

**CANADA**

**PROVINCE DE QUÉBEC  
DISTRICT DE QUÉBEC**

**N° : 200-06-000105-083**

**COUR SUPÉRIEURE  
(Recours collectif)**

---

**SERGE TREMBLAY**

Demandeur

c.

**LA CAPITALE ASSUREUR DE  
L'ADMINISTRATION PUBLIQUE INC.**

et

**LA CAPITALE ASSURANCES ET  
GESTION DU PATRIMOINE INC.**

Défenderesses

et

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES  
SERVICES SOCIAUX**

et

**ASSOCIATION QUÉBÉCOISE  
D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE  
SERVICES SOCIAUX**

et

**ASSOCIATION DES ÉTABLISSEMENTS  
PRIVÉS CONVENTIONNÉS**

et

**ASSOCIATION DES CENTRES  
JEUNESSE DU QUÉBEC**

et

**ASSOCIATION DES ÉTABLISSEMENTS  
DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE  
PHYSIQUE DU QUÉBEC**

et

**FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES  
CENTRES DE RÉADAPTATION EN  
DÉFICIENCE INTELLECTUELLE**

et

**ASSOCIATION DES CENTRES DE  
RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE DU  
QUÉBEC**

et



---

**GRAVEL BERNIER VAILLANCOURT  
AVOCATS**

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU  
LOISIR ET DU SPORT

et  
FÉDÉRATION DES COMMISSIONS  
SCOLAIRES DU QUÉBEC

et  
ASSOCIATION DES COMMISSIONS  
SCOLAIRES ANGLOPHONES DU  
QUÉBEC

et  
FÉDÉRATION DES CÉGEPS

et  
SYNDICAT CANADIEN DE LA  
FONCTION PUBLIQUE (S.C.F.P.)

et  
SYNDICAT QUÉBÉCOIS DES  
EMPLOYÉES ET EMPLOYÉS DE  
SERVICE SECTION LOCALE 298

et  
UNION DES EMPLOYÉES ET  
EMPLOYÉS DE SERVICE, SECTION  
LOCALE 800 (F.T.Q.)

et  
SYNDICATION DES EMPLOYÉES ET  
EMPLOYÉS PROFESSIONNELS-LES ET  
DE BUREAU-QUÉBEC (C.T.C.-F.T.Q.)

Intervenants

---

## DÉFENSE

---

AU SOUTIEN DE LEUR DÉFENSE, LES DÉFENDERESSES PLAIDENT CE QUI  
SUIT :

1. Quant au paragraphe 1 de la requête introductive d'instance, les défenderesses s'en remettent au jugement rendu le 6 novembre 2009 par l'Honorable Jean Lemelin, j.c.s., et nient tout ce qui n'y serait pas conforme;
2. Quant au paragraphe 2, elles précisent que le groupe est composé de 306 membres selon la liste transmise à la partie demanderesse le 17 juin 2010;



3. Quant au paragraphe 3, elles s'en remettent à la pièce P-1, niant tout ce qui n'y serait pas conforme;
4. Quant au paragraphe 4, elles s'en remettent à la pièce P-2, niant tout ce qui n'y serait pas conforme;
5. Quant au paragraphe 5, elles s'en remettent à la pièce P-3, niant tout ce qui n'y serait pas conforme;
6. Elles admettent le paragraphe 6;
7. Elles prennent acte des paragraphes 7 à 9;
8. Quant au paragraphe 10, elles prennent acte que le demandeur était, en date du 31 décembre 1996, régi par la convention collective pièce PT-4;
9. Quant au paragraphe 11, elles précisent que le demandeur était plutôt adhérent aux contrats, que son adhésion était sujette aux conditions d'admissibilité des contrats et que ses enfants étaient, depuis 1992, couverts à titre de personnes à charge;
10. Quant au paragraphe 12, elles s'en remettent à la pièce PT-4, niant tout ce qui n'y serait pas conforme;
11. Quant au paragraphe 13, elles s'en remettent à la pièce P-5, niant tout ce qui n'y serait pas conforme;
12. Elles nient, tel que rédigé, le paragraphe 14, notamment les prétentions du demandeur selon lesquelles l'Assureur assume les obligations de l'assureur antérieur, et reproduisent à ce titre au long les clauses 1.7 et 2.7 de la pièce P-5 :

*1.7 « Contrat antérieur » : Le ou les contrat collectifs d'assurance, en existence immédiatement avant l'entrée en vigueur du présent contrat, couvrant les salariés de l'employeur et leurs personnes à charge, le cas échéant;*

**2.7 Dispositions de transition**

*2.7.1 Pour un participant assuré seul ou avec ses personnes à charge en vertu d'un contrat antérieur,*



*l'Assureur garantit le lien avec le présent contrat et le contrat subséquent conformément à la Loi sur les assurances et du Règlement général en application de la Loi sur les assurances, le participant ne devant subir aucun préjudice dû au changement de contrat, qu'il soit au travail ou non.*

*2.7.2 Dans le cas d'un participant qui, antérieurement à sa demande d'adhésion, était assuré en vertu d'un contrat antérieur, l'Assureur n'est pas responsable du paiement de prestations qui pourraient être dues par l'assureur précédent en vertu d'une clause de prolongation, d'exonération ou de transformation ou autrement.*

