au 7 juillet.

le tout tel qu'il appert de l'article du journal Le Devoir, intitulé : « Feu vert aux frais accessoires », paru le 17 juin 2015, dont copie est déposée sous la pièce **R-14**;

220. Le même jour, le ministre Gaétan Barrette déclare qu'il autoriserait les cliniques à facturer un frais supplémentaire allant jusqu'à 15 % du prix coûtant, tel qu'il appert de l'article du journal Le Devoir du 17 juin 2015, dont copie est déposée *en liasse* sous la **pièce R-14**. Ce projet est confirmé par le ministre Gaétan Barrette à de nombreuses reprises par la suite, dont lors des débats en commission parlementaire sur l'étude du PL 20, tel qu'il appert de l'extrait du Journal des débats de la Commission du 30 septembre 2015, dont copie est déposée sous la **pièce R-32**;

221. C'est donc à ce moment que le ministre Gaétan Barrette annonce publiquement qu'il entend encadrer et non pas interdire la surfacturation de frais accessoires, ce qui contrevient directement et clairement à la LCS;

222. Le 18 juin 2015, le ministre Gaétan Barrette déclare :

Ce qu'on appelle des frais accessoires sont des sommes supplémentaires facturées directement aux patients en cabinet. Ils existent depuis de nombreuses années et ne sont pas suffisamment encadrés. Cette situation a donné lieu à un certain nombre d'abus qu'il nous importe de corriger. Nous souhaitons donc mettre fin à cette surfacturation, normaliser la situation et préserver l'accès aux services de santé pour l'ensemble des citoyens. (nous accentuons les caractères)

le tout tel qu'il appert du communiqué du MSSS du 18 juin 2015, dont copie est déposée sous la **pièce R-33**;

223. Ce même jour, suite à la déclaration du ministre Gaétan Barrette du 17 juin 2015, le CMQ annonce qu'il appliquera avec souplesse les nouveaux articles 73 et 79 du CDM, lesquels encadrent notamment certains aspects des frais accessoires en attendant les nouveaux tarifs, tel qu'il appert du communiqué du CMQ du 18 juin 2015, dont copie est déposée sous la **pièce R-34**;

224. Le 30 juin 2015, le gouvernement du Québec adopte un décret reportant l'entrée en vigueur des articles 73 et 79 du nouveau CDM à une date indéterminée, tel qu'il appert du décret 587-2015, dont copie est déposée sous la **pièce R-35**;

225. Le 6 juillet 2015, le CMQ émet un nouveau communiqué, annonçant cette fois qu'il appliquera avec souplesse l'article 76 du CDM en vigueur depuis janvier 2015 et qui le demeure, vu l'annonce par le ministre québécois non pas de l'interdiction, mais de l'encadrement des frais accessoires, le tout

tel qu'il appert du communiqué, dont copie est déposée sous la **pièce R-36**;

226. La Ministre a certainement été informée des modifications proposées au CDM et de la réaction du ministre québécois, puisque ces événements ont été largement médiatisés;

227. Pourtant, la Ministre n'a fait aucune intervention pour rappeler le ministre québécois à l'ordre sur la question des frais accessoires facturés aux patients québécois;

3.6 Les admissions du gouvernement du Québec dans l'espace médiatique

228. Le 4 février 2013, le ministre québécois de l'époque, Réjean Hébert, soutient qu'il désire :

[...] qu'on abolisse ces frais accessoires, qui commencent à devenir un moyen détourné pour demander des honoraires supplémentaires [...] (nous accentuons les caractères).

le tout tel qu'il appert de l'article du journal La Presse du 4 février 2013 « Le ministre de la Santé met la hache dans les frais accessoires », dont copie est déposée *en liasse* sous la **pièce R-14**;

229. En janvier 2014, Gaétan Barrette, alors président de la FMSQ, admet que les médecins facturent des frais d'exploitation et d'équipement, tel qu'il appert de l'article du journal Le Devoir du 25 janvier 2014 « Se prémunir contre les frais accessoires », dont copie est déposée *en liasse* sous la **pièce R-14**;

230. Le 7 octobre 2015, lors d'un point de presse, le ministre Gaétan Barrette admet que les frais accessoires existent depuis plusieurs années au Québec :

Alors, je vais commencer par répondre à la question pour une raison très simple : la responsabilité sur les épaules desquelles repose l'existence des frais accessoires, ce sont les gouvernements passés, incluant le Parti québécois, incluant nous, parce qu'il y avait un flou dans la loi [...].

tel qu'il appert du Point de presse de Stéphanie Vallée, ministre de la Justice et ministre responsable de la Condition féminine, et Gaétan Barrette, ministre de la Santé et des Services sociaux, du 7 octobre 2015, 14h00, dont copie est déposée sous la **pièce R-37**;

231. Lors de ce même point de presse, le ministre Gaétan Barrette, questionné à propos de la conformité avec la LCS des amendements proposés au PL 20 au sujet des frais accessoires, évoque l'inaction de longue date du gouvernement fédéral :

C'est-à-dire... Oui, bien, d'ailleurs, ça, je vais vous renvoyer... je ne vais pas vous renvoyer la question parce que ce n'est pas à vous de répondre à la question, mais je vais simplement attirer votre attention sur le fait que ça, ça existe depuis des dizaines d'années, et, aux dernières nouvelles, je n'ai pas entendu le gouvernement fédéral débarquer au Québec, là (nous accentuons les caractères).

tel qu'il appert de la **pièce R-37**;

232. Considérant que ces propos se sont tenus dans l'espace médiatique du Québec, ils ont certainement été connus des employés de la Ministre et portés à son attention;

233. La rebuffade du ministre québécois à l'égard du gouvernement du Canada et de la Ministre, n'a donné lieu, malgré son caractère public, à aucune réaction ou rappel à l'ordre de la part de la Ministre;

3.7 Le PL 20 du gouvernement du Québec

234. Le PL 20, soit 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*, est déposé par le ministre Gaétan Barrette le 28 novembre 2014 à l'Assemblée nationale du Québec;

235. Lors de sa présentation, le ministre Gaétan Barrette indique que cette loi a notamment pour but d'optimiser l'utilisation des ressources médicales et financières du système de santé afin d'améliorer l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée, tel qu'il appert du Journal des débats du 28 novembre 2014, dont copie est déposée sous la **pièce R-38**, à la page 3026;

236. Le PL 20 tel que déposé ne contient aucune disposition traitant de près ou de loin la question de la surfacturation de frais accessoires;

237. Le 18 mars 2015, dans le cadre des auditions publiques sur le PL 20, le groupe Médecins québécois pour le régime public présente des propositions concernant le PL 20, dont notamment :

Nous demandons au gouvernement et à la RAMQ de voir à l'application de la Loi sur l'assurance maladie sur les frais imposés aux patients pour des soins médicalement requis et de garantir que les médicaments ne soient facturés qu'à leur coût réel

tel qu'il appert de la transcription de la séance de la Commission du 18 mars 2015, dont copie est déposée sous la **pièce R-39**, à la page 9;

238. Le 24 mars 2015, l'Association québécoise des retraité-e-s des secteurs public et parapublic demande au ministre Gaétan Barrette, dans le cadre des auditions publiques de la Commission, comment il compte s'adresser à la question des frais accessoires. Le ministre Gaétan Barrette répond :

