

PARTIE I – INTRODUCTION

1. Il y a seize ans, les Tribunaux ont approuvé un choix difficile fait par les représentants des recours collectifs au nom des membres des groupes visés par le recours, soit les personnes infectées et les membres de leur famille. Devant un nombre important de variables inconnues concernant le virus de l'Hépatite C (ci-après « **VHC** »), une maladie chronique progressive, et concernant le nombre de personnes qui ont été infectées par le VHC à la suite de sang contaminé reçu entre 1986 et 1990, les membres des recours et les membres de leur famille ont accepté le risque que présentait le montant de règlement maximal offert par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (les gouvernements FPT) en échange d'une quittance complète et finale de chacun des membres du groupe et des membres de leur famille de façon à pouvoir payer une indemnisation selon un barème de prestations limitées. À cette époque, la possibilité qu'il puisse y avoir des actifs ne faisant pas l'objet d'une attribution actuarielle était uniquement hypothétique. Mais la patience des membres des recours, une gestion habile du risque, ainsi qu'un peu de chance ont transformé cette possibilité hypothétique en une réalité et ont permis la présentation de cette requête.

2. Le Comité conjoint demande aux Tribunaux, dans le cadre du libre exercice de leur pouvoir discrétionnaire qui leur est conféré d'attribuer les actifs ne faisant pas l'objet d'une attribution actuarielle (le capital excédentaire), détenu par le fiduciaire en vertu du Règlement relatif à l'Hépatite C 1986-1990 (la Convention de règlement) à la date du 31 décembre 2013, au bénéfice des membres du groupe et des membres de leur famille en approuvant les neuf recommandations ayant pour but d'améliorer quelques-uns des compromis faits par les membres des recours et les membres de leur famille. Le Comité conjoint requiert également une ordonnance concluant au rejet de la requête du Procureur général du (ci-après « **Canada** »), demandant que lui soit versée l'entièreté du capital excédentaire.

3. Ces requêtes concernant le capital excédentaire sont présentées aujourd'hui aux Tribunaux parce que, lors de l'approbation de la Convention de règlement, les Tribunaux ont reconnu que l'indemnisation prévue pour les membres des recours collectifs et les membres de leur famille au terme du Régime à l'intention des transfusés infectés par le VHC et du Régime à l'intention des hémophiles infectés par le VHC (« ci-après, les « **Régimes** ») n'était pas optimale puisqu'elle a été établie pour permettre d'inclure chacune de ces composantes à l'intérieur du montant global maximum que les gouvernements FTP étaient prêts à payer. Elle était également sujette à un certain nombre de retenues et de restrictions financières, et sujette à des fluctuations de sorte qu'elle n'était pas garantie. Les Tribunaux ont également reconnu qu'étant donné que les gouvernements FTP avaient spécifiquement limité leur responsabilité financière aux termes du Règlement, seuls les membres des recours supportaient le risque que le Fonds en fiducie à être établi ne serait pas financièrement suffisant pour verser ne serait-ce que les montants prévus aux Régimes. Dans ces circonstances, les Tribunaux n'étaient pas prêts à approuver la Convention de règlement telle quelle, étant donné qu'elle prévoyait que tout surplus devait retourner aux gouvernements FPT une fois l'administration du règlement complétée. En toute justice, les Tribunaux ont exigé que la Convention de règlement soit modifiée pour permettre la participation des membres des recours ainsi que des membres de leur famille à la distribution de tout surplus qui pourrait survenir dans le futur.

4. Après une ronde additionnelle de négociations, les parties ont présenté de consentement des projets d'ordonnance aux Tribunaux de l'Ontario et de la Colombie-Britannique qui ont approuvé le règlement proposé, sujet à certaines modifications incluant une disposition visant à conférer aux Tribunaux « un libre exercice de leur pouvoir discrétionnaire » afin d'ordonner de temps à autre, à la demande du Comité conjoint ou d'une partie, que les Fonds et les autres éléments d'actifs détenus par le fiduciaire en vertu de la Convention de règlement et qui ne font pas l'objet d'une attribution actuarielle soient en tout ou en partie attribués aux membres des recours collectifs et/ou aux membres de la famille; attribuer de toute manière dont on peut raisonnablement s'attendre qu'elle bénéficie aux membres des recours collectifs et/ou aux membres de la famille, même si l'attribution ne prévoit pas le versement d'une indemnité aux membres des recours collectifs et/ou aux membres de la famille; payer en tout ou en partie, aux gouvernements FPT, à certains, ou à un seul d'entre eux, compte tenu de la source des fonds et des autres éléments d'actifs que comprend le Fonds en fiducie; et/ou conservés en tout ou en partie dans le Fonds en fiducie (ci-après les « **Dispositions d'allocation** »).

5. Le libre exercice de leur pouvoir discrétionnaire, conféré aux Tribunaux par les Dispositions d'allocations est assujéti uniquement à deux restrictions : (1) la raisonabilité compte tenu des circonstances; et (2) l'égalité géographique, en ce qu'il ne doit y avoir aucune discrimination fondée sur l'endroit où le membre du recours a reçu le sang infecté ou le lieu où il réside. Même si dix facteurs pouvant être considérés par les Tribunaux dans le cadre du libre exercice de leur pouvoir discrétionnaire sont inclus dans les Dispositions d'allocation, les termes négociés par les parties prévoient spécifiquement que les Tribunaux « peuvent prendre en considération, mais sans être liés par aucun d'entre eux » ces facteurs. Les Tribunaux de l'Ontario et de la Colombie-Britannique ont approuvé les projets d'ordonnance soumis de consentement et des dispositions identiques ont été incorporées à l'annexe F de la Convention de règlement approuvée par la Cour supérieure du Québec.

6. Au terme de la réévaluation des aspects financiers du fonds à la date du 31 décembre 2013, les Tribunaux ont rendu des ordonnances de consentement et jugement déclarant qu'à la date du 31 décembre 2013, les éléments d'actifs de la fiducie excèdent les obligations financières estimées d'un montant évalué entre 236 341 000\$ calculé par les actuaires du Comité conjoint et 256 594 000\$ calculé par les actuaires du Canada.

7. Toutefois, ces montants ne prenaient pas en considération le reclassement potentiel de membres des recours et leur subséquente éligibilité pour la somme forfaitaire prévue dans les Régimes s'ils satisfont aux exigences du protocole approuvé par les Tribunaux concernant le traitement. Ceci entraîne une augmentation des obligations financières estimées d'un montant de 29 421 000\$ que le Comité conjoint soumet devoir être appliqué pour réduire son estimation des actifs ne faisant pas l'objet d'une attribution actuarielle au 31 décembre 2013 de 236 341 000\$ à 206 920 000\$. Cette approche est conforme avec le conservatisme sur le plan financier dont le Comité conjoint a toujours fait preuve tout au long de l'histoire de la Convention de règlement pour s'assurer que les risques auxquels sont exposés les membres des recours collectifs soient pris en considération de manière appropriée. Même si l'évaluation de cet élément par les actuaires du Canada n'est pas différente, il conteste la nécessité de ce redressement d'un point vue actuariel.