13. Quant au paragraphe 15, les défenderesses s'en remettent à la pièce P-5, niant tout ce qui n'y serait pas conforme et prennent acte de l'admission du demandeur selon laquelle il faut être salarié membre d'un syndicat affilié à la FTQ pour être couvert par le contrat P-5;
14. Elles admettent le paragraphe 16;
15. Elles nient le paragraphe 17 et précisent que le nombre d'adhérents au 31 décembre 2009 était de 35 000;
16. Quant aux paragraphes 18 à 21, elles s'en remettent à la pièce P-5, niant tout ce qui n'y serait pas conforme;
17. Quant au paragraphe 22, elles s'en remettent à la pièce P-6, niant tout ce qui n'y serait pas conforme et réfutent plus particulièrement que la date du contrat P-6 soit le 17 décembre 2002 puisque celui-ci est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2001 et ajoutent que ce contrat n'est pas une simple consolidation, mais un nouveau contrat, le tout tel qu'il sera plus amplement explicité;
18. Quant au paragraphe 23, elles s'en remettent à la clause 11 de la pièce P-6, niant tout ce qui n'y serait pas conforme;
19. Elles nient, tel que rédigé, le paragraphe 24, précisant qu'un nouveau contrat est intervenu au cours de l'année 2009;



20. Elles nient, tel que rédigé, le paragraphe 25, précisant que ce document est au contraire un contrat distinct entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1997 et non le 22 octobre 1997, le tout tel qu'il appert de ce contrat produit comme pièce D-1;
21. Quant au paragraphe 26, elles s'en remettent à la pièce P-1, niant tout ce qui n'y serait pas conforme;
22. Quant au paragraphe 27, elles s'en remettent à la pièce P-6, niant tout ce qui n'y serait pas conforme;
23. Quant au paragraphe 28, elles s'en remettent à la pièce P-5, niant tout ce qui n'y serait pas conforme;
24. Les défenderesses nient catégoriquement les paragraphes 29 et 30, ajoutant que tout changement a été fait du consentement des parties contractantes et en conformité de la loi;
25. Quant au paragraphe 31, les défenderesses prennent acte que c'est la compagnie d'assurance Standard Life qui offre la protection d'assurance invalidité pour ce groupe d'assurés;
26. Quant au paragraphe 32, les défenderesses s'en remettent à la pièce PT-7A, niant tout ce qui n'y serait pas conforme et précisant que ce document réfère à la nécessité pour l'assuré de consulter le contrat d'assurance collective pour connaître les règles d'admissibilité et les exclusions, conformément à ce qui est prévu par la loi;
27. Elles nient le paragraphe 33, tel que rédigé;
28. Quant au paragraphe 34, les défenderesses s'en remettent à la pièce P-8, niant tout ce qui n'y serait pas conforme et précisent que le pamphlet P-8 date de 1993 et identifie les personnes admissibles au contrat d'assurance collective à cette date, qu'il s'agit d'un document à titre informatif qui ne change en rien les dispositions du contrat;
29. Quant au paragraphe 35, elles s'en remettent à la pièce PT-8A, niant tout ce qui n'y serait pas conforme et précisant que ces documents sont datés respectivement du 28 avril 2000 et du 27 novembre 2003 et qu'ils reflètent la situation du demandeur et les clauses du contrat en vigueur à ces dates précises et qu'aucune autre inférence ne saurait être tirée de ces documents;



30. Quant au paragraphe 36, elles s'en remettent à la pièce PT-9, niant tout ce qui n'y serait pas conforme et précisant que ce document est daté du 5 juin 2006 et qu'il reflète la situation du demandeur et les clauses du contrat en vigueur à cette date précise et qu'aucune autre inférence ne saurait être tirée de ce document;
31. Quant au paragraphe 37, les défenderesses s'en remettent à la pièce PT-9 et précisent que celle-ci démontre bien que les motifs à l'origine des changements concernant l'assurance du demandeur étaient non seulement légitimes, mais tout à fait légaux, le tout tel qu'il sera détaillé ci-après;
32. Quant au paragraphe 38, elles s'en remettent à la pièce PT-9, niant tout ce qui n'y serait pas conforme;
33. Quant au paragraphe 39, elles s'en remettent à la pièce PT-9 et précisent que la déduction faite par le demandeur est inexacte;
34. Quant aux paragraphes 40, 41 et 42, elles s'en remettent à la pièce P-10, niant tout ce qui n'y serait pas conforme, et précisent que ce portrait est incomplet, tel qu'il sera plus amplement explicité;
35. Quant au paragraphe 43, elles s'en remettent à la pièce PT-11, niant tout ce qui n'y serait pas conforme, et précisent que cette pièce doit être lue en corrélation avec la pièce P-12;
36. Quant au paragraphe 44, les défenderesses s'en remettent à la pièce P-12 précisant que cette pièce doit être lue en corrélation avec la pièce PT-11;
37. Les défenderesses nient catégoriquement le paragraphe 45 et, particulièrement, que le retrait ait été unilatéral et/ou illégal, ajoutant que les modifications sont conformes aux obligations de l'assureur et ont été ajoutées de consentement avec le Preneur;
38. Quant au paragraphe 46, les défenderesses s'en remettent à l'article 2403 du *Code civil du Québec*, ajoutant que la disposition invoquée en l'espèce était dans le contrat;
39. Elles nient catégoriquement le paragraphe 47 et lient contestation à ce sujet;
40. Elles nient le paragraphe 48, notant au passage que malgré la prétention du demandeur à l'effet que c'est le contrat P-5 qui s'applique, il invoque désormais le contrat P-6 à l'appui de sa théorie de la cristallisation, laquelle est niée par les défenderesses comme étant non conforme au droit en vigueur à l'égard des garanties pour lesquelles il revendique le droit au maintien de l'exonération des primes;