*Et je vais commencer par... pas parce que je veux les évacuer, là, mais c'est parce que **ce n'est pas la portée du projet de loi n°20**. Et vous nous posez des questions auxquelles je ne vais pas répondre, parce que ce n'est pas dans la loi n°20. Les questions sur les tarifs, sur l'hébergement et les frais accessoires, le projet de loi n°20 ne s'adresse pas à ça (nous accentuons les caractères).*

tel qu'il appert de la transcription de la séance de la Commission dont copie est déposée sous la **pièce R-40**, aux pages 55 et 56;

239. Le 26 mars 2015, la Commission de la santé et des services sociaux (ci-après : « **la Commission** ») dépose son rapport suite aux auditions publiques dans le cadre de consultations particulières à l'égard du PL 20, qui ont eu lieu les 24, 25, 26 février et les 17, 18 19, 24 et 25 mars 2015;
240. Le 24 septembre 2015, lors d'une séance d'étude détaillée du PL 20 par la Commission, madame Diane Lamarre, porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé et d'accessibilité aux soins, constate que le ministre Gaétan Barrette avait annoncé des amendements au PL 20 par les articles 24.1 et 24.2 portant sur les frais accessoires aux patients, mais qu'il a décidé de ne pas les soumettre à la Commission. Elle espère donc que le ministre comprend que le PL 20 n'est pas le bon endroit pour introduire ces amendements, et que le problème des frais accessoires doit se régler de façon beaucoup plus transparente, mais surtout plus équitable, tel qu'il appert de de la transcription de la séance de la

Commission du 24 septembre 2015, dont copie est déposée sous la **pièce R-41**;

241. Le ministre Gaétan Barrette répond :

M. le Président, c'est la prérogative du gouvernement de déposer ou de ne pas déposer un amendement, que l'on a donné aux oppositions par courtoisie il y a des mois, et ça demeure la prérogative, comme ce n'est pas une obligation pour moi d'annoncer comme quoi que ce soit. Comme les oppositions ont choisi de ne pas déposer leurs amendements au début de l'étude détaillée. Alors, actuellement, M. le Président, j'inviterais les oppositions à débattre de l'amendement qui est sur la table, ce qui est censé être notre fonction aujourd'hui.

tel qu'il appert de la **pièce R-41**;

242. Par ce processus, le ministre Gaétan Barrette évite le débat public concernant la question de la surfacturation de frais accessoires;

243. Malgré la déclaration du ministre Gaétan Barrette citée au paragraphe 241 ci-dessus, le 29 septembre 2015, lors d'une séance d'étude détaillée du PL 20 par la Commission, le ministre Gaétan Barrette dépose un amendement à l'article 25.2 du PL 20, légalisant expressément la surfacturation de frais accessoires dans certains cas qui seraient autorisés par règlement et il déclare ce qui suit au sujet de cet amendement :

Il est catégorique, il vient interdire toute forme de paiement exigé par un médecin pour la dispensation d'un service ou avoir accès à la dispensation d'un service en toute circonstance, sauf dans des circonstances autorisées. À cet égard-là, il vient... toute forme de paiement exigé par un médecin pour la dispensation d'un service ou avoir accès à la dispensation d'un service en toute circonstance, sauf dans les circonstances autorisées. À cet égard-là, il vient résoudre un problème qui est historique dans la Régie de l'assurance maladie parce que la situation actuelle découle d'un

*flou opérationnel dans l'application de la loi, tel que défini initialement même à son origine en 1970. Ça vient, là, clarifier la chose. Tout est interdit dans toutes circonstances, à moins d'avoir une autorisation. L'objectif ici est d'envoyer un message clair : ça va être fermé, à moins que, dans certains cas, il y ait des autorisations, ce qui n'est pas clair aujourd'hui; c'est clair que ce n'est pas clair. **C'est la raison pour laquelle il y a des abus. C'est pour ça qu'il y a des abus, c'est pour ça qu'il y a des frais qu'on peut qualifier, à mon avis, d'illégaux qui sont facturés.** Mais, comme la loi n'est pas claire, bien, elle n'est pas claire, il se passe des choses qui méritent d'être clarifiées. Alors, le sous-amendement, il dit : Vous ne pouvez plus le faire. Cassez-vous pas la tête, là, n'essayez pas d'inventer une possibilité où vous pouvez le faire, vous ne pouvez pas. **Et le seul moment où ce sera possible, ça sera quand, par règlement, le gouvernement l'autorisera** (nous accentuons les caractères).*

tel qu'il appert de la transcription de la séance de la Commission du 29 septembre 2015, dont copie est déposée sous la **pièce R-42**;

244. Le 30 septembre 2015, lors d'une séance d'étude détaillée du PL 20 par la Commission, le ministre Gaétan Barrette admet que le sous-amendement déposé au sujet des frais accessoires permettrait, dans des cas spécifiques et réglementés, de facturer des frais composés du prix coûtant et d'une marge :

*Alors, notre amendement pour les... que ces frais-là seront interdits en toute circonstance, point. Donc, ça veut dire qu'il pourrait y en avoir zéro. C'est possible qu'il y en ait zéro. Mais s'il y en avait, M. le Président, ce sera par règlement. Et s'il y en avait, M. le Président, **ce sera après avoir évalué de façon neutre le prix coûtant du service en question, de l'honoraire ou du coût supplémentaire appliqué aux services.***

[...]

*Nous aurions, si on avait débattu de notre amendement, fait le débat sur le fait que nous proposons un amendement qui va à la base entraîner une absence totale de frais dits « accessoires », **va permettre, dans des cas spécifiques, d'en avoir dans un cadre ultraréglementé par la loi, c'est-à-dire le coûtant plus une***

marge pour faire face aux fluctuations du marché (nous accentuons les caractères).

tel qu'il appert de la transcription de la séance de la Commission du 30 septembre 2015, dont copie est déposée sous la **pièce R-32**;

245. Le 6 octobre 2015, lors d'une séance de la Commission, le ministre Gaétan Barrette précise, concernant la question des frais accessoires :

*Le problème, il est clair. Il est de trois ordres : **un, il y a des frais illégaux; deux, il y a des abus; trois, il y a un panier de services qui excèdent la capacité financière de la société québécoise. Elle l'a dit... la protectrice dit : Ceci nous a menés inévitablement à la multiplication des frais accessoires. C'est ça, la situation. Frais accessoires qui sont parfois illégaux, parfois abusifs, mais ce n'est pas ça qui nuit à l'accès à la population, là, il y a d'autres...***

[...]

Alors, si j'ai à choisir entre 50 millions pour, et là mettez ce que vous voulez après «pour»... Je reprends l'examen de ce matin... pas l'examen, mais l'argument de ce matin : si j'ai à choisir entre 50 millions pour plus d'accès à certains médicaments pour le cancer, qui, régulièrement, coûtent 50 millions par année, et des frais accessoires pour des services partiellement payés par le patient, qui ne sont pas nécessairement, dans la plupart des cas, à ce point essentiels, ou, s'ils le sont, le coût n'est pas à ce point prohibitif, je vais choisir le cancer et je vais choisir tous les éléments qui feront en sorte que j'aurai à prendre un choix en faveur du patient pour la qualité et la quantité de services à leur donner (nous accentuons les caractères).

tel qu'il appert de la transcription de la séance de la Commission, dont copie est déposée sous la **pièce R-43**;

246. Le dépôt du rapport du Protecteur du citoyen du Québec, tel qu'il appert de la **pièce R-22**, est rendu public deux jours après le dépôt de l'amendement et constitue une critique extrêmement sévère de la pratique de la surfacturation de frais accessoires et de la légalisation envisagée,

particulièrement en raison des répercussions sur les clientèles les plus vulnérables de la société et les atteintes que ces pratiques peuvent entraîner à l'égard des droits fondamentaux des citoyens;

247. Le 10 novembre 2015, 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*, le PL 20, est adoptée et sanctionnée, en autorisant la surfacturation des frais accessoires selon des modalités à être prévues par règlement;

248. Suite à cette adoption, l'actuel article 22 de la LAM prévoit notamment que :

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.

