

CANADA

**PROVINCE DE QUÉBEC
DISTRICT DE QUÉBEC**

N° : 200-06-000110-083

**COUR SUPÉRIEURE
(Recours collectif)**

BRUCE BEAVER

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



- 2 -

**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 réfèrent aux listes transmises à la partie demanderesse le 17 juin 2010 et précisent que le groupe des personnes se trouvant dans la même situation que le demandeur est composé de 72 membres, sujet à complément;



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 1997, régi par la convention collective pièce PB-4;
9. Quant au paragraphe 11, elles précisent que le demandeur était plutôt adhérent au contrat et que son adhésion était sujette aux conditions d'admissibilité au contrat;
10. Elles prennent acte du paragraphe 12;
11. Quant au paragraphe 13, les défenderesses 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



- 4 -

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, elles s'en remettent à la pièce P-5, niant tout ce qui n'y serait pas conforme;
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 et 19, elles s'en remettent à la pièce P-5, niant tout ce qui n'y serait pas conforme;
17. Quant aux paragraphes 20 et 21, elles s'en remettent aux articles 7.5 et 11 de la pièce P-5, niant tout ce qui n'y serait pas conforme;
18. 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^{er} 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;
19. 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;
20. Elles nient, tel que rédigé, le paragraphe 24, précisant qu'un nouveau contrat est intervenu au cours de l'année 2009;
21. Elles nient, tel que rédigé, le paragraphe 25, précisant que ce document est au contraire un contrat distinct entré en vigueur le 1^{er} janvier 1997 et non le 22 octobre 1997, le tout tel qu'il appert de ce contrat produit comme pièce D-1;



- 5 -

22. Quant au paragraphe 26, elles s'en remettent à la pièce P-1, niant tout ce qui n'y serait pas conforme;
23. Quant au paragraphe 27, elles s'en remettent à la pièce P-6, niant tout ce qui n'y serait pas conforme;
24. Quant au paragraphe 28, elles s'en remettent à la pièce P-5, niant tout ce qui n'y serait pas conforme;
25. Elles nient catégoriquement le paragraphe 29, ajoutant que tout changement a été fait du consentement des parties contractantes et en conformité de la loi;
26. Quant au paragraphe 30, 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;
27. Elles nient le paragraphe 31, ajoutant que le demandeur n'a jamais bénéficié de l'assurance maladie complémentaire, tel qu'il sera démontré ultérieurement;
28. Elles admettent le paragraphe 32, ajoutant cependant que cela n'a aucun impact sur le présent litige;
29. Quant au paragraphe 33, 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;
30. Elles prennent acte du paragraphe 34, demandent la production de ces lettres et ajoutent au surplus qu'elles n'ont aucun impact sur le présent litige;
31. Quant au paragraphe 35, elles s'en remettent à la pièce PB-9A, niant tout ce qui n'y serait pas conforme et réfutant particulièrement le caractère unilatéral des décisions supposément contenues à la lettre PB-9;
32. Quant aux paragraphes 36 à 39, elles s'en remettent à la pièce PB-9A, niant tout ce qui n'y serait pas conforme;
33. 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;



- 6 -

34. Les défenderesses nient catégoriquement le paragraphe 43, et plus 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;
35. Quant au paragraphe 44, les défenderesses s'en remettent à l'article 2403 du *Code civil du Québec*, précisant que la disposition invoquée en l'espèce était dans le contrat.
36. Elles nient catégoriquement le paragraphe 45 et lient contestation à ce sujet;
37. Elles nient le paragraphe 46, 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;
38. Les défenderesses nient le paragraphe 47 réitérant l'absence de fondement du raisonnement juridique du demandeur, laquelle sera plus amplement explicitée ci-après;
39. Elles nient le paragraphe 48 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;
40. Elles nient catégoriquement les paragraphes 49, 50 et 51 et lient contestation à ce sujet;
41. Quant au paragraphe 52, elles nient, ajoutant que l'article 2404 du *Code civil du Québec* n'a aucune application en l'espèce;
42. Elles nient catégoriquement le paragraphe 53 et lient contestation à ce sujet;
43. Quant au paragraphe 54, elles s'en remettent aux articles 16, 34, 36, 38 et 42 de la *Loi sur l'assurance médicaments*, et nient qu'il y ait eu une quelconque contravention à l'un ou l'autre de ces articles;
44. Quant au paragraphe 55, les défenderesses s'en remettent à la pièce PB-11, niant tout ce qui n'y serait pas conforme et plus particulièrement que cette lettre constitue une quelconque reconnaissance de l'existence d'un geste illégal;
45. Quant au paragraphe 56, elles s'en remettent à la pièce PB-12, niant tout ce qui n'y serait pas conforme;