41. Les défenderesses nient le paragraphe 49, réitérant que l'absence de fondement du raisonnement juridique du demandeur sera démontrée ci-après;
42. Elles nient catégoriquement le paragraphe 50 et lient contestation à ce sujet;
43. Elles nient le paragraphe 51 et ajoutent que l'article 2405 du *Code civil du Québec* confirme le pouvoir du Preneur et de l'Assureur de modifier le contrat de consentement et que cet article n'a donc pas la portée que veut lui donner le demandeur;
44. Elles nient le paragraphe 52, réitérant que les contrats P-5, D-1 et P-6 sont des contrats distincts comportant chacun des dates d'échéance et des dates de renouvellement et que les changements, loin d'être contraires à l'ordre public, représentaient au contraire la volonté et l'intérêt des parties, soit le Preneur et l'Assureur;
45. Elles nient le paragraphe 53, précisant que l'appartenance à un groupe est la règle en assurance collective tel que prévu aux articles 255 et suivants du *Règlement d'application de la Loi sur les assurances* dans sa version en vigueur à l'époque des faits en litige;
46. Les défenderesses nient le paragraphe 54, ajoutant que les termes de la clause 7.5.10.3 du contrat P-6 sont très clairs et que la prétention du demandeur à l'effet contraire est tout à fait injustifiée;
47. Quant au paragraphe 55, elles s'en remettent à la pièce PT-4A concernant la date de terminaison de l'emploi du demandeur, ignorant depuis quand ce dernier ne paie plus de cotisations syndicales et nient quant au reste, ajoutant que ce n'est que le 14 mai 2006 que la clause 7.5.10.3 trouvait son application puisque celle-ci parle de la cessation d'appartenance d'un groupe de salariés et qu'en conséquence la décision de l'Assureur et du Preneur est loin d'être arbitraire ou déraisonnable;
48. Quant au paragraphe 56, elles nient, ajoutant que l'article 2404 du *Code civil du Québec* n'a aucune application en l'espèce;
49. Elles nient catégoriquement le paragraphe 57;
50. Quant au paragraphe 58, les défenderesses s'en remettent aux articles 45, 46 et 48 de la *Loi sur l'assurance médicaments*, mais nient catégoriquement qu'il y ait eu une quelconque contravention à l'un ou l'autre de ces articles, le tout tel qu'il sera plus amplement démontré ci-après;
51. Elles nient catégoriquement le paragraphe 59;



- 8 -

52. Quant au paragraphe 60, les défenderesses s'en remettent aux articles 16, 34, 36, 38 et 42 de la *Loi sur l'assurance médicaments*, mais nient catégoriquement qu'il y ait eu une quelconque contravention à l'un ou l'autre de ces articles;
53. Les défenderesses nient catégoriquement le paragraphe 61, ajoutant que des changements effectués à un contrat d'assurance collective en toute légalité à la demande du Preneur et du consentement des parties contractantes ne peuvent en aucun cas être assimilés à des « manœuvres » et que lesdits changements n'étaient ni illégaux ni effectués en contravention à la *Loi sur l'assurance médicaments*;
54. Les défenderesses nient le bien-fondé des réclamations contenues aux paragraphes 62 à 66;
55. Les défenderesses nient le paragraphe 67 et, particulièrement, qu'elles aient fait quoi que ce soit sans droit ou illégalement;
56. Quant au paragraphe 68, les défenderesses s'en remettent aux pièces P-5 et P-6, ajoutant que le contrat pièce D-1 est également applicable et prennent note une fois de plus qu'après avoir démenti vigoureusement toute pertinence au contrat P-6, le demandeur prend maintenant appui sur celui-ci pour justifier les montants de sa réclamation;
57. Les défenderesses nient le bien-fondé des réclamations contenues aux paragraphes 69 et 70;
58. Quant au paragraphe 71, les défenderesses nient que le contrat P-5 soit celui applicable en l'espèce, ayant été remplacé par les contrats D-1 et P-6;
59. Les défenderesses nient le bien-fondé des réclamations contenues aux paragraphes 72 à 77;
60. Quant aux paragraphes 78 et 79, elles prennent acte de l'admission du demandeur que le dommage a été causé par le fait que celui-ci n'est pas assez fortuné et qu'il est donc indirect;
61. Les défenderesses ignorent le paragraphe 80, notant qu'aucune preuve ou pièce justificative n'est fournie à l'égard des montants allégués à ce paragraphe, et constatent que ces supposés dommages sont hypothétiques et irrecevables;
62. Quant aux paragraphes 81 et 82, les défenderesses prennent acte de l'admission du demandeur que le dommage a véritablement été causé par le fait que celui-ci n'est pas assez fortuné et qu'il est donc indirect;