Ne constituent pas de tels frais ceux liés à des services non considérés comme assurés requis avant, pendant ou après la dispensation d'un service assuré.

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.

Malgré les interdictions énoncées aux neuvième et onzième alinéas, le gouvernement peut, par règlement, prescrire des cas et des conditions dans lesquels un paiement est autorisé;
(nous accentuons les caractères)

249. Ces modifications apportées à la LAM ont donc pour effet de légaliser la surfacturation de frais accessoires dans le système de santé public québécois;
250. En effet, tel qu'annoncé par le ministre Gaétan Barrette, les règlements qui seront adoptés par le gouvernement du Québec, sans débat démocratique, permettront aux médecins de facturer des frais accessoires au-delà de ce qui est prévu par les ententes, c'est-à-dire au-delà du coût réel des médicaments et agents anesthésiques;
251. Lors d'une entrevue le 17 juin 2015, tel qu'il appert de l'article du journal *Le Devoir*, intitulé « Feux vert aux frais accessoires », dont copie est déposée *en liasse* sous la **pièce R-14**, le ministre Gaétan Barrette affirme :

Je pourrais très bien arriver et dire, à partir de maintenant, je couvre la totalité du service en question dans la RAMQ. Mais quand j'ai fait l'évaluation récemment — ça fait un mois que je suis là-dessus —, c'est une facture qui peut grimper jusqu'à au moins 50 millions de dollars. Est-ce que moi, j'ai les moyens de ramener dans le public toutes ces activités? La réponse à ça, budgétairement, c'est non.

[...]

Le fait d'avoir une partie payante dans certaines circonstances en cabinet, c'est clairement quelque chose qui est accepté au moment où on se parle. Un moment donné, il faut arrêter d'être hypocrite collectivement et de se mettre la tête dans le sable. Ça existe, les gens s'en servent et la majorité des gens qui s'en servent sont bien contents avec ça;

252. Le ministre Gaétan Barrette conclut que la solution est de normaliser les frais accessoires, afin d'éviter les abus par le biais d'un encadrement étroit et afin d'uniformiser les coûts chargés aux patients, tel qu'il appert de l'article du Devoir du 17 juin 2015, dont copie est déposée *en liasse* sous la **pièce R-14**;
253. Dans le même article, **pièce R-14**, bien qu'il admette que la RAMQ a déjà le pouvoir de donner des amendes aux médecins qui facturent leurs patients de manière abusive, le ministre Gaétan Barrette soutient que celle-ci ne sévit jamais parce qu'il y a un problème de clarté dans les règlements et les lois;
254. C'est l'explication apportée par le ministre Gaétan Barrette pour justifier les modifications introduites par le PL 20, bien que ces modifications aillent bien au-delà d'une clarification en légalisant la surfacturation de frais accessoires selon des modalités inexistantes à ce jour. En effet, l'ancienne LAM était très claire : aucun frais ne pouvait être exigé d'un patient. Seul le coût réel d'un médicament pouvait être exigé, ce qui représentait une somme infime en général pour un patient;
255. Le Protecteur du citoyen, s'appuyant sur les propos du ministre Gaétan Barrette, indique dans son Avis, **pièce R-24**, à la page 5 :

Par d'éventuels changements législatifs et réglementaires, le ministre de la Santé et des Services sociaux envisagerait de créer un comité mandaté pour établir les frais dits « acceptables ». Par la suite, un expert indépendant nommé par le ministre verrait à fixer les tarifs associés. Dès lors, les médecins pratiquant en cabinet pourraient facturer ces nouveaux frais « acceptables » aux usagers sur la base du prix coûtant, majoré de 10 % à 15 % pour couvrir les frais administratifs et l'entreposage.

256. Depuis l'annonce par le ministre Gaétan Barrette, le 17 juin 2015, de son intention de modifier la LAM, de nombreux organismes et associations se

sont mobilisés contre la surfacturation de frais accessoires au Québec, dont notamment Médecins québécois pour un régime public, la Coalition Solidarité Santé, l'Association des retraitées et retraités de l'éducation et des autres services publics du Québec, la Confédération de syndicats nationaux, le Conseil pour la protection des malades, la **FADOQ**, la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, la Fédération de la santé du Québec, la Clinique communautaire Pointe-Saint-Charles ainsi que l'Alliance des patients pour la santé, tel qu'il appert de l'article de Radio-Canada du 14 septembre 2015 « Frais facturés aux patients : tirs groupés contre l'amendement Barrette » dont copie est déposée *en liasse* sous la **pièce R-14** et un communiqué du 14 septembre 2015, dont copie est déposée sous la **pièce R-44** (nous accentuons les caractères);

257. Le caractère public de toutes ces interventions a certainement été porté à la connaissance de la Ministre, qui n'a pourtant fait aucun commentaire, ni aucune intervention pour prévenir le gouvernement du Québec qu'il contrevenait délibérément à ses obligations et à la LCS;

4. La situation ailleurs au Canada

258. Le 7 juin 2007, un article du Globe and Mail rapporte que :

The lack of penalties - the B.C. fine was only \$29,019 - comes despite federal government concerns about the proliferation of private clinics across the country. The Health Canada documents reveal a list of 33 for-profit MRI clinics operating in six provinces, and the government worries that if appropriate safeguards are not in place, patients could receive preferred access to medically necessary services by paying out of pocket.

tel qu'il appert de l'article de Lisa Priest, intitulé « B.C. only province fined for violating Health Act », paru dans le Globe and Mail, dont copie est déposée *en liasse* sous la **pièce R-14**;

259. Le 18 juillet 2012, un article du Toronto Star mentionne que :

[...] the commission has no authority to pursue the clinics for refunds of payouts made by the province of nearly \$500,000 and its main objective is to stop the clinics from continuing its current billing practices. But he added he hopes that a court-ordered injunction could have the teeth to force the clinics to change its billing.

tel qu'il appert de l'article de journal du Toronto Star, intitulé « Private B.C. hospital told to stop extra billing » de Petti Fong, dont copie est déposée en liasse sous la **pièce R-14**;

260. Le 25 mars 2014, l'Ontario Health Coalition, un regroupement dédié à la protection et à la promotion d'un système de santé public universel de qualité, produit un document de recherche dans lequel il conclut que :

The Minister of Health has the power to more effectively monitor and curtail the extra-billing and user fees that are proliferating in the existing private clinics in Ontario. This will be a continual challenge as clinics adapt to new regulations and oversight and find ways to circumvent the Canada Health Act and Ontario legislation to increase their revenues and their profits. Regardless, the Minister has an obligation to set a much less tolerant tone than she has done to date, and can much more effectively use the resources of her Ministry to take action against the clinics that are violating medical ethics and undermining Public Medicare.

tel qu'il appert de la **pièce R-45**, aux pages 213 et 227;

261. Le 29 septembre 2014, un article de The Guardian rapporte les propos de madame Boyd, présidente de la P.E.I. Health Coalition :

As soon as you start undermining healthcare like that and you get a chain of reaction, you're going to get a two-tier system where there will be extra billing of patients and double dipping.

tel qu'il appert de l'article du journal The Guardian « Charlottetown activist fears uprooting of health care », dont copie est déposée *en liasse* sous la **pièce R-14**;

262. Le 3 mars 2016, un article du Saskatoon StarPhoenix rapporte que :

Along with patients, you pull the doctors and pull the other technicians out of the public system and that tends to actually increase wait times," Meili said, pointing to provinces like Alberta, where private MRIs exist but wait times remain.