- 7 -

46. Quant au paragraphe 57, elles s'en remettent à la pièce PB-13 niant tout ce qui n'y serait pas conforme et ajoutant que ce montant ne représente pas le coût qu'a dû déboursier le demandeur pour maintenir la couverture, mais plutôt la contribution maximale établie par la Loi, tel qu'il sera plus amplement explicité;
47. Elles ignorent le paragraphe 58, ajoutant que ces dommages sont tout à fait hypothétiques et donc irrecevables en droit;
48. Elles nient le paragraphe 59 et particulièrement qu'elles aient fait quoi que ce soit sans droit et/ou illégalement et constatent l'absence de pièces justificatives soutenant les montants réclamés à titre de dommages et exigent qu'une preuve légale soit administrée en regard de cette allégation;
49. Quant au paragraphe 60, elles s'en remettent à la pièce PB-14, niant tout ce qui n'y serait pas conforme;
50. Elles nient le paragraphe 61, et plus particulièrement qu'elles aient posé des gestes illégaux;
51. Quant au paragraphe 62, elles s'en remettent à la pièce PB-15 niant tout ce qui n'y serait pas conforme;
52. Elles nient le paragraphe 63, ajoutant que les dommages qui y sont allégués constituent des dommages moraux qui font double emploi avec la réclamation des paragraphes 73 à 75;
53. Elles nient catégoriquement les paragraphes 64 à 66, ajoutant que, n'ayant jamais bénéficié de l'assurance maladie complémentaire, le demandeur ne peut certes pas réclamer de dommages à cet égard;
54. Quant au paragraphe 67, elles prennent acte de l'admission du demandeur que le dommage est véritablement causé par sa propre situation financière et qu'il est donc indirect;
55. Elles nient les paragraphes 68 à 72 et ajoutent que les dommages allégués sont purement hypothétiques et irrecevables;
56. Elles nient catégoriquement les paragraphes 73 et 75, ajoutant que les critères relatifs à l'octroi de dommages moraux contre un assureur ne sont manifestement pas remplis en l'espèce, tel qu'il sera plus amplement explicité ultérieurement;



- 8 -

57. Elles nient catégoriquement, tant en faits qu'en droit, les paragraphes 76 à 78 de la requête introductive d'instance;
58. Elles nient les paragraphes 79 et 80;
59. Quant aux paragraphes 81 et 82, elles admettent qu'il faut avoir été bénéficiaire ou adhérent des polices d'assurance P-5 et P-6 et être devenu invalide au terme de ces polices 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;
60. Quant au paragraphe 83, elles admettent que la limitation du bénéfice de l'exonération des primes à 36 mois après le début de l'invalidité est le motif invoqué, mais nient, par ailleurs, qu'elles aient limité unilatéralement quoi que ce soit, cela ayant été fait du consentement du Preneur;
61. Elles nient les paragraphes 84 à 89 vu ce que ci-dessus plaidé et ce qui sera plus amplement explicité ultérieurement;

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

I. DESCRIPTION DES DÉFENDERESSES

62. Les défenderesses font parties d'un groupe œuvrant dans le domaine de l'assurance de personnes;
63. Le demandeur poursuit deux entités, alléguant que l'« Assureur » se désigne sans distinction par ses deux noms et utilise même plusieurs autres noms;
64. 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 6000 et *La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.* qui est le gestionnaire des contrats d'assurance collective;
65. Par ailleurs, au 1^{er} août 1992, l'Assureur de la police d'assurance collective était désigné comme étant la Mutuelle des fonctionnaires du Québec;
66. À cette date, l'Assureur a opéré un changement de nom et est devenu MFQ-VIE, corporation d'assurance;



67. Le 11 septembre 2000, l'Assureur a de nouveau changé de nom pour devenir La Capitale assurances MFQ inc.;
68. Finalement, le 1^{er} 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 dénoncé au soutien des présentes comme pièce D-2;
69. 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;
70. 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'actuelle 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 dénoncé au soutien des présentes comme pièce D-3;