8. Les neuf recommandations proposées par le Comité conjoint pour attribuer le capital excédentaire aux bénéficiaires des recours collectifs et des membres de la famille visent à permettre de combler certains déficits et compromis dans l'indemnisation actuellement disponible et prévue en vertu des Régimes existants. Tout comme les circonstances qui existaient lors des auditions pour l'approbation originale du Règlement, les avantages recommandés par le Comité conjoint sont limités par la disponibilité des Fonds de sorte que certains des déficits pour l'indemnisation des membres des recours et des membres de la famille ne peuvent être comblés à ce stade-ci. Les recommandations du Comité conjoint représentent également certains compromis.

9. Les recommandations du Comité conjoint sont raisonnables en tenant compte des circonstances et respectent l'égalité géographique entre les membres. Au surplus, tous les facteurs optionnels que les Tribunaux peuvent considérer dans le cadre du libre exercice de leur pouvoir discrétionnaire favorisent entièrement les recommandations d'attribution, qui seront toutes défrayées uniquement à partir du capital excédentaire de façon à ce que les gouvernements provinciaux et territoriaux qui déboursent leurs parts des obligations financières sur une base mensuelle « à demande » ne seront pas appelés à les financer de quelque façon que ce soit.

10. La requête du Canada doit être rejetée principalement puisqu'elle n'est pas fondée en faits. Le Canada fait abstraction des risques assumés et gérés avec succès par les membres des recours ainsi que les membres de la famille et fonde sa demande à l'égard du capital excédentaire sur le fait qu'il a déboursé sa part des obligations financières à l'avance en un seul paiement et sur la base des améliorations importantes de traitement du VHC qui se traduisent par le fait que les membres des recours ayant survécu ont une plus grande chance de voir le virus éradiqué aujourd'hui qu'ils n'en ont jamais eu durant les vingt-six à trente ans où ils ont vécu avec le virus.

11. Malgré le fait que le Canada a déboursé à l'avance le montant de sa part des obligations financière, la preuve, incluant celle des actuaires du Canada, démontre que le capital excédentaire existe grâce au risque que les membres des recours et les membres de leur famille ont assumé en investissant ces montants déboursés à l'avance, à défaut de quoi nous serions face à un déficit de 348 000 000\$. La stratégie d'investissement adoptée par les membres des recours collectifs et les membres de leur famille par le biais du Comité conjoint, agissant à la lumière des avis fournis par les conseillers professionnels a été accomplie à un prix considérable pour eux. Il serait manifestement déraisonnable et injuste de récompenser le Canada avec quelque portion que ce soit du capital excédentaire, alors que les membres des recours et les membres de leur famille ont non seulement supporter tous les risques, mais ont également supporté tous les coûts encourus pour obtenir un tel résultat positif.

12. La soi-disant « guérison » n'est pas non plus une panacée. Plusieurs membres des recours sont décédés du VHC. Ceux qui ont survécu ont vécu avec une dégradation permanente de leur foie, des traitements physiquement débilissants, la stigmatisation sociale liée à l'hépatite C, la peur d'infecter des êtres chers, la peur d'être encore à risque élevé de développer un cancer du foie, et la peur de mourir péniblement.

13. Les compromis nécessaires pour conclure ce règlement se sont traduits par le fait que les membres des recours et membres de la famille ont enduré seize ans d'indemnisation partielle en vertu des Régimes, que les recommandations du Comité conjoint visent à améliorer avec les fonds disponibles à ce stade-ci. Tragiquement, pour plusieurs membres des recours et

membres de leur famille, il est trop tard. Le Comité conjoint demande que ces requêtes soient accueillies et que les Tribunaux procèdent de façon rapide et uniforme, de façon à ce que les membres des recours et membres de la famille qui sont malades et âgés puissent recevoir l'indemnisation additionnelle à laquelle ils ont droit.

PARTIE II - LES FAITS

A. Les recours collectifs sous-jacents

14. Entre 1996 et 1998, des recours collectifs ont été intentés en Colombie-Britannique, au Québec et en Ontario visant à obtenir des dommages pour blessures corporelles, incluant la mort, au nom des personnes transfusées et hémophiles ayant reçues une transfusion de sang ou de certains produits sanguins au Canada entre le 1^{er} janvier 1986 et le 1^{er} juillet 1990 et qui ont été infectés par le VHC. Les actions de l'Ontario incluaient les réclamations des personnes qui n'étaient pas visées par les actions de la Colombie-Britannique et du Québec ainsi que des réclamations de certains membres de la famille de personnes infectées¹.

15. Les défendeurs dans les diverses actions incluaient la Société canadienne de la Croix-Rouge, le Procureur général du Canada et, dans leurs provinces respectives, le représentant de sa Majesté la Reine de la province de la Colombie-Britannique, le représentant de sa Majesté la Reine en Ontario et le Procureur Général du Canada. Les provinces et territoires qui n'étaient pas inclus à titre de défendeurs dans l'action intentée au nom des transfusés en Ontario ont reçu signification en septembre 1997 d'une action future au nom des transfusés et sont ultimement devenu intervenant dans les actions de l'Ontario faisant dans l'ensemble de ces actions, lorsque considérées collectivement, un recours à portée nationale².

16. Après la certification et l'autorisation des recours collectifs, les parties ont entamé des discussions de règlement.

B. La Convention de règlement

17. La Convention de règlement est le résultat de plus de dix-huit mois d'intenses négociations, d'approbations provisoires par les Tribunaux et de négociations additionnelles ayant abouti aux Jugements d'Approbation amendant la Convention de règlement que les Tribunaux ont ultimement approuvée. Bien que la Convention de règlement fût influencée par une variété de considérations complexes incluant la dimension de la cohorte anticipée, l'élaboration d'un modèle médical de la maladie et la question des dommages³, quatre éléments clés divisaient véritablement les parties et ont formé la pierre angulaire du règlement. Tel que discuté ci-après, ces éléments étaient : (1) quel était le montant que les gouvernements FPT étaient prêts à verser; (2) qui assumerait le risque d'une insuffisance financière; (3) de quelle façon les membres des recours et les membres de la famille seraient indemnisés; (4) qu'advierait-il de tout surplus si cela devait survenir ?