In 2008, Premier Brad Wall said requiring a fee for MRI scans, seems to be outside the Canada Health Act.

tel qu'il appert de l'article du journal Saskatoon StarPhoenix intitulé « Saskatoon experts highly doubtful private MRI clinics will reduce wait time », de Morgan Modjeski dont copie est déposée *en liasse* sous la **pièce R-14**;

263. Le 30 mars 2016, un article de The Hill Times dénonce que :

Charging patients at the point of care for medically necessary services strikes at the heart of the principle that access to health care should be based on need rather than ability to pay.

[...]

Extra billing in Ontario, private MRIs in Saskatchewan and user fees in Quebec : violation of the Canada Health Act are on the rise across the country (nous accentuons les caractères)

tel qu'il appert de l'article du journal The Hill Times intitulé « Time for feds to enforce Canada Health Act as extra billing, user fees on rise » de Ryan Meili, dont copie est déposée *en liasse* sous la **pièce R-14**;

264. L'auteur ajoute que les appels au gouvernement fédéral pour faire respecter la LCS ont été ignorés par ce dernier, tel qu'il appert de l'article

de journal «Time for feds to enforce Canada Health Act as extra billing, user fees on rise », publié dans The Hill Times, le 30 mars 2016, dont copie est déposée *en liasse* sous la **pièce R-14**;

265. Les faits énumérés aux paragraphes 258 à 264 font état de la pratique généralisée pancanadienne de la surfacturation de frais accessoires aux usagers du système de santé public, en contravention flagrante de la LCS, ce qui met en péril l'accessibilité des canadiens aux services de santé assurés;
266. Tel qu'il appert des paragraphes 258, 259, 263, 264 ainsi que des paragraphes qui suivent, de multiples tentatives de la part de différents groupes ont été faites afin d'avertir la Ministre de cette pratique, laquelle a refusé ou omis d'agir;

5. La connaissance de la situation par la Ministre

267. La Ministre est bien au fait que plusieurs provinces contreviennent actuellement aux dispositions de la LCS concernant la surfacturation de frais accessoires et les frais modérateurs et ce, depuis de nombreuses années;
268. Dès le 6 janvier 1995, la ministre de la Santé et du Bien-être social du Canada de l'époque, Diane Marleau, considère important de réitérer l'importance de l'accessibilité et l'impact nuisible des frais chargés aux patients :

Plus précisément, et plus directement, je considère que les frais d'établissement (sic) exigés par les cliniques privées pour des services médicalement nécessaires représentent un problème sérieux qui doit être réglé. Selon moi, de tels frais constituent des frais modérateurs et à ce titre, ils contreviennent au principe de l'accessibilité de la Loi canadienne sur la santé.

tel qu'il appert du rapport annuel de la LCS, dont copie est déposée comme **pièces R-10**, aux pages 175 à 177;

269. En mars 2012, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie publie un rapport après avoir étudié les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004, tel qu'il appert de la **pièce R-46**;

270. Dans ce rapport, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie avise le gouvernement fédéral de l'existence de la surfacturation de frais accessoires à travers le Canada, notamment dans le cas de services de colonoscopie couverts par la LCS :

Cependant, de nombreux mémoires soumis au comité font état de préoccupations à l'égard de l'application de la Loi par le gouvernement fédéral. En particulier, on mentionne que des cliniques privées surfacturent des services prévus par la Loi en exigeant des frais pour recevoir ces services. On cite entre autres une étude publiée dans le Canadian Journal of Gastroenterology qui a conclu que 31,7 % des patients traités en clinique privée devaient payer des frais pour des services de colonoscopie couverts par la Loi [...].

tel qu'il appert de la **pièce R-46**, à la page 81;

271. En raison de la présence importante de frais accessoires, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a recommandé notamment au gouvernement fédéral de jouer un rôle plus proactif relativement aux contraventions et à l'application des principes de la LCS :

[...] Par conséquent, le gouvernement fédéral doit jouer un rôle plus proactif dans l'application de la Loi, notamment en ce qui a trait aux frais d'utilisation et à la surfacturation, car il est le premier responsable des soins de santé. En outre, des témoins ont recommandé la création d'un cadre de responsabilisation qui

exigerait des provinces et territoires qu'ils enquêtent sur le respect de la Loi par les cliniques.

tel qu'il appert de la **pièce R-46**, à la page 81;

272. De plus, la situation particulière de la surfacturation de frais accessoires au Québec a été très médiatisée et dénoncée par de nombreux organismes au cours des dernières années, tel qu'il appert de la **pièce R-14** ;
273. La Ministre sait ou devait savoir que la surfacturation de frais accessoires est permise ou tolérée au Québec depuis plusieurs années et que la situation se détériore;
274. Par surcroît, le 23 septembre 2015, Me Jean-Pierre Ménard, avocat des demandeurs, a fait parvenir une lettre à la ministre de la Santé du Canada de l'époque, Rona Ambrose, afin de lui rappeler les contraventions à la LCS par le gouvernement du Québec et de l'aviser des mesures législatives envisagées par le ministre Gaétan Barrette, ayant pour objectif de légaliser et d'encadrer la surfacturation de frais accessoires, tel qu'il appert de la **pièce R-47**;
275. Cette lettre est demeurée sans réponse;
276. Après les élections du 19 octobre 2015, une nouvelle ministre de la Santé du Canada est désignée;
277. Le 3 décembre 2015, Me Jean-Pierre Ménard fait parvenir une lettre à la Ministre afin de l'aviser de la situation actuelle concernant les frais accessoires au Québec, tel qu'il appert de la **pièce R-48**;
278. Aucune action n'a été prise par la Ministre suite à la réception de cette lettre;

279. Par ailleurs, la Ministre a une connaissance personnelle de la problématique canadienne des frais accessoires, tel qu'il appert d'un extrait de son site Internet daté du 18 juillet 2012, dont copie est déposée sous la **pièce R-49**:

Perhaps the principle most at risk of being affected would be that of « accessibility ». The CHA status that insured persons must have “reasonable access” to insured services “on uniform terms and conditions and on a basis that does not impede or preclude, either directly or indirectly whether by charges made to insured persons or otherwise”. The abandonment of this condition releases private business and health care providers from any obligation to be concerned about protecting access to essential services. It is not difficult to imagine how some parts of society could suffer as a result.

[...]