- 9 -

63. Quant au paragraphe 83, les défenderesses s'en remettent à la pièce PT-13, niant tout ce qui n'y serait pas conforme, et nient que ces sommes auraient dû être remboursées par elles;
64. Quant au paragraphe 84, les défenderesses nient que le demandeur ait droit à un quelconque remboursement sur ces sommes et ajoute que les dommages allégués sont hypothétiques et irrecevables;
65. Les défenderesses nient le paragraphe 85;
66. Les défenderesses nient le paragraphe 86 et font remarquer qu'il s'agit de dommages moraux qui font double emploi avec le paragraphe 87 de la requête introductive d'instance;
67. Les défenderesses nient le paragraphe 87, ajoutant qu'elles ne sont pas responsables de la vulnérabilité économique du demandeur et que cela n'a manifestement aucune pertinence en l'espèce et qu'au surplus le demandeur bénéficie de prestations d'invalidité équivalentes tout de même à 66 ⅔ pour cent de son salaire;
68. Les défenderesses nient catégoriquement les paragraphes 88 et 89, ajoutant que les critères relatifs à l'octroi de dommages-intérêts moraux contre un assureur ne sont manifestement pas remplis en l'espèce, tel qu'il sera plus amplement explicité ultérieurement;
69. Les défenderesses nient catégoriquement, tant en faits qu'en droit, les paragraphes 90 à 92 de la requête introductive d'instance;
70. Les défenderesses nient les paragraphes 93 et 94;
71. Quant aux paragraphes 95 et 96, les défenderesses admettent qu'il faut avoir été adhérent des contrats d'assurance P-5 et P-6 et être devenu invalide au terme de ceux-ci pour être membre du groupe, ajoutant cependant que les membres du groupe pourront également l'être en vertu du contrat D-1 et précisent que le tout est conforme au jugement de l'honorable Jean Lemelin du 6 novembre 2009;
72. Quant au paragraphe 97, les défenderesses admettent que le changement d'allégeance syndicale est le motif pour lequel le demandeur n'est plus admissible à l'assurance;
73. Les défenderesses nient les paragraphes 98 à 103, vu ce qui ci-dessus plaidé et ce qui sera plus amplement explicité ultérieurement;



- 10 -

**ET DANS LE BUT DE RÉTABLIR LES FAITS, LES DÉFENDERESSES PLAIDENT CE QUI SUIT :**

**I. DESCRIPTION DES DÉFENDERESSES**

74. Les défenderesses font parties d'un groupe œuvrant dans le domaine de l'assurance de personnes;
75. Le demandeur poursuit deux entités, alléguant que l'« Assureur » se désigne sans distinction par ses deux noms et utilise même plusieurs autres noms;
76. Manifestement, le demandeur omet de faire la distinction entre *La Capitale assureur de l'administration publique inc.* qui est l'Assureur à la police d'assurance collective groupe 6000 et *La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.* qui est le gestionnaire des contrats d'assurance collective;
77. Par ailleurs, au 1<sup>er</sup> août 1992, l'Assureur de la police d'assurance collective était désigné comme étant la Mutuelle des fonctionnaires du Québec;
78. À cette date, l'Assureur a opéré un changement de nom et est devenu MFQ-VIE, corporation d'assurance;
79. Le 11 septembre 2000, l'Assureur a de nouveau changé de nom pour devenir La Capitale assurances MFQ inc.;
80. Finalement, le 1<sup>er</sup> octobre 2004, l'Assureur a de nouveau changé de nom devenant La Capitale assureur de l'administration publique inc., le tout tel qu'il appert d'un extrait de l'état des informations sur une personne morale déposé au soutien des présentes comme pièce D-2;
81. Quant au gestionnaire de la police d'assurance collective, il a été connu jusqu'au 11 septembre 2000 comme étant la Personnelle vie, corporation d'assurance;
82. À cette date, le gestionnaire est devenu La Capitale assurances de personne inc., nom qui a de nouveau été changé le 29 septembre 2004 pour l'actuel La Capitale assurances gestion du patrimoine inc., le tout tel qu'il appert d'un extrait de l'état des informations sur une personne morale déposé au soutien des présentes comme pièce D-3;



## II. HISTORIQUE CONTRACTUEL

83. Derrière les tentatives de démonisation des défenderesses par l'utilisation de termes insidieux et tendancieux dans la requête introductive d'instance, tels que « manœuvre », « tentative », « à l'insu », « diminution de ses engagements », « illégalité », se cache une réalité malheureuse, soit que le présent recours est marqué par une incompréhension des règles juridiques de l'assurance collective;
84. Afin de replacer ces affirmations dans leur contexte, il convient de faire l'historique contractuel du régime d'assurance collective ici en cause, la police groupe 6000;
85. Les défenderesses gèrent le contrat d'assurance collective du Comité paritaire intersectoriel – Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (CPI-FTQ) (ci-après « le Comité paritaire ») (dont les membres sont intervenants au présent dossier judiciaire) depuis 1986 alors qu'entraît en vigueur la police groupe 3000;
86. Le 1<sup>er</sup> mars 1991, le régime a été modifié pour devenir la police groupe 6000, dont la pièce P-5 fut la première expression contractuelle;
87. Malgré ce qu'aimerait faire croire à la Cour le demandeur, à savoir que l'Assureur est le capitaine du navire de la police d'assurance collective, le contrat P-5 n'a pas été confié aux défenderesses sans un rigoureux processus d'appel d'offres, d'ailleurs prévu à la convention collective PT-4;
88. Les signataires à la police P-5 étaient d'une part le Preneur, employeurs et syndicats formant le Comité paritaire et d'autre part l'Assureur, alors désigné comme étant la Mutuelle des fonctionnaires du Québec, corporation d'assurance et l'article 10 du contrat P-5 prévoit que ces deux entités sont les seules « parties au contrat »;
89. Le statut du demandeur était celui d'adhérent au contrat P-5;
90. En effet, les définitions pertinentes des clauses 1.8, 1.9 et 1.15 du contrat P-5 et la convention collective PT-4 prévoient que seuls les salariés dont les conditions de travail sont régies par une convention collective conclue auprès d'un syndicat affilié à la FTQ et représenté au Comité paritaire peuvent devenir adhérents à la police;
- A) **Le contrat de 1997 (D-1)**
91. Le 1<sup>er</sup> janvier 1997, toujours dans le cadre de la police d'assurance groupe 6000, un nouveau contrat est entré en vigueur, ledit contrat étant déjà produit comme pièce D-1;