¹ Affidavit #13 de Heather Rumble Peterson, souscrit le 16 octobre 2015 [affidavit Peterson #13] dossier conjoint, DC, vol. 2, onglet 12, par. 2, pp. 349-350

² Affidavit Peterson # 13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 3, p. 350.

³ Affidavit de Heather Rumble Peterson, souscrit le 23 novembre 1999 [Affidavit Peterson Novembre 1999] DC, vol. 13, onglet 34, par. 48, p. 4287.

i. Les négociations ayant mené à la Convention de règlement

18. Dès le tout début des négociations, les négociateurs au nom des gouvernements FPT (les avocats FPT) étaient catégoriques quant à la nécessité d'établir un montant fixe pour les obligations financières maximales des gouvernements FPT. Ceci a été clairement établi de façon initiale lors du premier face à face des discussions de règlement survenu le 6 avril 1998. Au cours de ces discussions préliminaires, les représentants des gouvernements ont expliqué qu'ils ne pouvaient prendre des engagements pour les gouvernements futurs; un seul montant final devait être accepté au moment du règlement⁴.

19. Peu après le 27 mars 1998, les gouvernements FPT annonçaient publiquement qu'ils étaient prêts à offrir jusqu'à 1,1 milliard de dollars pour régler avec les réclamants⁵ des recours relatifs à l'hépatite C 1986-1990. Les avocats FPT ont confirmé de façon répétée durant les négociations que le montant de 1,1 milliard de dollars était le plafond absolu – un plafond qui ne pouvait être dépassé, mais qui pourrait être plus bas⁶.

20. Ce plafond des gouvernements FPT à l'égard du montant du règlement a freiné les négociations. À cause de points de vue diamétralement différents à l'égard du profil de la maladie présenté par le groupe des réclamants, les négociateurs au nom des membres du groupe (les avocats du groupe) et les avocats FPT ne s'entendaient pas sur l'évaluation des différents montants de règlement.⁷ Les avocats FPT estimaient que les propositions de règlement avancées par les avocats du groupe étaient trop dispendieuses⁸. En particulier, les avocats FPT n'étaient pas disposés à accepter l'indemnisation pour perte de revenu, perte de soutien et frais engagé pour les soins telle que recherchée par les avocats du groupe.⁹

21. Conséquemment, les avocats du groupe sont devenus de plus en plus convaincus que la seule façon de parvenir à un niveau d'indemnisation acceptable était de faire en sorte que les membres des recours collectifs et les membres de leur famille assument le risque d'une insuffisance financière. Autrement, les gouvernements FPT continueraient d'insister pour prévoir un montant de sécurité significatif entre l'évaluation actuarielle projetée de l'indemnisation prévue et le plafond de 1,1\$ milliard de dollars, réduisant par le fait même de façon substantielle le niveau de compensation versée en faveur des membres du recours et des membres de la famille.¹⁰

22. Le 2 novembre 1998, les parties ont surmonté cette difficulté lorsque les avocats FPT ont accepté de négocier sur la base que les gouvernements FPT acquiesceraient à un montant de règlement de 1,1\$ milliard et que le groupe assumerait le risque d'insuffisance financière.¹¹

⁴ Affidavit d'Asvini Krishnamoorthy, souscrit le 29 janvier 2016 [Affidavit Krishnamoorthy], DC, vol. 9, onglet 28, exhibit O, Affidavit de J.J. Camp, souscrit le 12 juillet 1999 [Affidavit Camp] par. 48, p. 3412 et exhibit « O » Lettre de Camp, pp. 3507-3513.

⁵ Affidavit Camp, DC, vol 9, onglet 28, par. 54, pp. 3413-3414.

⁶ Affidavit Camp, DC, vol 9, onglet 28, par. 65, pp. 3418-3419, Affidavit Peterson Novembre 1999, DC, vol. 13, onglet 34, par. 31, pp. 4280-4281.

⁷ Affidavit Camp, DC, vol. 9, onglet 27, par. 89, pp. 3427, 93-95, pp. 3428, par. 98, p. 3430, par. 99-100, pp. 3430-3431, par. 104, p. 3432, par.106, p. 3433; Affidavit Peterson Novembre 1999, DC, vol. 13, onglet 34, par. 61-62, p. 4292.

⁸ Affidavit Camp, DC, vol. 9, onglet 28, par. 69, p. 3420, par. 79, p. 3423, par. 82, p. 3424 et exhibit « OO » Lettre de Camp, pp. 3625-3636.

⁹ Affidavit Camp, DC, vol. 9, onglet 28, par. 106, p. 3433.

¹⁰ Affidavit Camp, DC, vol. 9, onglet 28, par. 105, p. 3432.

¹¹ Affidavit Camp, DC, vol. 9, onglet 28, par. 109, p. 3434 et exhibit « EEE » Lettre de Camp, pp. 3706-3707.

Après cette percée, les parties ont été à même de s'entendre sur une entente-cadre (Framework Agreement) le 18 décembre 1998.¹²

23. L'entente-cadre reflétait l'approche par paliers pour les niveaux d'indemnisation, telle que désirée par les avocats du groupe, dans laquelle l'indemnisation était en fonction de la sévérité de la condition médicale du membre du recours ainsi que de la progression de la maladie, et incluait également l'indemnisation pour la perte de revenu, la perte de soutien et les frais pour soins futurs. Afin d'assurer la suffisance du montant de 1,1\$ milliard, des restrictions financières, des retenues ainsi que d'autres compromis à l'égard de l'indemnisation prévue ont été établis. L'entente-cadre envisageait que les retenues et les restrictions financières pourraient être réduites ou abolies advenant le développement d'un surplus.¹³

24. Après le consentement des parties à l'égard de l'entente-cadre, des difficultés additionnelles ont surgi lorsque les parties ont formalisé l'entente. Une difficulté particulièrement litigieuse était le montant d'intérêts à être versés à l'égard du montant du règlement. L'entente-cadre prévoyait que les gouvernements FPT investiraient de façon théorique les montants du règlement et garantiraient l'intérêt sur ces sommes à un taux équivalent à celui des obligations du gouvernement du Canada à long terme.¹⁴ Ceci fut ensuite changé à la demande des gouvernements FPT au taux moindre des bons du Trésor.¹⁵ Cette difficulté fut résolue par le gouvernement fédéral acceptant de payer à un fiduciaire 8/11^{ième} du montant du règlement (846 327 527\$ plus intérêts) à l'approbation du règlement, fiduciaire qui investirait les montants sur la base de recommandations d'investissement (qui excèderaient le taux des bons du Trésor).¹⁶ Les intérêts accumulés seraient ensuite appliqués au montant du règlement.¹⁷ Les gouvernements provinciaux et territoriaux pourraient payer leur part respective sur la base de paiements « à demande » avec intérêts calculés au taux des bons du Trésor. Par la suite, les gouvernements FPT ont accepté que l'intérêt accumulé sur les montants du règlement soit exempt d'impôt.¹⁸