*The core principles of the Canada Health Act are in fact the glue that holds together the very system of Canadian medicare. Without conditions, equitable access to essential services can no longer be guaranteed. Canadian health care services will be released to the open market. This may be desirable for those who can afford such services or those with services to sell. **But it will almost certainly add to the burden of those who are poor and otherwise disadvantaged. In the current political economy of Canada, the future of medicare and its beneficiaries is uncertain at best,**(nous accentuons les caractères)*

280. Depuis plusieurs années, un grand nombre d'organismes ont pris position publiquement pour dénoncer la surfacturation de frais accessoires. Plusieurs ont transmis des demandes d'intervention à la Ministre ou à ses prédécesseurs. En raison de la médiatisation de ces interventions, il est inexplicable qu'aucune réaction n'ait émané de la Ministre pour corriger la situation et pour faire appliquer la LCS;

281. Le 21 juin 2013, Médecins Québécois pour le régime public, soit un regroupement de 500 médecins, résidents et étudiants en médecine voués à la préservation du caractère universel du système de soins de santé québécois, initie une campagne d'information et de mobilisation contre les frais accessoires, dénonçant la barrière inacceptable à l'accès aux soins qu'ils constituent, notamment pour les plus démunis, le tout tel qu'il appert du communiqué de presse daté du 21 juin 2013, dont copie est déposée en *en liasse* sous la **pièce R-50**;
282. Le 26 janvier 2014, Médecins Québécois pour le régime public et cinq (5) organisations de défense des droits des patients, réclame, lors d'un point de presse, l'intervention du ministre québécois pour mettre fin à la pratique des frais accessoires, le tout tel qu'il appert des communiqués de presse datés du 26 janvier 2014, dont copie est déposée *en liasse* comme **pièce R-51**;
283. Le 16 novembre 2014, cinq (5) associations de défense des droits et de justice sociale, nommément l'Association des retraitées et retraités de l'éducation et des autres services publics du Québec, Médecins Québécois pour le régime public, la Coalition Solidarité Santé, le Conseil pour la protection des malades et la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, dénoncent de nouveau la facturation illégale de frais accessoires, le tout tel qu'il appert des communiqués de presse datés du 16 novembre 2014, dont copie est déposée sous la **pièce R-52**;
284. Les 28 et 29 juin 2015, six (6) organisations font front commun et dénoncent simultanément leur opposition à l'annonce du ministre Gaétan Barrette quant à la normalisation des frais accessoires et les mesures qu'il entend adopter par l'entremise du PL 20, tel que plus amplement décrit aux paragraphes 234 à 255 des présentes, le tout tel qu'il appert des

communiqués de presse datés des 28 et 29 juin 2015, dont copie est déposée sous la **pièce R-53**;

285. Le 14 septembre 2015, plusieurs organisations s'unissent pour témoigner de leur opposition à la normalisation des frais accessoires dans le cadre du PL 20, nommément la **FADOQ**, demanderesse aux présentes, Médecins Québécois pour le régime public, la Coalition solidarité santé, la Clinique communautaire Pointe-St-Charles, l'AREQ, la Confédération des syndicats nationaux (ci-après désignée « **CSN** »), le Conseil pour la protection des malades, la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (ci-après désignée « **FIQ** ») et la Fédération de la santé du Québec, le tout tel qu'il appert des communiqués de presses datés du 14 septembre 2015, dont copie est déposée sous la **pièce R-44**;
286. Au cours de l'automne 2015, un regroupement d'organismes luttant contre les frais accessoires en santé voit le jour, lequel comprend l'ensemble des organisations énumérées au paragraphe précédent, de même que la Fédération de la Santé et des services Sociaux-CSN, la Fédération des professionnels-CSN, la Centrale des syndicats du Québec et le Cabinet Grenier Verbauwhede avocats (collectivement désignés « **le Regroupement** »), le tout, tel qu'il appert des communiqués datés du 5 novembre 2015, dont copie est déposée sous la **pièce R-54**;
287. Le 5 novembre 2015, par l'entremise de communiqués, tel qu'il appert de la **pièce R-54**, le Regroupement, lequel inclut la **FADOQ**, demande à la Ministre d'intervenir rapidement avant l'adoption du PL 20 pour assurer le respect de la LCS qui interdit les frais accessoires;
288. Le 14 janvier 2016, une coalition de groupes de défense des personnes âgées comprenant la **FADOQ**, l'AREQ, l'Association québécoise des retraité(e)s des secteurs public et parapublic du Québec, l'Association de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées, l'Alliance des

- associations de retraitées, l'Association québécoise des centres communautaires pour aînés, le Regroupement des popotes roulantes et autres services alimentaires bénévoles et le Regroupement interprofessionnel des intervenants retraités des services de santé, demande au gouvernement du Québec d'interdire la pratique de surfacturation de frais accessoires et de faire marche arrière avec le PL 20. Elle demande également au gouvernement du Canada de faire respecter la LCS qui interdit la pratique de surfacturation de frais accessoires, le tout tel qu'il appert des communiqués datés du 14 janvier 2016, dont copie est déposée sous la **pièce R-55** et de l'article du journal La Presse de madame Stéphanie Marin daté du 14 janvier 2016, dont copie est déposée en *liasse* sous la **pièce R-14**;
289. Le 19 janvier 2016, l'Alliance des patients pour la santé, un organisme représentant 25 associations et regroupements d'associations de patients québécois, envoie une lettre à la Ministre réclamant son intervention, tel qu'il appert de la **pièce R- 56**;
290. Le 21 janvier 2016, face à l'inaction du gouvernement du Québec, telle que plus amplement décrite au paragraphe 209 des présentes, le groupe Médecins québécois pour un régime public demande à nouveau l'intervention de la Ministre pour éliminer la pratique des frais accessoires qui menace le caractère public du système de santé, le tout tel qu'il appert du communiqué de presse du MQRP daté du 21 janvier 2016, dont copie est déposée sous **pièce R-57**;
291. Considérant ce qui précède, il est manifeste que la Ministre est informée de la situation de surfacturation de frais accessoires au Québec et ailleurs au Canada et qu'elle omet ou néglige de se conformer à ses obligations prévues à la LCS en ne retenant pas les sommes octroyées au Québec, malgré le fait que cette province ne respecte pas les conditions en regard

des frais accessoires, qu'elle en ait été informée à plusieurs reprises et que de multiples demandes lui ont été faites en ce sens;

292. La situation de surfacturation de frais accessoires ayant été dénoncée depuis plusieurs années déjà, tel que relaté aux paragraphes 267 à 290 des présentes, la Ministre a eu un délai raisonnable afin de mettre en œuvre les articles 18 à 21 de la LCS et d'imposer les retenues qui s'imposent à l'égard du gouvernement du Québec pour son non-respect de la LCS, mais a négligé ou omis de le faire;
293. De même, la Ministre a fait preuve du même laxisme envers les autres provinces du Canada qui tolèrent ou ferment les yeux sur la facturation des frais accessoires aux patients canadiens;

6. Le remède recherché : l'ordonnance de mandamus

a. L'obligation d'agir à caractère public

294. Tel qu'expliqué aux paragraphes 100 à 123, la Ministre a l'obligation, dès lors que l'information est portée à sa connaissance quant à la pratique de la surfacturation de frais accessoires ou de frais modérateurs aux patients, de déduire un montant équivalent au montant de la surfacturation de frais accessoires ou de frais modérateurs chargés par les médecins et les dentistes de la province;
295. Il s'agit d'une obligation d'agir à caractère public lorsqu'une province permet ou tolère la surfacturation de frais accessoires et de frais modérateurs;
296. La LCS ne donne aucune discrétion à la Ministre lorsqu'il s'agit de surfacturation de frais accessoires et de frais modérateurs, selon les articles 18 à 21 de la LCS;

b. L'obligation existe envers les demandeurs

297. Les demandeurs sont dans leur droit de demander que la présente demande de contrôle judiciaire soit accordée;
298. Les demandeurs demandent de se faire accorder la qualité pour agir dans l'intérêt public;
299. Les demandeurs ont un intérêt réel et véritable à ce qu'il soit ordonné à la Ministre d'appliquer les articles 18 à 21 de la LCS, afin qu'il soit mis un terme à la pratique illégale récurrente de la surfacturation de frais accessoires aux services de santé assurés, laquelle touche personnellement les demandeurs, monsieur Ferland et madame Hacala Meunier, ainsi qu'un nombre substantiel de membres de la FADOQ;
300. En effet, les frais accessoires touchent plusieurs catégories de soins qui affectent particulièrement les personnes âgées membres de la FADOQ, dont notamment, mais non limitativement, le traitement de la dégénérescence maculaire, les colonoscopies et les vasectomies, le tout tel qu'il appert de l'article du journal Le Devoir du 1er décembre 2011, intitulé «Frais accessoires – Gaétan Barrette fustige le ministre Bolduc » , dont copie est déposée sous la **pièce R-14** et de la **pièce R-24**;
301. La FADOQ a, par le biais de sa mission, un intérêt véritable dans la présente demande, en ce que l'inaction de la Ministre permet et favorise la surfacturation de frais accessoires, ce qui touche particulièrement ses membres;
302. Par ailleurs, en plus de supporter une partie du coût de cette procédure, la FADOQ ne bénéficie d'aucun avantage financier en lien avec la présente demande;