- 12 -

92. Bien que ce nouveau contrat soit identifié comme une consolidation du contrat P-5 et des avenants émis par la suite, il comporte des dates d'échéance et des dates de renouvellement distinctes et à tous les attributs d'un contrat à part entière;
93. L'article 11 du contrat D-1 identifie le Preneur, employeurs et syndicats formant le Comité paritaire et l'Assureur, la Mutuelle des fonctionnaires du Québec, Corporation d'assurance, comme étant les « parties au contrat »;
94. De plus, l'article 9 de ce même contrat prévoit que des modifications peuvent lui être apportées après entente entre le Preneur et l'Assureur, comme la loi le prévoit d'ailleurs;
95. Par ailleurs, les membres du Comité paritaire signataires du contrat D-1 ne sont pas tous les mêmes que pour le contrat P-5, le tout tel qu'il appert des pages de signatures respectives des contrats D-1 et P-5 dénoncées au soutien des présentes comme pièce D-4;
96. Tout comme pour le contrat P-5, le demandeur était un simple adhérent au contrat D-1 en raison de son admissibilité au groupe visé par la police d'assurance et ce, bien qu'il était devenu invalide puisqu'il était toujours visé par une convention collective conclue par un syndicat affilié à la FTQ et membre du Comité paritaire;
- B) Le contrat de 2001 (P-6)**
97. Le 1<sup>er</sup> janvier 2001, les défenderesses et le Preneur concluaient un nouveau contrat dans le cadre de la police groupe 6000, ce contrat ayant été produit par la partie demanderesse comme pièce P-6;
98. Une fois de plus, ce contrat a été attribué aux défenderesses au terme d'un rigoureux processus d'appel d'offres, le tout tel qu'il appert de l'appel d'offres du 9 mars 2000 dénoncé au soutien des présentes comme pièce D-5;
99. Les signataires et seules parties au contrat P-6 sont à nouveau le Preneur, les employeurs et syndicats membres du Comité paritaire et l'Assureur, maintenant devenu La Capitale assurances MFQ inc., tel qu'il appert de l'article 11 du contrat P-6;
100. Les membres du Comité paritaire signataires du contrat P-6 ne sont pas tous les mêmes que pour le contrat D-1, le tout tel qu'il appert des pages de signatures respectives des contrats D-1 et P-6 dénoncées au soutien des présentes comme pièce D-6;
101. De plus, l'article 9 du contrat P-6 stipule que des modifications peuvent lui être apportées après entente entre le Preneur et l'Assureur, comme la loi le permet d'ailleurs;



- 13 -

102. Par ailleurs, les défenderesses ajoutent qu'au terme du processus d'appel d'offres débuté en 2008, un nouveau contrat est intervenu en 2009;
103. Ce survol des documents contractuels permet de comprendre que les parties aux divers contrats d'assurance collective ici en cause sont et ont toujours été le Preneur, employeurs et syndicats formant le Comité paritaire, et la défenderesse La Capitale assureur de l'administration publique inc. (ou ses auteurs);
104. Il appert de tous ces contrats que malgré les affirmations du demandeur, les défenderesses ne pouvaient apporter aucun changement unilatéral et sans le consentement du Preneur;
105. En fait, le pouvoir légal de modifier un contrat d'assurance collective est conféré au preneur et à l'assureur et cette règle était, dans le cas de la police groupe 6000, réitéré aux contrats P-5, D-1 et P-6;
106. De plus, les adhérents à un contrat d'assurance collective n'ont aucun droit quant à la conclusion et à la modification de ce contrat ou quant au contenu de celui-ci;
107. Cette situation découle de l'article 2398 du *Code civil du Québec* qui stipule les règles de formation d'un contrat d'assurance collective;

### III. LE DROIT

#### A) La clause en litige

108. Lors de la conclusion du contrat P-6 en 2001, la clause 7.5 portant sur l'exonération des primes pour les régimes d'assurance maladie de base, d'assurance maladie complémentaire et d'assurance soins dentaires en cas d'invalidité a été modifiée afin d'ajouter au paragraphe 7.5.10.3 portant sur la fin de cette exonération la partie soulignée dans la reproduction ci-après :

*7.5.10 L'exonération du paiement de la prime se termine à 24 heures, à la première des dates suivantes :*

[...]

*7.5.10.3 Pour les régimes d'assurance maladie et de soins dentaires :*



- 14 -

- a) La date de terminaison de contrat ou la date indiquée dans l'avis écrit du Comité confirmant la cessation d'appartenance d'un groupe de salariés à la partie syndicale dont la personne invalide faisait partie.