25. La Convention de règlement fut finalement conclue en juin 1999 et nécessitait alors l'approbation des Tribunaux en Ontario, en Colombie-Britannique et au Québec, soit les trois provinces où les recours collectifs avaient été certifiés ou autorisés.¹⁹

ii La procédure d'approbation du règlement

26. Dans les motifs de sa décision datée du 22 septembre 1999, le juge Winkler (tel qu'il était alors) de la Cour supérieure de l'Ontario approuvait provisoirement le règlement, mais identifiait trois éléments préoccupant selon lui, et offrait aux avocats du groupe ainsi qu'aux avocats FPT l'opportunité de reconsidérer ces éléments afin d'y apporter des réponses par le biais de changements au règlement proposé.²⁰

¹² Affidavit Camp, DC, vol. 9, onglet 28, par. 110-114, pp. 3434-3435.

¹³ Affidavit Peterson novembre 1999, DC, vol. 13, onglet 34, exhibit « P » Lettre de Strosberg, pp. 4611-4620.

¹⁴ Affidavit Camp, DC, vol. 9, onglet 28, par. 119(a), pp. 3437-3438.

¹⁵ Affidavit Camp, DC, vol. 9, onglet 28, par. 119(a), pp. 3437-3438 et exhibit « KKK » lettre de Whitehall, pp. 3750-3752.

¹⁶ Affidavit Camp, DC, vol. 9, onglet 28, par. 119(a), pp. 3437-3438 et exhibit « LLL » lettre de Strosberg, pp. 3753-3756.

¹⁷ Affidavit Peterson novembre 1999, DC, vol. 13, onglet 34, par. 78, pp. 4297-4298.

¹⁸ Affidavit Peterson novembre 1999, DC, vol. 13, onglet 34, par. 84(b), p. 4301.

¹⁹ Affidavit Camp, DC, vol. 9, onglet 28, par. 121, p. 3439.

²⁰ *Parsons v. Canadian Red Cross Society*, [1999] O.J. No. 3572 (S.C.J.) (*Parsons*), DC, vol 22, Onglet 51, par. 129, 132, p. 7633.

27. L'élément préoccupant pertinent aux questions actuellement sous étude, était la disposition prévue à l'article 12.03(3) de la Convention de règlement qui prévoit que tout élément d'actifs restant appartiendra exclusivement aux gouvernements FPT et leur sera transféré dès que les tribunaux auront prononcé l'expiration de la Convention de règlement. À l'époque, il n'était pas possible de savoir s'il n'y aurait jamais un surplus. En effet, un déficit de plus de 58,5\$ millions était prévu si l'indemnisation prévue ainsi que les autres obligations financières étaient payées en l'absence de retenues et de restrictions financières à l'égard de la compensation prévue pour les membres (tel que discuté aux paragraphes 77 à 81 ci-après), ce que le juge Winkler a qualifié de « significatif ».²¹

28. Le juge Winkler s'interrogea ensuite à savoir s'il était approprié que tout surplus soit entièrement transféré aux défendeurs dans le contexte de ce règlement spécifique étant donné que le montant d'indemnisation prévu au bénéfice des membres des recours et des membres de la famille à différents niveaux n'était pas idéal, mais plutôt « largement influencé par le montant total d'argent disponible pour l'attribution »²² et que les membres du recours assumaient le risque d'insuffisance financière.²³ Il concluait que ceci n'était pas approprié.

La Cour se voit demandée d'approuver le règlement même si les bénéficiaires sont sujets à fluctuation et malgré le fait que les défendeurs ne seront pas appelés à financer quelque déficit que ce soit advenant que le fonds soit insuffisant. C'est ainsi, malgré le fait que les niveaux de bénéficiaires ne sont pas parfaits. C'est donc en considérant la nature de ce règlement et dans un souci de cohérence et d'équité, qu'une portion d'un surplus pourrait être attribuée au bénéfice des membres des recours.²⁴

(traduction non officielle)

29. Selon le juge Winkler, la possibilité qu'un surplus potentiel dans le fonds en fiducie puisse être attribué au groupe plutôt qu'aux gouvernements FPT, ne constituait pas un changement important au règlement :

Les changements requis au règlement afin d'obtenir l'approbation de cette Cour ne sont pas significatifs lorsqu'envisagés à partir de la perspective des défendeurs... Le changement requis à l'égard de la disposition concernant le surplus résout l'anomalie consistant à immobiliser tout surplus pour la période entière de 80 ans prévue pour l'administration du règlement. De toute façon, étant donné le déficit envisagé de 58\$ millions, la question d'un surplus est hautement conjecturale.²⁵

(traduction non officielle)

30. Le juge Smith de la Cour suprême de la Colombie-Britannique acquiesçait à la conclusion du juge Winkler à l'effet que ces modifications étaient requises. Concernant l'indemnisation payable aux membres des recours en vertu du règlement, il écrivait :

²¹ *Parsons*, DC, vol. 22, onglet 51, par. 59 p. 7618, par. 107 p. 7628, par. 114 p. 7630, par. 131 p. 7633.

²² *Parsons*, DC, vol. 22, onglet 51, par. 104 p. 7628.

²³ Affidavit de R. Douglas Elliott, assermenté le 12 juillet 1999 [affidavit de Elliott], DC, vol. 12, onglet 32, par. 202 pp. 4148-4149.

²⁴ *Parsons*, DC, vol. 22, onglet 51, par. 122 p. 7631.

²⁵ *Parsons*, DC, vol. 22, onglet 51, par. 131 p. 7633.