303. Encore à ce jour, la FADOQ reçoit plusieurs plaintes par semaine et encore à ce jour, de la part des personnes qui ont dû payer des frais accessoires illégaux ou qui se privent de soins en raison de leur incapacité de payer;
304. En plus d'un intérêt public lui permettant d'agir aux présentes, la FADOQ a un intérêt spécial afin d'exiger le respect des obligations légales en vertu de la LCS par la Ministre;
305. La FADOQ a donc un droit clair de demander que la présente demande soit accordée, car la Ministre a fait défaut d'accomplir son devoir tel que prévu à la LCS;
306. Les demandeurs, monsieur Ferland et madame Hacala Meunier, ont un intérêt dans la présente requête, en ce que l'inaction de la Ministre permet et favorise la surfacturation de frais accessoires, puisqu'ils doivent et devront payer des frais supplémentaires pour des services assurés requis pour traiter leur condition de santé;
307. Il ressort clairement de la nature de la LCS qu'il ne peut y avoir personne d'autre que les demandeurs, monsieur Ferland et madame Hacala Meunier qui ont un intérêt plus direct pour requérir de la Ministre l'exécution de ses obligations prévues à l'article 20 de la LCS;
308. En conséquence, tous les demandeurs doivent être reconnus comme ayant la qualité pour agir aux présentes dans l'intérêt public;

c. Il existe un droit clair d'obtenir l'exécution de cette obligation

309. La LCS n'accorde aucune discrétion à la Ministre dès lors qu'il y a surfacturation de frais accessoires ou de frais modérateurs imposés aux patients canadiens;

310. L'intention du législateur est tout à fait claire à l'effet que la LCS ne permet aucune surfacturation de frais accessoires ou imposition de frais modérateurs;
311. La LCS est également très claire quant à l'obligation de la Ministre de déduire les contributions payables à une province d'un montant égal à la surfacturation ou aux frais modérateurs imposés aux patients, tel que déterminé par règlement;
312. Les demandeurs ont rempli toutes les conditions préexistantes pour demander l'exécution de cette obligation, tel qu'énoncé ci-dessous;
313. Tel que décrit au paragraphe 287, la FADOQ a demandé à la Ministre d'intervenir afin de s'assurer de l'application de la LCS et de mettre un terme à la surfacturation de frais accessoires;
314. Un long délai s'est écoulé depuis le moment où la Ministre aurait dû mettre en œuvre ses obligations, sans par ailleurs que cette dernière n'exprime la moindre intention de s'y conformer;
315. Or, malgré toutes les demandes décrites aux paragraphes 267 à 290, la Ministre n'a jamais pris la moindre mesure pour faire appliquer la LCS au Québec;
316. La Ministre a été sollicitée à de nombreuses reprises pour agir et a refusé ou négligé de le faire;

d. Les demandeurs n'ont aucun autre recours adéquat

317. Les recours collectifs intentés par le passé, tel qu'expliqué aux paragraphes 158 à 180, n'ont pas permis d'obliger le gouvernement du

Québec à interdire formellement la surfacturation de frais accessoires et à être proactif afin que l'interdiction soit respectée dans les faits;

318. Les plaintes déposées auprès du CMQ ne permettent pas d'empêcher ou de prévenir la surfacturation de frais accessoires, puisqu'elles sont maintenant traitées dans le contexte de l'adoption prochaine par le gouvernement du Québec du règlement permettant la surfacturation de frais accessoires selon certaines modalités;
319. Il n'existe aucun autre moyen juridique permettant d'empêcher la pratique de la surfacturation de frais accessoires ou des frais modérateurs;
320. Il n'y a aucun autre moyen raisonnable et efficace de saisir le tribunal de la question du pouvoir légal que soulèvent les demandeurs dans leur demande;

e. L'ordonnance sollicitée aura un effet pratique immédiat

321. Depuis plusieurs années, de nombreuses demandes d'intervention ont été faites au gouvernement du Québec afin qu'il agisse pour interdire formellement la surfacturation de frais accessoires, mais aucune de ces demandes n'a mené au résultat visé; seule l'intervention du gouvernement du Canada par l'entremise de la Ministre peut faire cesser la surfacturation illégale des frais accessoires;
322. L'ordonnance recherchée aura une incidence pratique immédiate puisqu'elle arrêtera, dès lors qu'elle sera appliquée, la surfacturation et les frais modérateurs, non seulement au Québec, mais partout ailleurs au Canada;
323. L'expérience passée de l'application de la LCS, dans les cas où elle fut appliquée, confirme qu'à toutes les fois où la Ministre ou ses

prédécesseurs ont déduit des sommes dues à une province en vertu de l'article 20 de la LCS, la province en cause a toujours pris les moyens pour faire cesser ces pratiques;

f. Sur le plan de l'équité (*equity*), rien n'empêche les demandeurs d'obtenir le redressement demandé

324. Les demandeurs ne peuvent faire l'objet d'aucun reproche qui permettrait, en vertu de l'équité, d'empêcher d'obtenir le redressement demandé;

325. Les questions soulevées par la présente demande ne sont pas futiles et doivent être tranchées par les tribunaux;

g. La balance des inconvénients penche très clairement en faveur des demandeurs

326. En raison des faits allégués ci-dessus, la surfacturation de frais accessoires existe depuis longtemps et est de plus en plus présente et préjudiciable aux Canadiens;

327. La conséquence la plus importante et la plus dommageable pour les citoyens québécois et canadiens est que la pratique de la surfacturation de frais accessoires remet en cause l'un des fondements les plus importants du système de santé canadien;

328. En effet, la tolérance et le défaut d'agir de la Ministre quant à la surfacturation de frais accessoires et de frais modérateurs par les médecins et les dentistes créent une brèche majeure dans le système de santé public canadien;

329. La surfacturation de frais accessoires et de frais modérateurs rétablissent le critère de la capacité financière de payer comme condition d'accès aux soins, alors que l'objectif de la LCS est de prévoir un accès universel aux