(nos soulignés)

109. Suivant cette clause, le demandeur a été avisé le 5 juin 2006 de la terminaison de son assurance pour les régimes d'assurance maladie de base, d'assurance maladie complémentaire et d'assurance soins dentaires en raison de la désaffiliation de son syndicat de la FTQ en date du 14 mai 2006, tel qu'il appert de la pièce PT-9;
110. Le demandeur prétend maintenant à l'inapplicabilité de ce changement et à son illégalité à son égard et ce, sur la base de trois motifs juridiques distincts, soit la cristallisation de ses droits, l'illégalité du changement et la contravention à diverses dispositions législatives;
- B) La théorie de la cristallisation de ses droits**
111. Dans un premier temps, le demandeur prétend que le contrat P-6 n'a aucune pertinence en l'espèce puisque ses droits auraient été cristallisés au moment de son invalidité en décembre 1996;
112. Selon lui, ses droits quant à l'exonération des primes et à la protection des régimes d'assurance maladie de base, d'assurance maladie complémentaire et d'assurance soins dentaires devraient donc être examinés à la lumière du contrat P-5, lequel était en vigueur à ce moment;
113. Avec respect, pour agréer à cette théorie juridique, cette honorable Cour devrait faire fi de certain principe élémentaire du droit des assurances;
114. En effet, la conception de la notion de sinistre avancée par le demandeur est erronée à sa base et ceci a pour effet de vicier l'ensemble de sa prétention;
115. En droit des assurances, le sinistre infère la réalisation d'un événement donnant lieu à la réalisation du risque et déclenchant l'obligation de payer de l'Assureur (article 2389 C.c.Q.);



- 15 -

116. A titre d'exemple, pour le volet assurance soins dentaires du contrat, le sinistre serait le déboursé suite à une visite chez le dentiste entraînant l'obligation de remboursement par l'assureur;
117. Or, le demandeur base sa théorie sur un sinistre, son invalidité, relatif à une protection qui n'est pas en litige et dont, de son aveu même, il bénéficie toujours, soit l'assurance invalidité;
118. En l'espèce, les défenderesses soumettent que les droits du demandeur n'ont pas été cristallisés à la date de son invalidité sous le régime du contrat P-5, mais sont plutôt déterminés au moment d'une réclamation ou, à défaut, des changements soit la désaffiliation de son syndicat de la FTQ et de l'annonce de la perte de l'exonération des primes, événements survenus en 2006, soit sous le régime du contrat P-6;
119. Par ailleurs, à supposer même que cette théorie de la cristallisation des droits au moment de l'invalidité soit vraie, ce qui n'est pas admis, mais au contraire expressément niée, elle n'est pas applicable à une part importante du groupe, soit toutes les personnes tombées invalides après le 1<sup>er</sup> janvier 2001, soit sous le régime du contrat P-6, à un moment où la clause en litige était déjà en vigueur;
120. Il est d'ailleurs intéressant de constater que le demandeur n'a jamais contesté les changements « bénéfiques » apportés par les contrats D-1 ou P-6 ou par des avenants émis après son invalidité et n'a jamais invoqué la théorie de la cristallisation des droits à l'égard de ces changements qui lui ont été profitables;

**C) La véritable nature des contrats D-1 et P-6**

121. Dans un deuxième temps, le demandeur prétend que les contrats D-1 et P-6 ne sont pas des contrats à part entière, mais de simples consolidations et reformulations du contrat P-5;
122. Conséquemment, les changements apportés par l'ajout de clause dans le contrat P-6 l'auraient été en cours de contrat et donc soumis à certaines règles;
123. Clairement, les contrats P-5, D-1 et P-6 sont trois contrats distincts et ce, pour les raisons suivantes :
- La majorité ont été conclus suite à un appel d'offres, lequel ne peut qu'amener à la conclusion qu'il s'agit de nouveaux contrats;



- 16 -

- Certains des organismes membres du Comité paritaire, Preneur, sont différents d'un contrat à l'autre;
  - Les contrats comportent des dates d'échéance et de renouvellement différentes et distinctes;
124. Subsidiairement, les défenderesses soumettent que même si les contrats pouvaient être considérés comme des reformulations ou des consolidations du contrat P-5, cela n'aurait aucun impact sur la légalité de la clause 7.5.10.3 puisqu'une consolidation et une reformulation doivent être distinguées d'un simple renouvellement;
125. Il faut donc considérer les changements apportés à P-6 l'ont été à l'occasion de la conclusion d'un nouveau contrat dans l'étude des prétentions du demandeur;
- D) La supposée illégalité du changement au contrat P-6**
126. Il devient alors évident que les motifs d'illégalité et d'inapplicabilité invoqués par le demandeur n'ont aucun fondement juridique;
127. D'autant plus que pour acquiescer aux arguments du demandeur, cette Cour devrait accepter une prémisses irréconciliable avec le droit des assurances collectives, soit que le Preneur et l'Assureur ne sont pas libres de modifier leur contrat d'un commun accord;
128. Malgré les affirmations du demandeur selon lesquelles le changement aurait été introduit de façon unilatérale par les défenderesses dans le seul et unique but de nuire aux membres du groupe, la réalité est tout autre;
129. Tel que précédemment démontré, le contrat d'assurance collective résulte d'une entente consensuelle entre deux parties, le preneur et l'assureur;
130. Conséquemment, aucun changement ne peut être introduit dans le contrat d'assurance collective du simple fait de l'assureur et sans le consentement explicite du preneur;
131. C'est d'ailleurs ce qui est arrivé dans le cas de l'ajout du paragraphe 7.5.10.3 lors de la conclusion du contrat P-6;
132. En aucun temps, cette modification n'a-t-elle était faite unilatéralement par l'Assureur et cette prétention est tout simplement farfelue considérant les règles de conclusion d'un contrat qui nécessitent le consentement de deux parties;



- 17 -

133. Par ailleurs, le consentement de l'adhérent n'était pas nécessaire à cette modification, tel que précédemment démontré;
134. Tel que le démontrent notamment les articles 23.07 et 23.12 à 23.16 de la convention collective PT-4, les rapports collectifs de travail ont entraîné un véritable mandat pour le Comité paritaire de conclure et de maintenir en vigueur des contrats d'assurance collective au nom des salariés admissibles;
135. Par ailleurs, le changement a été fait en tout respect des contrats D-1 et P-6 et notamment de leur article 9 qui prévoit que :

#### *9. Modification au contrat*

Le Preneur peut en tout temps, après entente avec l'Assureur, apporter des modifications au contrat concernant les catégories de personnes admissibles, l'étendue des protections et le partage des coûts entre les catégories d'assurés. De telles modifications peuvent alors s'appliquer à toutes les personnes assurées, qu'elles soient actives, invalides ou retraitées.