Toutefois, ce n'est pas une situation où les parties ont négocié le montant global du règlement en estimant ses composantes, comme c'est souvent le cas en litige. Ici, le montant global était prédéterminé, et les bénéficiaires payables ont dû être aménagés de façon à pouvoir y être insérés. Également, c'est un terme du règlement que les membres des recours assument le risque d'insuffisance financière du fonds.²⁶

(traduction non officielle)

iii. Les Dispositions d'allocation

31. Initialement les gouvernements FPT n'étaient pas prêts à accepter le changement concernant le retour de tout montant excédentaire demandé par l'honorable juge Winkler. Les avocats FPT ont adopté la position que la modification demandée était significative, et que si les avocats du groupe n'acceptaient pas de retourner avec eux devant le juge Winkler pour demander que ce changement soit abandonné, les gouvernements FPT plaideraient qu'il n'y aurait tout simplement plus d'approbation judiciaire de la Convention de règlement. Les avocats du groupe ont refusé de retourner devant le juge Winkler à ce sujet et les gouvernements FPT ont ultimement cédé.²⁷

32. Ensemble, les avocats du groupe, les avocats FPT ainsi que les intervenants ayant participé aux requêtes pour l'approbation du règlement ont ensemble préparé des projets de jugement pour répondre aux préoccupations des Tribunaux de l'Ontario et de la C.-B., qui amendaient spécifiquement la Convention de règlement comme suit :²⁸

9. THIS COURT ORDERS AND ADJUDGES that the Agreement, annexed hereto as Schedule 1, and the Funding Agreement, annexed hereto as Schedule 2, both made as of June 15, 1999 are fair, reasonable, adequate, and in the best interests of the Ontario Class members and the Ontario Family Class members in the Ontario Class Actions and **this good faith settlement of the Ontario Class Actions is hereby approved on the terms set out in the Agreement and the Funding Agreement, both of which form part of and are incorporated by reference into this judgement, subject to the following modifications, namely:**

(b) in their unfettered discretion, the Courts may order, from time to time, at the request of any Party or the Joint Committee, that all or any portion of the money and other assets that are held by the Trustee pursuant to the Agreement and are actuarially unallocated be :

(i) allocated for the benefit of the Class Members and/or the Family Class Members in the Class Actions;

(ii) allocated in any manner that may reasonably be expected to benefit Class Members and/or the Family Class Members even though the allocation does not provide for monetary relief to individual Class Members and/or Family Class Members;

²⁶ *Endean v. Canadian Red Cross Society*, [1999] B.C.J. No. 2180 (C.S.) [Endean] DC, vol. 22, onglet 53, par. 8, p. 7677, par. 22, pp. 7679-7680.

²⁷ Affidavit Peterson novembre 1999, DC, vol. 13, onglet 34, par. 93, pp. 4307-4308.

²⁸ Affidavit Peterson novembre 1999, DC, vol. 13, onglet 34, par. 96, p. 4309.

(iii) paid, in whole or in part, to the FPT Governments or some or one of them considering the source of the money and other assets which comprise the Trust Fund; and/or

(iv) retained, in whole or in part, within the Trust Fund;

in such manner as the Courts in their unfettered discretion determine is reasonable in all of the circumstances provided that in distribution there shall be no discrimination based upon where the Class Member received Blood or based upon where the Class Member resides;²⁹

33. Le juge Winkler a approuvé et signé l'ordonnance d'approbation pour l'Ontario un mois après que sa décision soit rendue, le 22 octobre 1999.

34. Une ordonnance d'approbation substantiellement similaire a été signée par la Cour suprême de la Colombie-Britannique, le 28 octobre 1999. Elle reprend les Dispositions d'allocation au paragraphe 5(b).³⁰

35. Une ordonnance d'approbation substantiellement similaire a été rendue par la Cour supérieure du Québec le 19 novembre 1999, par l'ajout de l'Annexe F, modification no. 1, à la Convention déjà approuvée par le jugement rendu en date du 21 septembre 1999.

iv. Les facteurs optionnels pouvant être considérés

36. Les ordonnances d'approbation en Ontario et en Colombie-Britannique ainsi que l'Annexe F ajoutée à la Convention de règlement au Québec (les Ordonnances d'Approbation) énumèrent dix facteurs que les Tribunaux peuvent prendre en considération dans le cadre du libre exercice de leur pouvoir discrétionnaire qui leur est conféré, mais sans être lié par aucun d'entre eux (les facteurs optionnels pour considération). Le jugement d'approbation en Ontario se lit comme suit :

(c) dans le cadre du libre exercice de leur pouvoir discrétionnaire qui leur est conféré par l'alinéa 9(b) [5(b) dans le jugement d'approbation de la Colombie-Britannique et annexe F, par. 1, al. p.2 au Québec], les Tribunaux peuvent prendre en considération, mais sans être liés par aucun d'entre eux, notamment les facteurs suivants :

- (i) Le nombre de membres des recours collectifs et de membres de la famille;
- (ii) l'expérience du Fonds en fiducie;
- (iii) le fait que les indemnités prévues par les Régimes peuvent, dans certains cas, ne pas refléter le régime de responsabilité en matière extracontractuelle;
- (iv) article 26 (10) de la Loi [art. 35(5) de la Loi sur les recours collectifs de la Colombie-Britannique, art. 1036 du Code de procédure civile du Québec];

²⁹ Jugement d'approbation en Ontario, DC, vol. 22, onglet 52, par. 9(b), pp. 7648-7649.

³⁰ Jugement d'approbation en Colombie-Britannique, DC, vol. 22, onglet 54, par. 5(b), pp. 7697-7698.

- (v) la question de savoir si l'intégrité de la Convention de règlement sera maintenue et si les versements des indemnités prévus dans les Régimes seront assurés;
- (vi) la question de savoir si la progression de la maladie est très différente de celle prévue dans le modèle médical utilisé dans le rapport actuariel Eckler;³¹
- (vii) le fait que les membres des recours collectifs et les membres de la famille assument le risque d'insuffisance du Fonds en fiducie;
- (viii) le fait que les contributions des gouvernements FPT sont limitées en vertu de la Convention de règlement;
- (ix) la source des Fonds et des autres éléments d'actifs que comprend le Fonds en fiducie;
- (x) tous autres faits que les Tribunaux estiment importants.

v. Les principaux éléments de la Convention de règlement, telle qu'amendée

37. Aux fins des présentes requêtes pour l'attribution des éléments d'actifs ne faisant pas l'objet d'une attribution actuarielle, les éléments clés de la Convention de règlement telle qu'amendée par les ordonnances d'approbation, sont les suivants :

- (a) les gouvernements FPT ont accepté de contribuer pour un maximum de 1,118 milliard de dollars dans un Fonds en fiducie qui serait administré au nom des membres des recours et des membres de la famille, le gouvernement fédéral payant huit onzième (8/11) de ce montant une fois le règlement approuvé par les Tribunaux de l'Ontario, de la Colombie-Britannique et du Québec, et les gouvernements provinciaux et territoriaux payant trois onzième (3/11) de ce montant sur une base mensuelle « à demande ».³²
- (b) les gouvernements FPT ont été relevés de toute obligation autre que celle de fournir le montant promis, même advenant que les montants soient insuffisants pour permettre de payer tous les montants prévus à la Convention de règlement;³³
- (c) les membres du groupe qui ne se sont pas exclus des recours collectifs ont quittancé les gouvernements FPT (et autres défendeurs) de toute réclamation qu'ils avaient ou auraient pu avoir par la suite;³⁴

³¹ Affidavit Krishnamoorthy, DC, vol. 8, onglet 28, exhibit K, 1999 Eckler Actuarial Report, pp. 2945-2948.