- soins de santé, fondé uniquement sur l'urgence et la gravité de l'état de santé du patient;
330. La pratique de surfacturation de frais accessoires est une contravention directe au principe d'accessibilité prévu à la LCS, en créant un obstacle de nature financière à l'accès aux soins médicaux pour les citoyens qui n'ont pas les moyens de payer;
 331. La pratique de frais accessoires compromet les principes d'universalité et d'accessibilité à la base du régime public et risque de contribuer à l'émergence d'un système de santé à deux vitesses qui discriminerait selon la capacité de payer des patients, tel que le soutient également le Protecteur du citoyen du Québec dans son rapport en **pièce R-22**, aux pages 5 et 6;
 332. Tel que mentionné au paragraphe 201, la surfacturation de frais accessoires augmente de façon considérable depuis plusieurs années, étant donné la non application de la LCS par la Ministre et il est probable que cette pratique s'accroisse davantage advenant le rejet du présent recours, ce qui compromettrait encore plus le caractère public et accessible du système de santé public canadien;
 333. Le défaut de la Ministre de faire appliquer la LCS risque d'entraîner, à très court terme, une situation irréversible où s'effondrerait le droit fondamental des Canadiens d'avoir accès aux services de santé selon les conditions prévues à la LCS;
 334. La non-application de la LCS par la Ministre fait en sorte que les médecins québécois et canadiens orientent les patients de plus en plus vers les cliniques privées, car contrairement à la pratique en milieu hospitalier, les médecins peuvent y charger des frais en raison de la tolérance du MSSS, et ce, sans laisser le choix aux patients;

335. Dans un sondage réalisé par la firme Léger en 2013, intitulé « Perception du système de santé par les patients québécois », 34 % des répondants, sur un total de 1 501, ont répondu qu'il leur était déjà arrivé, au cours des deux dernières années, d'être référés par un médecin ou un membre d'un établissement du réseau public de santé à un service privé, tel qu'il appert de la **pièce R-58**;
336. De plus, au moment de se présenter dans les cliniques privées, les patients doivent payer des frais accessoires s'ils souhaitent bénéficier du traitement requis par leur condition de santé, traitements qui seraient gratuits s'ils étaient reçus en milieu hospitalier;
337. La pratique des frais accessoires a pour effet que les hôpitaux diminuent les services offerts, sachant que ces services sont offerts en cliniques privées, ce qui réduit d'autant plus l'offre de services publics et aggrave le problème d'accès aux soins;
338. À titre d'exemple, les ophtalmologistes réfèrent les patients qui se présentent en clinique externe d'ophtalmologie de leur hôpital pour obtenir des injections de Lucentis pour la dégénérescence maculaire, à la clinique médicale à laquelle ils sont rattachés puisque l'hôpital ne leur offre plus ces soins, tel qu'il appert de l'Avis du Protecteur du citoyen du Québec, dont une copie est déposée sous la **pièce R-24**, à la page 7;
339. Tel qu'il appert du mémoire présenté au Commissaire à la Santé et au Bien-être par l'Association des cliniques médicales du Québec, le 29 janvier 2016, depuis plusieurs années, certains services ont été privatisés et ne s'offrent plus dans les établissements publics, le tout tel qu'il appert de la **pièce R-59**;

340. La pratique de surfacturation de frais accessoires se révèle extrêmement coûteuse pour les patients, car selon les déclarations mêmes du ministre Gaétan Barrette, une somme approximative de 50 millions de dollars est payée chaque année par les usagers québécois, en frais accessoires, pour avoir accès à des soins médicaux assurés (paragraphe 245);
341. La surfacturation de frais accessoires touche davantage certaines clientèles particulières : les personnes à revenu moyen, en particulier celles qui n'ont pas d'assurance privée, les personnes sans emploi, les personnes au travail mais à faible revenu, les personnes en difficulté ou en perte d'autonomie, les personnes âgées, les personnes aux prises avec une maladie chronique, les personnes victimes d'abus et d'agressions graves, les personnes aux prises avec un problème de santé mentale, les personnes avec un handicap physique, intellectuel ou un trouble du spectre de l'autisme, les personnes avec une dépendance (alcool, drogue, jeu) et les personnes itinérantes, le tout tel qu'il appert de l'Avis du Protecteur du citoyen, **pièce R-24**, à la page 6;
342. La pratique de surfacturation de frais accessoires oblige un certain nombre de patients à se priver de soins;
343. Dans le cadre du sondage réalisé par la firme Léger « Perception du système de santé par les patients québécois », 29 % des répondants ont déjà renoncé, au cours des deux dernières années, à des soins de santé en raison de leurs coûts, le tout tel qu'il appert de la **pièce R-58**;
344. Si le recours est accordé, les gouvernements provinciaux, dont celui du Québec, devront agir dans le dossier des frais accessoires et cesser de permettre la surfacturation de frais accessoires pour éviter de faire l'objet de coupures effectuées par la Ministre en vertu de l'article 20 de la LCS;

345. Le ministre québécois, comme tous les ministres de la santé des autres provinces, devra choisir entre d'une part, la protection des droits fondamentaux des patients, le respect et le maintien des principes prévus à la LCS, piliers du système de santé public canadien et d'autre part, les intérêts d'un certain nombre de médecins;
346. En négligeant d'agir, la Ministre laisse sans défense les patients québécois et canadiens qui doivent assumer le paiement de frais accessoires;
347. Advenant le rejet du recours, la surfacturation de frais accessoires au Québec continuera de s'accroître, et ce, au détriment des patients qui devront payer plus pour un plus grand nombre de services assurés;
348. Advenant le rejet du recours, le gouvernement du Québec continuera de mettre en place des stratégies de contournement qui violent la LCS de façon injustifiable;
349. Le rejet de la présente demande aura un effet dévastateur et préjudiciable sur tous les patients canadiens, car cela généralisera la pratique de surfacturation de frais accessoires et de frais modérateurs partout au Canada et rendra impossible l'application de la condition d'accessibilité prévue à la LCS;

Les documents suivants sont présentés à l'appui de la demande :

Affidavits :

1. Affidavit de monsieur Danny Prud'homme, représentant de la FADOQ;
2. Affidavit de monsieur Marc Ferland, demandeur;
3. Affidavit de madame Liette Aachala Meunier, demanderesse;

Pièces documentaires :

- Pièce R-1 :** Lettres patentes de la FADOQ délivrées le 24 octobre 1995;
- Pièce R-2 :** Résolution de la FADOQ datée du 17 février 2016;
- Pièce R-3 :** Documentation en lien avec les frais accessoires payés par monsieur Ferland;
- Pièce R-4 :** Documentation en lien avec les frais accessoires payés par madame Hacala Meunier;
- Pièce R-5 :** Rapport du juge Emmett Hall de 1980, intitulé « Le programme de Santé nationale et provinciale du Canada pour les années 1980 »;
- Pièce R-6 :** Copie du Bulletin d'actualité de Odette Madore intitulé : « Loi canadienne sur la santé : aperçu et options », daté du 6 mai 2005;
- Pièce R-7 :** Copie du document publié par le ministre de la Santé et des Services sociaux intitulé : « Pour une assurance-santé universelle : la politique du gouvernement du Canada » et publié en 1983;
- Pièce R-8:** Extraits du Compte rendu officiel des débats de la Chambre des communes, 2^e session, 32^e législature, vol. I, 1984;
- Pièce R-9 :** Extraits du Compte rendu officiel des débats de la Chambre des communes, 2^e session, 32^e législature, vol. III, 1984;
- Pièce R-10 :** Copie du Rapport annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé, 2014-2015;
- Pièce R-11:** *En liasse*, Extraits des rapports annuels sur l'application de la la Loi canadienne sur la santé, 2002-2003 à 2013-2014;
- Pièce R-12 :** Entente entre la FMOQ et la RAMQ;
- Pièce R-13 :** Entente entre la FMSQ et la RAMQ;
- Pièce R-14 :** *En liasse*, articles de journaux parus entre le 15 mars 2011 et le 14 janvier 2016;
- Pièce R-15 :** *En liasse*, documentation relative à la surfacturation de frais accessoires au Québec;