II. HISTORIQUE CONTRACTUEL

71. Derrière les tentatives de démonisation des défenderesses par le demandeur par l'utilisation de termes insidieux et tendancieux tels que « manœuvre », « tentative », « à l'insu », « diminution de ses engagements », « illégalité », se cache une réalité malheureuse, soit que le recours du demandeur est marqué par une incompréhension flagrante des règles de l'assurance en général et de l'assurance collective en particulier;
72. 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;
73. 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'entraînent en vigueur la police groupe 3000;
74. Le 1^{er} mars 1991, le régime a été modifié pour devenir la police groupe 6000, dont la pièce P-5 fut la première expression contractuelle;
75. 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 PB-4;



- 10 -

76. 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 d'ailleurs que ces deux entités sont les « parties au contrat »;

77. Le statut du demandeur était celui d'adhérent au contrat P-5;

78. En effet, les définitions pertinentes des clauses 1.8, 1.9 et 1.15 du contrat P-5 et la convention collective PB-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 1997 (D-1)

79. Le 1^{er} janvier 1997, toujours dans le cadre de la police d'assurance groupe 6000, un nouveau contrat a été conclu et est entré en vigueur, ledit contrat étant déjà produit comme pièce D-1;

80. 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 »;

81. 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;

82. 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;

83. Tout comme pour le contrat P-5, le demandeur était un adhérent au contrat D-1 en raison de son admissibilité au groupe visé par la police d'assurance;

B) Le contrat 2001 (P-6)

84. Le 1^{er} 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;



- 11 -

85. 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;
86. Les signataires et seules parties au contrat P-6 sont à nouveau le Preneur, employeurs et syndicats formant le Comité paritaire et l'Assureur, maintenant devenu La Capitale assurances MFQ inc., tel qu'il appert de l'article 11 du contrat P-6;
87. 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;
88. Comme pour les contrats P-5 et D-1, le demandeur était un adhérent au contrat P-6 en raison de son statut de salarié visé par une convention collective conclue par un syndicat affilié à la FTQ;
89. Par ailleurs, les défenderesses ajoutent qu'au terme d'un processus d'appel d'offres débuté en 2008, un nouveau contrat est intervenu en 2009;
90. 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);
91. 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;
92. 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 ;
93. 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;
94. 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 situation du demandeur

95. Avant 2008, le bénéfice de l'exonération des primes pour les assurés invalides en ce qui concerne les régimes d'assurance maladie et soins dentaires ne prenait fin que lorsque l'assuré atteignait 65 ans, sous réserve de l'appartenance de son syndicat à la FTQ, le tout tel qu'il appert de la clause 7.5.10.3 des contrats P-5, D-1 et P-6;
96. En 2008, à la demande du Preneur et du consentement des parties contractantes, un changement a été apporté au contrat P-6 afin que le bénéfice de l'exonération des primes pour les assurés invalides concernant les régimes d'assurance maladie et soins dentaires soit limité à une période de 36 mois après la date du début de l'invalidité;
97. Conformément à la loi et au contrat P-6, ce changement a été constaté par un écrit, l'avenant numéro 6, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008 et produit par le demandeur comme pièce P-7;
98. Au terme de l'avenant P-7, la nouvelle clause 7.5.10.3 se lisait comme suit :

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

- 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;*
- b) *La date de rupture du lien d'emploi du participant;*
- c) *La date correspondant à la fin d'une période de 36 mois après la date du début de l'invalidité du participant.*

(nos soulignés)