³² Accord de financement, annexe D du Règlement [**Accord de financement**], DC, vol. 21, onglet 49D, art. 2.01, p. 7457, article 4, pp. 7459-7460.

³³ Convention de règlement, DC, vol. 21, onglet 49, art. 1.10, p. 7320, art. 4.01, p. 7322; Accord de financement, DC, vol. 21, onglet 49D, article 3.03, p. 7458, art. 4.05, p. 7460.

³⁴ Convention de règlement, DC, vol. 21, onglet 49, art. 1.01, pp. 7314-7319; Jugement d'approbation de l'Ontario, DC, vol. 22, onglet 52, par. 30, p. 7663, par. 33-35, pp. 7662, 7664-7665; Jugement d'approbation de la Colombie-

(d) la compensation payable aux membres du groupe et membres de la famille est énumérée dans les Régimes, mais était sujette à certaines retenues et restrictions financières de façon à assurer la suffisance du Fonds en fiducie;

(e) à la demande d'une partie ou du Comité conjoint, les Tribunaux peuvent ordonner que les actifs ne faisant pas l'objet d'une attribution actuarielle détenus dans le Fonds en fiducie soient attribués au bénéficiaire des membres du groupe et des membres de la famille, repayer aux gouvernements FPT, ou maintenus dans le Fonds en fiducie;³⁵ et

(f) sous réserve des Dispositions d'allocation, une fois le Règlement complété, tout montant restant revient aux gouvernements FPT.³⁶

vi. La compensation prévue en vertu des Régimes

38. La compensation prévue en faveur des membres du groupe et des membres de la famille aux termes du Règlement est restreinte à celle prévue aux termes des Régimes. Un résumé de ces divers chefs de compensation apparaît ci-après ainsi que dans le tableau joint à la présente argumentation comme « Annexe C ». Tous les montants payables en vertu des Régimes sont exprimés en dollars de 1999. Ces montants incluent tout intérêt avant jugement ou tout autre montant et ne portent pas intérêts, sauf si expressément prévu. La plupart des paiements sont indexés annuellement selon l'Index de pension du Canada tel que prévu.³⁷ Les montants exprimés en dollars de 1999 peuvent être convertis à leur équivalent approximatif en dollars de 2014 en les multipliant par 1,35.³⁸

Le paiement forfaitaire pour dommages non-pécuniaires

39. La compensation pour les dommages généraux est établie en fonction de la sévérité de la condition médicale du membre du groupe, sur la base d'une échelle à six niveaux. Les différents montants forfaitaires prévus dans les Régimes sont basés sur des niveaux de maladie préétablis, se rapprochant de la méthode la plus communément utilisée et établissant l'évolution de la fibrose causée par l'infection au VHC :

- (a) FO - aucune fibrose (niveau de la maladie 1 et 2 selon les Régimes);
- (b) F1 - changement minimal au niveau de la fibrose ne s'étendant pas au-delà des zones de portail (inclus au niveau 3 de la maladie selon les Régimes);

Britannique, DC, vol 22, onglet 54, par. 29-31. pp. 7709-7711; Annexe F au Québec, DC, vol 22, onglet 57, par. 1 p.1) p. 7755.

³⁵ Jugement d'approbation de l'Ontario, DC, vol. 22 onglet 52, par. 9(b), pp. 7648-7649; Jugement d'approbation de la Colombie-Britannique, DC, vol. 22, onglet 54, par. 5(b), p. 7697-7698; Annexe F au Québec, DC, vol. 22, onglet 57, par. 1 p.1) p. 7755.

³⁶ Jugement d'approbation de l'Ontario, DC, vol. 22, onglet 52, par. 38; p. 7667; Jugement d'approbation de la Colombie-Britannique, DC, vol. 22, onglet 54, par. 34, p. 7712.

³⁷ Le Régime des transfusés, DC, vol. 21, onglet 49A, art. 4.09, p. 7368, art. 7.02, p. 7372, art. 7.03(2), pp. 7372-7373; Régime des hémophiles, DC, vol. 21, onglet 49B, art. 4.09, p. 7415, art. 7.02, p. 7420, s. 7.03(2), pp. 7420-7421.

³⁸ Affidavit # 4 de Peter Gorham, souscrit le 8 avril 2015 [**Affidavit Gorham #4**], DC, vol. 20, onglet 48, exhibit B, par. 224, p. 7257.

- (c) F2 - changement fibrotique dans les zones de portail avec de courtes extensions (inclus au niveau 3 de la maladie selon les Régimes);
- (d) F3 - changement fibrotique au foie connu comme étant une fibrose en pont (corresponds au niveau 4 de la maladie selon les Régimes); et
- (e) F4 - cirrhose – changement fibrotique étant devenu cirrhotique (correspond au niveau 5 de la maladie selon les Régimes).³⁹

40. Un montant forfaitaire allant de 10 000\$ au niveau 1 à 100 000\$ au niveau 6 est payable selon le niveau de la maladie au moment de l'approbation de la réclamation initiale avec la possibilité d'être admissible au montant forfaitaire ultérieur selon la détérioration future de la santé et selon les critères médicaux établis à chaque niveau de maladie.

41. Les montants forfaitaires sont cumulatifs. Le montant maximum de somme forfaitaire payable à un membre du groupe en vertu des Régimes est de 225 000\$.⁴⁰ En date du mois de janvier 1999, le montant maximum recouvrable pour les dommages non-pécuniaires selon la trilogie de la Cour Suprême du Canada était de 260 500\$.⁴¹

42. Initialement, les Régimes posaient une restriction ou une retenue sur une portion de la somme forfaitaire payable au niveau 2.⁴² Cette restriction financière a été abolie par la suite telle que décrite au paragraphe 78 ci-après.

La perte de revenu

43. Les membres du groupe au niveau 4 qui sont atteints d'une incapacité ne leur permettant pas d'occuper leur emploi en tout ou en partie et les membres du groupe du niveau 3 qui sont atteints d'une incapacité de 80% ou plus qui ne peuvent plus occuper leur emploi habituel et qui renoncent à la somme forfaitaire de 30 000\$ payable à ce niveau de maladie peuvent réclamer une compensation pour perte de revenu.