(nos soulignés)

136. En effet, le changement visait les catégories de personnes admissibles en excluant les salariés ne faisant plus partie d'un syndicat affilié à la FTQ;
137. Conséquemment, la modification quant à la terminaison de l'exonération du paiement de la prime introduit par l'article 7.5.10.3 convenue entre les parties au contrat P-6 produisait un effet immédiat à l'égard de tous les adhérents;

#### *i. Les arguments d'illégalité en regard du Code civil du Québec*

138. Le demandeur prétend également que le retrait de l'exonération des primes et des couvertures d'assurance serait illégal en raison de diverses contraventions au *Code civil du Québec* et à la *Loi sur l'assurance médicaments*;
139. Le demandeur fait tout d'abord un argument de l'article 2403 du *Code civil du Québec* qui prévoit que :

*2403. Sous réserve des dispositions particulières à l'assurance maritime, l'assureur ne peut invoquer des*



- 18 -

*conditions ou déclarations qui ne sont pas énoncées par écrit dans le contrat.*

140. Cet argument est vain puisque la disposition invoquée par les défenderesses pour retirer les bénéficiaires se retrouve par écrit au contrat applicable au moment du retrait, soit l'article 7.5.10.3 du contrat P-6;
141. Le demandeur tente également de convaincre cette honorable Cour que les défenderesses ont contrevenu à l'article 2405 du *Code civil du Québec* en ne portant pas spécifiquement à l'attention des adhérents la modification contestée;
142. D'une part, l'article 2405 du *Code civil du Québec* n'est pas applicable en raison du caractère particulier de l'assurance collective et du statut de l'adhérent ainsi que du fait que seul le consentement du preneur et de l'assureur est nécessaire à la conclusion du contrat;
143. D'autre part, puisque le contrat P-6 était un nouveau contrat et en aucun temps un renouvellement, le troisième alinéa de l'article 2405 n'était pas applicable et les défenderesses n'avaient pas à informer les adhérents du changement dans un document distinct;
144. Le demandeur fait également un argument de l'article 2404 du *Code civil du Québec*;
145. Cet article de loi n'a, lui non plus, aucune application en l'espèce puisque la clause 7.10.5.3 du contrat P-6 n'est à l'évidence ni une exclusion ni une réduction de garantie;
146. En effet, il s'agit d'une condition d'admissibilité au groupe visé par le contrat d'assurance collective tout comme l'est l'âge de l'assuré;
147. En effet, tel qu'expliqué précédemment, la possibilité d'adhérer à un contrat d'assurance collective découle de l'appartenance à un groupe défini par le contrat;
148. Ces conditions de qualification au groupe sont déterminées par le preneur et l'assureur qui peuvent y imposer les conditions qui leur plaisent sous réserve des motifs discriminatoires interdits par l'article 41 de la *Loi sur l'assurance médicaments*;
149. Or, contrairement à ce que prétend le demandeur, l'allégeance syndicale d'un groupe à laquelle appartient l'assuré est un des paramètres pouvant servir à définir le groupe admissible à un contrat d'assurance collective;



- 19 -

150. Cette condition est d'ailleurs expressément renforcée par l'article 15.1 de la *Loi sur l'assurance médicaments*;
- ii. *Les arguments d'illégalité en regard de la Loi sur l'assurance médicaments*
151. Le demandeur prétend finalement à des contraventions aux articles 16, 34, 36, 38, 42, 45, 46 et 48 de la *Loi sur l'assurance médicaments*;
152. À leur simple lecture, ces articles sont inapplicables en l'espèce;
153. La mention de l'article 48 est particulièrement inappropriée puisque cet article vise spécifiquement les régimes d'avantages sociaux, ce que n'est pas, à l'évidence, le présent contrat d'assurance collective;
154. Quant à l'article 45 de cette même loi, il n'est pas ici applicable puisque la protection d'assurance collective de la police groupe 6000 a toujours courue, que ce soit sous la forme de renouvellements annuels ou de nouveaux contrats reprenant les mêmes protections;
155. L'objectif de l'article 45 est d'assurer une continuité d'assurance pour tous les citoyens québécois et clairement cela a été fait dans le cadre de la police groupe 6000;
156. Au surplus, il est important de noter que la dernière phrase de cet article, qui prévoit l'obligation de transmission d'un avis à la Régie de l'assurance médicaments, n'est entrée en vigueur que le 1<sup>er</sup> janvier 2007, alors que les événements qui nous concernent se sont déroulés en 2006;
157. Finalement, l'article 46 ne trouve pas application non plus en l'espèce puisque la clause 7.5.10.3 n'est pas une disposition permettant de nier couverture ou de réduire la garantie, mais bien un motif et une condition d'admissibilité au groupe pouvant bénéficier de l'assurance collective, tel que vu précédemment;
158. Conséquemment, aucun des motifs d'illégalité alléguée par le demandeur n'a de fondement juridique;
159. Par ailleurs, l'argument du demandeur selon lequel le changement serait illégal en raison du fait qu'il aurait payé pour des bénéfices qui lui ont ensuite été retirés est absolument sans fondement;