99. Invalide depuis 1997, le demandeur était visé par ce changement puisque sa période de 36 mois était terminée;



- 13 -

100. De plus, les défenderesses n'ont pas appliqué de façon rétroactive le nouvel article 7.5.10.3 puisqu'aucun remboursement de prime ne fut exigé de l'assuré pour la période entre la fin du délai de 36 mois et la modification au contrat;
101. Conséquemment, dès le 15 novembre 2007, l'assureur faisait parvenir au demandeur la lettre PB-9 lui annonçant qu'il perdrait le bénéfice de l'exonération des primes à compter du 1^{er} janvier 2008 conformément à l'avenant numéro 6 (P-7);
102. Il est vrai que l'Assureur a, via la lettre PB-9, commis une erreur de bonne foi et annoncé au demandeur qu'il cessait de bénéficier des garanties d'assurance;
103. Cette erreur provient du fait que pour la majorité des organisations membres du Comité paritaire, un salarié invalide est congédié administrativement lorsque son invalidité perdure pour une période de plus de 36 mois;
104. Or, cette clause de congédiement administratif n'existe généralement pas en ce qui concerne les conventions collectives des employeurs œuvrant dans le domaine de l'éducation tel que l'employeur du demandeur;
105. L'Assureur a donc cru (erronément) que le demandeur n'était plus admissible au contrat d'assurance collective, n'étant plus salarié au sens de la convention collective et des contrats d'assurance;
106. Réalisant son erreur, l'Assureur a réécrit au demandeur le 25 février 2008 l'informant qu'il continuerait à profiter de toutes les garanties dont il bénéficiait antérieurement, mais qu'il devrait dorénavant payer les primes, le tout tel qu'il appert de la pièce PB-11;
107. Le demandeur a accepté cette situation et commencé à payer les primes pour pouvoir profiter du plan d'assurance maladie de base à compter du 1^{er} mars 2008, tel qu'il appert de la pièce PB-12;
108. Par ailleurs, le demandeur fait fausse route en prétendant qu'il bénéficiait du régime d'assurance maladie complémentaire et que l'Assureur lui a illégalement retiré ce bénéfice;
109. En effet, contrairement à l'assurance maladie de base, les assurances maladie complémentaire et soins dentaires sont des régimes optionnels que l'adhérent est libre de prendre ou de refuser;
110. Or, il apparaît que le demandeur avait choisi de ne pas participer au régime d'assurance maladie complémentaire, le tout tel qu'il appert d'un formulaire de modification de bénéficiaire rempli en 1991 par le demandeur produit comme pièce D-7;



B) Contrat applicable

111. Bien que le demandeur soit invalide depuis 1997 de son aveu même, il prétend que c'est le contrat P-5 qui s'applique à sa situation;
112. Cependant, puisque le contrat D-1 est entré en vigueur le 1^{er} janvier 1997, c'est ce contrat qui s'appliquerait advenant même que la théorie de la cristallisation des droits invoquée par le demandeur avait un quelconque fondement juridique, ce qui est expressément nié;

C) La théorie de la cristallisation des droits

113. Le demandeur prétend que le changement opéré par le Preneur et l'Assureur à la clause 7.5.10.3 du contrat P-6 par l'avenant numéro 6 lui est inapplicable et est illégal et ce, sur la base de trois motifs juridiques distincts, soit la cristallisation des droits, l'illégalité des changements et la contravention à diverses dispositions législatives;
114. 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 1997;
115. Selon lui, ses droits quant à l'exonération des primes pour les régimes d'assurance maladie de base et d'assurance soins dentaires, devraient donc être examinés à la lumière du contrat en vigueur à ce moment, lequel, selon lui, est P-5;
116. Avec respect, pour agréer à cette théorie juridique, cette honorable Cour devrait faire fi de certain principe élémentaire du droit des assurances;
117. 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;
118. 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.);
119. À 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;
120. 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;



- 15 -

121. 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 ou D-1, mais sont plutôt déterminés au moment d'une réclamation ou, à défaut, du changement apporté au contrat P-6 par l'avenant numéro 6 soit le 1^{er} janvier 2008;
122. Il est d'ailleurs intéressant de constater que le demandeur n'a jamais contesté les changements 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 auraient pu être bénéfiques;

D) La supposée illégalité du changement du 1^{er} janvier 2008

123. 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;
124. 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;
 - 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;
125. Subsidiairement, les défenderesses soumettent que même si les contrats pouvaient être considérés comme des reformulations ou des consolidations du contrat P-5, les changements apportés lors de ces reformulations ou consolidations seraient légaux puisqu'une consolidation et une reformulation doivent être distinguées d'un simple renouvellement;
126. Au surplus, les modifications ont été faites en tout respect des règles et en toute légalité tant en regard du contrat P-6 que de la Loi;
127. Par ailleurs, puisque le consentement de l'adhérent n'est pas nécessaire pour la conclusion d'un contrat d'assurance collective, le changement introduit dans le contrat P-6 par l'avenant numéro 6 était tout à fait légal vu le consentement des deux seules parties habilitées à modifier le contrat, soit le Preneur et l'Assureur;



- 16 -

128. Conséquemment, la modification quant à la terminaison de l'exonération du paiement de la prime pour les couvertures d'assurance maladie de base et d'assurance soins dentaires convenue entre les parties au contrat P-6 produisait un effet immédiat à l'égard de tous les adhérents;

129. Ici, non seulement le retrait du bénéfice de l'exonération des primes n'a-t-il pas été un acte unilatéral de la part des défenderesses, mais il a été fait dans les règles du contrat applicable, soit le contrat P-6 ou au mieux pour le demandeur, le contrat D-1;