44. La perte de revenu est calculée nette de tout revenu autre que du revenu gagné et payé net d'impôt et de tous les bénéfices collatéraux reçus par les membres du groupe. Cette indemnité cesse lorsque le membre du groupe atteint l'âge de 65 ans.⁴³

45. Les Régimes incluaient initialement deux restrictions ou retenues à l'égard des réclamations pour perte de revenu. Les réclamations étaient calculées sur la base d'un revenu gagné brut avant réclamation jusqu'à un maximum de 75 000\$; et seulement 70% de la perte annuelle du revenu net calculé était payable initialement.⁴⁴ Ces restrictions ont été par la suite abolies ou modifiées par les Tribunaux tel que décrit au paragraphe 79 à 80 ci-après.

³⁹ Affidavit Bain #1, DC, vol. 19, onglet 46, par. 19-23, pp. 6833-6834, par. 27-28, p. 6835.

⁴⁰ Régime des transfusés, DC, vol. 21, onglet 49A, art. 4.01, pp. 7360-7363; Régime des hémophiles, DC, vol. 21, onglet 49B, art. 4.01, pp. 7407-7409.

⁴¹ Affidavit Elliott, DC, vol. 12, onglet 32, par. 174, p. 4140.

⁴² Régime des transfusés, DC, vol. 21, onglet 49A, art. 4.01(1), (b), p. 7361; Régime des hémophiles, DC, vol. 21, onglet 49B, s.4.01(1), (b), p. 7407.

⁴³ Régime des transfusés, DC, vol. 21, onglet 49A, art. 4.02, pp. 7363-7366; Régime des hémophiles, DC, vol. 21, onglet 49B, art. 4.02, pp. 7409-7412.

⁴⁴ Régime des transfusés, DC, vol. 21, onglet 49A, art. 4.02, pp. 7363-7366; Régime des hémophiles, DC, vol. 21, onglet 49B, art. 4.02, pp. 7409-7412.

La perte des services domestiques

46. Les membres du groupe ayant atteint le niveau 4 ou plus qui s'acquittaient normalement des tâches domestiques à leur domicile (et les membres du groupe au niveau 3 ayant renoncé au montant forfaitaire discuté au paragraphe 43) peuvent réclamer la perte de services domestiques à un taux de 12,00\$ de l'heure pour un maximum de 240,00\$ par semaine, équivalant à 20 heures par semaine. L'indemnité pour perte de revenu et celle pour perte de services domestiques sont des compensations alternatives, un membre du groupe ne pouvant réclamer une compensation que pour l'une ou l'autre de ses pertes pour la même période de temps.⁴⁵

Les frais engagés pour des soins

47. Un membre du groupe ayant atteint le niveau 6 qui doit assumer des frais pour des soins reliés à l'infection au VHC qui ne sont pas remboursables par aucun régime de santé publique ou privée a droit d'être remboursé pour ses frais jusqu'à un maximum de 50 000\$ par année.⁴⁶

L'indemnisation de la médication pour le VHC

48. Un membre du groupe au niveau 3 ou plus qui reçoit une médication indemnisable pour le VHC a le droit de se faire verser 1 000 \$ pour chaque mois complet de thérapie.⁴⁷ « Médication indemnisable pour le VHC » est définie comme étant : Interferon ou Ribavarin, seule ou en combinaison ou tout autre traitement ayant une propension à causer des effets secondaires indésirables et qui a été approuvé par les Tribunaux pour remboursement.⁴⁸

L'indemnisation des traitements et médicaments non assurés

49. Les membres du groupe de tous les niveaux peuvent réclamer le remboursement pour les frais engagés à l'égard des traitements et des médicaments généralement reconnus par suite de leur infection par le VHC, si ces frais ne sont pas remboursables par tout régime public ou privé d'assurance-maladie.⁴⁹

L'indemnisation des frais remboursables

50. Les membres du groupe de tous les niveaux peuvent réclamer le remboursement des frais engagés par suite de leur infection par le VHC qui ne sont pas remboursables par tout régime public ou privé d'assurance-maladie sur la base des taux prévus dans les lignes directrices des règlements pris en vertu de la *Loi sur la gestion des finances publiques* (Canada).⁵⁰

⁴⁵ Régime des transfusés, DC, vol. 21, onglet 49A, art. 4.03, p. 7366; Régime des hémophiles, DC, vol. 21, onglet 49B, art. 4.03, pp. 7412-7413.

⁴⁶ Régime des transfusés, DC, vol. 21, onglet 49A, art. 4.04, p. 7367; Régime des hémophiles, DC, vol. 21, onglet 49B, art. 4.04, pp. 7413-7414.

⁴⁷ Régime des transfusés, DC, vol. 21, onglet 49A, article 4.05, p. 7367; Régime des hémophiles, DC, vol. 21, onglet 49B, art. 4.05, p. 7414.

⁴⁸ Régime des transfusés, DC, vol. 21, onglet 49A, art. 1.01, p. 7348; Régime des hémophiles, DC, vol. 21, onglet 49B, art. 1.01, p. 7394.

⁴⁹ Régime des transfusés, DC, vol. 21, onglet 49A, art. 4.06, p. 7367; Régime des hémophiles, DC, vol. 21, onglet 49B, art. 4.06, p. 7414.

⁵⁰ Régime des transfusés, DC, vol. 21, onglet 49A, art. 4.07, p. 7368; Plan des hémophiles, DC, vol. 21, onglet 49B, art. 4.07, pp. 7414-7415.

L'option de 50 000\$ pour les hémophiles co-infectés

51. Les membres du groupe des hémophiles qui sont co-infectés par le VIH peuvent choisir de recevoir un montant forfaitaire de 50 000\$ en quittance complète et finale de toute réclamation passée, présente ou future, incluant les réclamations potentielles de leurs personnes à charge et/ou membres de leur famille.⁵¹

L'indemnisation des membres du groupe décédés avant le 1^{er} janvier 1999

52. Pour les membres du groupe décédés avant le 1^{er} janvier 1999, les Régimes prévoient que leur décès doit avoir été causé par l'infection au VHC afin que toute compensation puisse être payable à leur succession, personnes à charge et membres de leur famille. Si cette condition est satisfaite, les Régimes prévoient les options suivantes :

(a) la succession peut réclamer une somme forfaitaire de 50 000\$ à l'égard des pertes avant le décès, plus un montant ne dépassant pas 5 000\$ en remboursement des frais funéraires non assurés. Les personnes à charge peuvent réclamer la perte de services domestiques ou la perte de soutien (décrite ci-après) pour la période après le décès. Les membres de la famille peuvent réclamer les montants forfaitaires pour dommages non-pécuniaires conformément aux sommes forfaitaires prévues pour les membres de la famille (décrites ci-après);⁵²