- Pièce R-16** : *Association pour l'accès à l'avortement c. Québec (Procureur général)*, 2006 QCCS 4694;
- Pièce R-17** : *Lavoie c. Régie de l'assurance maladie du Québec* (2013 QCCS 866);
- Pièce R-18** : Requête pour autorisation d'exercer un recours collectif amendée du 30 juin 2015 dans le dossier N° 500-06-000695-144;
- Pièce R-19** : Rapport au Ministre de la Santé et des Services sociaux du Comité de travail sur les frais accessoires daté du 1^{er} octobre 2007 (Rapport Chicoine);
- Pièce R-20** : Rapport du groupe de travail sur le financement du système de santé daté du mois de février 2008 intitulé « En avoir pour notre argent »;
- Pièce R-21** : Rapport du CA à l'Assemblée générale des membres du MQRP daté du 3 juin 2013 intitulé *Pas de frais pour les patients parce que payer de sa santé n'a rien d'accessoire*;
- Pièce R-22** : Rapport annuel du Protecteur du citoyen 2011-2012;
- Pièce R-23** : Communiqué du CMQ, daté du 16 avril 2015;
- Pièce R-24** : Avis sur les frais accessoires du Protecteur du citoyen à l'intention du ministre de la Santé et des Services sociaux et de la Commission de la Santé et des Services sociaux daté du 1^{er} octobre 2015;
- Pièce R-25** : Lettre de la Protectrice du citoyen adressée au Ministre de la Santé et des Services sociaux et aux Membres de la Commission de la santé et des services sociaux datée du 5 octobre 2015;
- Pièce R-26** : Rapport 2015 de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles intitulé *Facturation aux patients : Le portefeuille en prend pour son rhume*;
- Pièce R-27** : Note socioéconomique de l'IRIS datée du mois de novembre 2015;
- Pièce R-28** : *En liasse*, le procès-verbal de l'Assemblée du 26 novembre 2015 et des extraits des pétitions;
- Pièce R-29** : Extrait du Journal des débats de l'Assemblée nationale, 40^e législature, 1^{ère} session, vol. 43, no 66, 13 juin 2013;

- Pièce R-30** : Guide explicatif du CMQ sur les modifications au *Code de déontologie des médecins* daté du mois de janvier 2015;
- Pièce R-31** : Gazette officielle du Québec, 23 décembre 2014, 146^e année, no 52, Décret 1113-2014, 10 décembre 2014;
- Pièce R-32** : Extrait du Journal des débats de la Commission, 30 septembre 2015, vol. 44, no 74;
- Pièce R-33** : Communiqué du ministre de la Santé et des Services sociaux daté du 18 juin 2015;
- Pièce R-34** : Communiqué du CMQ daté du 18 juin 2015;
- Pièce R-35** : Gazette officielle du Québec, 3 juillet 2015, 147^e année, no 26B, Décret 587-2015, 30 juin 2015;
- Pièce R-36** : Communiqué du CMQ daté du 6 juillet 2015;
- Pièce R-37** : Point de presse de madame Stéphanie Vallée, ministre de la Justice et ministre responsable de la Condition féminine, et de monsieur Gaétan Barrette, ministre de la Santé et des Services sociaux du 7 octobre 2015, 14h;
- Pièce R-38** : Extrait du Journal des débats de l'Assemblée, 28 novembre 2014, vol. 44, no 49;
- Pièce R-39** : Extrait du Journal des débats de la Commission, 18 mars 2015, vol. 44, no 41;
- Pièce R-40** : Extrait du Journal des débats de la Commission, 24 mars 2015, vol. 44, no 43;
- Pièce R-41** : Extrait du Journal des débats de la Commission, 24 septembre 2015, vol. 44, no 72;
- Pièce R-42** : Extrait du Journal des débats de la Commission, 29 septembre 2015, vol. 44, no 73;
- Pièce R-43** : Extrait du Journal des débats de la Commission, 6 octobre 2015, vol. 44, no 74;
- Pièce R-44** : *En liasse*, communiqués de MQRP, CSS et l'AREQ datés du 14 septembre 2015;

- Pièce R-45** : Rapport de la Ontario Health Coalition intitulé *For Health or Wealth : The evidence regarding private clinics and users fees in Ontario* daté du 25 mars 2014;
- Pièce R-46** : Rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie daté de mars 2012;
- Pièce R-47** : Lettre de Me Jean-Pierre Ménard à l'honorable Rona Ambrose, Ministre de la Santé du Canada, datée du 23 septembre 2015;
- Pièce R-48** : Lettre de Me Jean-Pierre Ménard à l'honorable Jane Philpott, Ministre de la Santé du Canada, datée du 3 décembre 2015;
- Pièce R-49** : Extrait de la page personnelle de la docteure Jane Philpott daté du 18 juillet 2012;
- Pièce R-50** : Communiqué de MQRP, daté du 21 juin 2013;
- Pièce R-51** : *En liasse*, communiqués de MQRP et CSSS, datés du 26 janvier 2014;
- Pièce R-52** : *En liasse*, communiqués de CSS et AREQ, datés du 16 novembre 2014;
- Pièce R-53** : *En liasse*, communiqués de presse de la CSN, MQRP et AREQ, datés des 28 et 29 juin 2015;
- Pièce R-54** : *En liasse*, communiqués de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles l'AREQ, CSS et la CSN, datés du 5 novembre 2015;
- Pièce R-55** : Communiqué de l'AREQ intitulé *Les aînés s'opposent aux frais accessoires en santé* daté du 14 janvier 2016;
- Pièce R-56** : Communiqué de presse de l'Alliance des patients pour la santé daté du 19 janvier 2016;
- Pièce R-57** : *En liasse*, communiqués de la CSN et MQRP datés du 21 janvier 2016;
- Pièce R-58** : Rapport de recherche de Léger sur la perception du système de santé par les patients québécois daté du mois d'octobre 2013;

Pièce R-59 : Mémoire présenté au Commissaire à la santé et au bien-être par l'Association des cliniques médicales du Québec daté du 29 janvier 2016;

Les demandeurs demandent à la Ministre de la Santé de lui faire parvenir et d'envoyer au greffe une copie certifiée des documents suivants qui ne sont pas en sa possession, mais qui sont en la possession de l'office fédéral :

1. Tous les mémos, communications, rapports, études, notes et avis qu'elle a reçus depuis cinq (5) ans faisant état de contraventions à la *Loi canadienne sur la santé* provenant de toutes sources;
2. Tous les relevés des intervenants médiatiques émanant de tous les médias du Canada qui ont été portés à sa connaissance à l'égard de frais modérateurs et de surfacturation;
3. Le cas échéant, copie du rapport produit par la Régie de l'assurance maladie du Québec en 2010 intitulé « Frais facturés aux personnes assurées – Éléments de réflexion et pistes de solution » qui lui aurait été transmis; et
4. Tous documents, correspondances, courriels ou autres échanges entre le gouvernement du Canada et du gouvernement du Québec concernant l'application de la *Loi canadienne sur la santé* et la pratique des frais accessoires.

Montréal, le 2 mai 2016

Me Jean-Pierre Ménard
Ménard Martin Avocats
4950 rue Hochelaga
Montréal (Québec) H1V 1E8
Téléphone : 514-253-8044
Télécopieur : 514-253-9404

Procureurs des demandeurs