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

130. 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*;

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

132. Cet argument est vain puisque la disposition invoquée par les défenderesses pour retirer les bénéfices se retrouve par écrit au contrat applicable par le biais de l'avenant numéro 6 produit comme pièce P-7;

133. 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;

134. 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;

135. D'autre part, même si l'article 2405 du *Code civil du Québec* était applicable, ce qui est expressément nié, ces dispositions ont été respectées à la lettre par l'émission de l'avenant numéro 6;

136. Le demandeur fait également un argument de l'article 2404 du *Code civil du Québec*;



- 17 -

137. Cet article de loi n'a, lui non plus, aucune application en l'espèce puisque la nouvelle clause 7.10.5.3 introduite par l'avenant numéro 6 n'est à l'évidence ni une exclusion ni une réduction de garantie;
138. Elle représentait plutôt une limite temporelle au bénéfice de l'exonération des primes d'un adhérent invalide;
139. Au surplus, cet argument a de quoi surprendre devant la preuve incontestable que les changements apportés au contrat P-6 ont été constatés par un avenant, d'ailleurs déposé en preuve par le demandeur;

ii. Les arguments d'illégalité en regard de la Loi sur l'assurance médicaments

140. Le demandeur prétend finalement à des contraventions aux articles 16, 34, 36, 38 et 42 de la *Loi sur l'assurance médicaments*;
141. À leur simple lecture, ces articles sont inapplicables en l'espèce;
142. L'article 7.5.10.3 traite de l'admissibilité d'un adhérent au contrat d'assurance collective et des motifs de terminaison du bénéfice de l'exonération des primes, questions devant être déterminées par le Preneur et l'Assureur parties au contrat, sous réserve des exceptions liées à des motifs discriminatoires prévus à l'article 41 de la *Loi sur l'assurance médicaments*;
143. En l'espèce, en 2008, le Preneur a déterminé qu'il était trop coûteux pour son régime de continuer à offrir l'exonération des primes pour les assurances maladie de base, complémentaire et soins dentaires aux invalides au-delà d'une période de 36 mois;
144. Le Preneur a donc avisé l'Assureur qu'il désirait apporter cette modification et les parties ont convenu de ce changement et l'ont exprimé de la façon prévue au contrat et à la loi, soit par l'émission d'un avenant;
145. 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;
146. En effet, les primes pour les couvertures d'assurance maladie et d'assurance soins dentaires 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;



- 18 -

IV. LES DOMMAGES

147. 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;
148. Les dommages réclamés par le demandeur sont grossièrement exagérés, allégués sans pièces justificatives, indirects et/ou hypothétiques et, de façon générale, irrecevables en droit;
149. Plus particulièrement, les dommages et intérêts compensatoires concernant l'assurance maladie de base obligatoire découlent d'une mauvaise interprétation des règles juridiques afférentes au droit des assurances;
150. En effet, la somme de 927 \$ réclamée pour l'année 2008 ne constitue pas le montant des primes qu'a dû déboursier le demandeur pour maintenir cette protection, mais la contribution maximale annuelle fixée par le gouvernement en vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments*;
151. Cette contribution maximale représente le total de la franchise et de la coassurance que peut être amené à payer un assuré pour son régime d'assurance maladie de base;
152. Pour la période allant du 1^{er} juillet 2008 au 1^{er} juillet 2009, cette contribution maximale annuelle avait été fixée par le gouvernement à 927 \$, le tout tel qu'il appert de la Gazette officielle du Québec, partie 1, numéro 25 du 21 juin 2008 dénoncée au soutien des présentes comme pièce **D-8**;
153. Pour la période du 1^{er} juillet 2009 au 1^{er} juillet 2010, cette contribution maximale annuelle a été fixée à 954 \$, le tout tel qu'il appert Gazette officielle du Québec, partie 1, numéro 24 du 20 juin 2009 dénoncé au soutien des présentes comme pièce **D-9**;
154. Le demandeur aurait payé une contribution maximale annuelle même s'il n'avait pas perdu le bénéfice de l'exonération des primes auprès de l'Assureur;
155. Si l'Assureur avait véritablement commis une faute retirant illégalement le bénéfice de l'exonération des primes pour le régime maladie de base du demandeur, ce qui est expressément nié, les dommages qu'aurait en fait subis le demandeur seraient équivalents à la prime payée au régime public versus celle du contrat privé pour maintenir cette couverture, laquelle était de 71,54 \$ par mois ou 858,48 \$ par année, tel qu'il appert de la pièce **PB-12**;
156. Les dommages réclamés de 927 \$ pour l'année 2008 et environ 1 100 \$ pour l'année 2009 sont donc erronés et non fondés;