- 20 -

160. En effet, les primes pour les couvertures d'assurance maladie de base, d'assurance maladie complémentaire et d'assurance dentaire sont calculées selon l'expérience passée et aucune provision n'est prise pour le futur, le tout tel qu'il sera plus amplement démontré lors de l'enquête et l'audition;
161. Cet argument du demandeur est aberrant lorsque l'on constate que la vérité est qu'il a payé des primes pendant un total de huit journées sous le contrat D-1 et ensuite profité des protections d'assurance avec exonération des primes pendant plus de dix ans;
162. Conséquemment, puisque le changement apporté au contrat P-6 était tout à fait légal, la décision prise par les défenderesses et exprimée à la lettre PT-9 l'était tout autant;
163. En effet, à partir du moment où l'Assureur était informé de la désaffiliation de la FTQ du syndicat du demandeur, celui-ci cessait d'être admissible au groupe visé par la police d'assurance collective;
164. D'autant plus que ces événements ont eu lieu dans un cadre complètement étranger aux défenderesses et hors de leur contrôle, soit celui de l'adoption de la *Loi concernant les unités de négociations dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime de négociations des conventions collectives dans les secteurs publics et parapublics* (Loi 30);

#### IV. LES DOMMAGES

165. Les arguments de la présente section sont formulés sous réserve de modifications futures ou de compléments compte tenu de la scission demandée dans la présente instance;
166. Les dommages réclamés par le demandeur sont allégués sans pièces justificatives, indirects et/ou hypothétiques et, de façon générale, irrecevables en droit;
167. Les dommages moraux réclamés sont, quant à eux, irrecevables puisque les défenderesses ne sont pas responsables de la vulnérabilité économique du demandeur;
168. Au surplus, l'état du droit au Québec ne permet pas de condamner un assureur à des dommages moraux pour le seul non-respect d'un contrat d'assurance collective et en l'absence d'une preuve de mauvaise foi;
169. Ici, il n'existe aucune démonstration d'une quelconque mauvaise foi et un simple manquement au contrat, lequel n'est pas admis mais, au contraire, expressément nié, n'est pas suffisant pour l'octroi de dommages moraux;



- 21 -

170. La demande de condamnation à des dommages exemplaires est tout à fait irrecevable puisque, d'une part, la simple preuve que des gestes auraient été abusifs ou illégaux ne permet pas l'octroi de tels dommages en l'absence d'une disposition législative le permettant expressément;
171. D'autre part, les allégations de violations à l'article 1 de la *Charte des droits et libertés de la personne* (ci-après la « Charte »), sont non fondées en droit puisque cet article protège des garanties minimales en ce qui concerne la vie, la sûreté, l'intégrité et la liberté et non l'accès à ces régimes d'assurances supplémentaires que sont l'assurance maladie complémentaire et l'assurance soins dentaires;
172. Quant au régime d'assurance maladie de base, celui-ci est disponible pour tous les citoyens québécois par le biais du régime public et le fait de retirer légalement ce bénéfice ne peut certes pas constituer une violation à la Charte;
173. La perte de ces protections d'assurances pourrait peut-être être qualifiée de perte économique, mais en aucun temps ne constitue-t-elle une violation à un droit fondamental protégé par la Charte;
174. Finalement, si violation il y a, ce qui est expressément nié, elle n'est manifestement pas intentionnelle, empêchant l'octroi de dommages exemplaires;
175. Quant à la demande de rétablissement des couvertures, les défenderesses se contentent de réaffirmer qu'aucune provision n'est prise pour les protections demandées puisque les primes sont établies sur la base de l'expérience passée et que le demandeur n'a en conséquence déboursé aucune somme pour ses couvertures;
176. Les avenants et les annexes de P-6 auxquels réfère le demandeur au paragraphe 94 de sa requête introductive d'instance pour établir qu'il aurait payé pour ses couvertures réfèrent tous expressément à l'assurance vie et sont donc utilisés ici sans fondement;
177. Les dommages réclamés par le demandeur diffèrent dans leur existence même de ceux des membres du groupe;
178. En effet, certains membres n'auront souffert aucun dommage advenant une faute des défenderesses, ce qui n'est pas admis mais, au contraire, expressément nié, puisqu'ils auront pu obtenir les mêmes couvertures avec le régime d'assurance collective de leur conjoint;



- 22 -

79. Par ailleurs, les dommages diffèrent également selon l'utilisation faite par les membres du groupe des protections d'assurance soins dentaires et d'assurance maladie complémentaire;

**POUR CES MOTIFS, PLAISE AU TRIBUNAL :**

**ACCUEILLIR** la présente défense;

**REJETER** la requête introductive d'instance du demandeur;

**LE TOUT** avec entiers dépens y incluant, le cas échéant, les frais d'expertise et d'assistance au procès.

Québec, le 9 juillet 2010

*Gravel Bernier Vaillancourt*

**GRAVEL BERNIER VAILLANCOURT**

(Me Michel C. Chabot)

Procureurs des défenderesses

BB 7553

Réf. : 9490-02 /MCC/cn