- 19 -

157. Quant aux dommages réclamés pour les tracasseries suite à l'erreur commise de bonne foi par l'Assureur concernant la couverture du régime d'assurance maladie de base, ce sont en fait des dommages moraux qui font double emploi avec la réclamation des paragraphes 73 à 75;
158. Au surplus, très peu de membres du groupe sont susceptibles d'avoir vécu les mêmes inconvénients et leur existence n'est pas une question commune;
159. Quant aux réclamations pour la perte de l'assurance maladie complémentaire, elles sont de toute évidence irrecevables puisque, tel que démontré antérieurement, le demandeur n'a jamais bénéficié de cette assurance et que l'indemniser pour cette supposée perte reviendrait à l'enrichir sans justification;
160. Quant aux dommages compensatoires réclamés pour la perte de l'assurance soins dentaires, il est important de noter que le demandeur aurait pu continuer à participer à cette assurance auprès des défenderesses sous réserve du paiement de la prime;
161. Au surplus, les montants réclamés sont, de toute évidence, hypothétiques;
162. Les dommages moraux réclamés sont, quant à eux, irrecevables puisque les défenderesses ne sont pas responsables de la vulnérabilité économique du demandeur;
163. 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;
164. Ici, il n'existe aucune démonstration d'une quelconque mauvaise foi et un simple manquement au contrat, lequel est expressément nié, n'est pas suffisant pour l'octroi de dommages moraux;
165. 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;
166. D'autre part, les allégations de violations à l'article 1 de la *Charte des droits et libertés de la personne*, 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 le bénéfice de l'exonération des primes pour des régimes d'assurance ou encore l'accès à des régimes d'assurances complémentaires et optionnels comme l'assurance soins dentaires;



- 20 -

167. 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 ces couvertures;
168. Les avenants et les annexes de P-6 auxquels réfère le demandeur au paragraphe 80 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;
169. Les dommages réclamés par le demandeur diffèrent dans leur existence même de ceux des membres du groupe;


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
(Me Michel C. Chabot)
Procureurs des défenderesses

BB 7553
Réf. : 9490-02 /MCC/en



CANADA

**PROVINCE DE QUÉBEC
DISTRICT DE QUÉBEC**

N° : 200-06-000110-083

**COUR SUPÉRIEURE
(Recours collectif)**

BRUCE BEAVER

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



- 2 -

**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

AVIS DE DÉNONCIATION DE PIÈCES

- Pièce D-1 : Contrat entré en vigueur le 1^{er} janvier 1997
- Pièce D-2 : Extrait de l'état des informations sur une personne morale (La Capitale assureur de l'administration publique inc.)
- Pièce D-3 : Extrait de l'état des informations sur une personne morale (La Capitale assurances gestion du patrimoine inc.)
- Pièce D-4 : Pages de signatures des contrats D-1 et P-5



- 3 -

Pièce D-5 : Appel d'offres

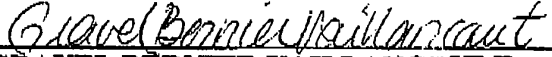
Pièce D-6 : Pages de signatures des contrats D-1 et P-6

Pièce D-7 : Formulaire de modification de bénéficiaire de 1991

Pièce D-8 : Gazette officielle du Québec, partie 1, numéro 25 du 21 juin 2008

Pièce D-9 : Gazette officielle du Québec, partie 1, numéro 24 du 21 juin 2009

Québec, le 9 juillet 2010


GRAVEL BERNIER VAILLANCOURT
(Me Michel C. Chabot)
Procureurs des défenderesses

BB 7553
Réf. : 9490-02 /MCC/en





COUR : SUPÉRIEURE
(Recours collectif)
DISTRICT : QUÉBEC
NO : 200-06-000110-083

BRUCE BEAVER

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

AL

Intervenants

**DÉFENSE ET AVIS DE
DÉNONCIATION DE PIÈCES**

N/☞ : 9490-01 MCC

[en]

Me Michel C. Chabot



**GRAVEL BERNIER VAILLANCOURT
AVOCATS**

Place Iberville Trois
2960, boulevard Laurier, bureau 500
Québec (Québec) G1V 4S1
Téléphone : 418 656-1313
Télécopieur : 418 652-1844

BB7553

Casier #95