(b) Alternativement, la succession, les personnes à charge et les membres de la famille peuvent s'entendre pour réclamer collectivement une somme forfaitaire globale de 120 000\$ ainsi qu'un montant n'excédant pas 5 000\$ pour le remboursement des frais funéraires non assurés, le tout en quittance complète et finale de toutes leurs réclamations;⁵³ ou

(c) Alternativement, dans le cas des membres du groupe des hémophiles qui ont été co-infectés avec le VIH, leur succession, personnes à charge et autres membres de leur famille peuvent collectivement réclamer 72 000\$ en quittance complète de toutes leurs réclamations sans avoir à prouver que le décès soit dû au VHC.⁵⁴

L'indemnisation des membres du groupe décédés après le 1^{er} janvier 1999

53. La succession d'un membre du groupe qui décède après le 1^{er} janvier 1999, peut réclamer toute indemnisation que le membre décédé aurait eu droit de recevoir lorsqu'il était vivant et qui ne lui a pas été encore versée. Si le décès a été causé par l'infection au VHC, les personnes à charge de ce membre décédé peuvent réclamer après son décès la perte de services domestiques ou la perte de soutien et les membres de la famille peuvent réclamer les paiements à titre de perte de soin, conseil et compagnonnage conformément aux sommes forfaitaires prévues pour les membres de la famille.⁵⁵

⁵¹ Régime des hémophiles, DC, vol. 21, onglet 49B, art. 4.08(2), p. 7415.

⁵² Régime des transfusés, DC, vol. 21, onglet 49A, art. 5.01(1), p. 7369; Régime des hémophiles, DC, vol. 21, onglet 49B, art. 5.01(1), p. 7416.

⁵³ Régime des transfusés, DC, vol. 21, onglet 49A, art. 5.01(2), p. 7369; Régime des hémophiles, DC, vol. 21, onglet 49B, art. 5.01(2), p. 7416.

⁵⁴ Régime des hémophiles, DC, vol. 21, onglet 49B, art. 5.01(4), pp. 7416-7417.

⁵⁵ Régime des transfusés, DC, vol. 21, onglet 49A, art. 5.02(1), pp. 7369-7370; Régime des hémophiles, DC, vol. 21, onglet 49B, art. 5.02(1), p. 7417.

Les paiements forfaitaires aux membres de la famille

54. Les membres de la famille d'un membre du groupe décédé à cause de son infection au VHC dont la réclamation a été approuvée ont droit de recevoir le montant forfaitaire prévu pour la perte soin, conseil et compagnonnage (à moins qu'ils n'aient choisi l'une des options des réclamations collectives ou de montants forfaitaires décrits ci-haut), allant de 500\$ pour un petit-enfant ou grand-parent à 25 000\$ pour un conjoint.⁵⁶

La perte de soutien

55. Les personnes à charge d'un membre du groupe dont le décès a été causé par l'infection au VHC et qui vivaient avec le membre du groupe au moment de son décès ont le droit de réclamer la perte de soutien calculée de la même manière que la perte de revenu, moins une déduction de 30%, afin de tenir compte de la portion du revenu gagné qui aurait été attribué à la personne décédée si elle avait été vivante. Comme pour la réclamation pour perte de revenu, une réclamation pour perte de soutien prend fin à la date qui aurait été le 65^e anniversaire de naissance du membre du groupe, date à laquelle la personne à charge peut réclamer la perte de services domestiques.⁵⁷

La réclamation des personnes à charge pour perte de service

56. Une personne à charge vivant avec un membre du recours au moment où le décès d'un membre du recours est causé par une infection au VHC peut réclamer pour la perte de services domestiques de ce membre du recours comme une alternative à la réclamation pour perte de soutien. Une réclamation pour perte de services est payable jusqu'à la plus rapprochée des dates entre celle du décès de la personne à charge et la date à laquelle le membre du groupe serait décédé statistiquement n'eut été de son infection au VHC.⁵⁸

C. Les compromis à même la compensation prévue

57. De façon à permettre que la compensation des dommages puisse être réalisée à l'intérieur du montant de règlement global disponible, plusieurs indemnités qui auraient autrement été disponibles en vertu du droit commun et des principes de compensation en droit civil ont dû être restreintes. Cette indemnisation restreinte inclut :

- (a) indemnisation des frais engagés pour des soins :
 - (i) l'indemnisation pour les soins prodigués par des professionnels ou par la famille aux membres du groupe est remboursable seulement pour les membres ayant atteint le niveau 6 et non sur la base de la preuve des besoins individuels;
 - (ii) le montant payable pour l'indemnisation des frais engagés pour des soins est limité à un montant maximal;

⁵⁶ Régime des transfusés, DC, vol. 21, onglet 49A, art. 6.02, p. 7371; Régime des hémophiles, DC, vol. 21, onglet 49B, art. 6.02, pp. 7418-7419.

⁵⁷ Régime des transfusés, DC, vol. 21, onglet 49A, art. 6.01, p. 7370; Régime des hémophiles, DC, vol. 21, onglet 49B, art. 6.01, p. 7418.

⁵⁸ Régime des transfusés, DC, vol. 21, onglet 49A, art. 6.01(2), (3), p. 7370; Régime des hémophiles, DC, vol. 21, onglet 49B, art. 6.01(2),(3), p. 7418.

- (iii) la perte pour des services domestiques n'est indemnisée que pour les membres du groupe ayant atteint le niveau 4 ou plus (à moins que le membre du groupe n'ait renoncé au paiement de la somme forfaitaire payable au niveau 3) et seulement en tant que bénéficiaire alternatif à la perte de revenu ou la perte de soutien. L'indemnisation est limitée à un taux horaire préétabli et pour un nombre d'heures maximum par semaine, indépendamment de la situation individuelle du membre du groupe; et
 - (iv) les membres du groupe sont tenus de se prévaloir et d'épuiser leur couverture d'assurance-maladie privée ou publique ou leur assurance-médicaments avant que les Régimes assument le remboursement de leurs frais;
- (b) les dommages non-pécuniaires : une maladie du foie en phase terminale, un lymphome malin à cellules B, une insuffisance rénale, une cryoglobulinémie mixte symptomatique, une glomérulonéphrite exigeant la dialyse ou un cancer hépatocellulaire sont complètement handicapants, constituent un danger pour la vie et sont potentiellement mortels, mais le montant total d'indemnité pour dommages non-pécuniaires payés conformément aux Régimes est inférieure au plafond établi par la trilogie de la Cour suprême;
- (c) la perte de revenu et la perte de soutien :
- (i) les prestations collatérales reçues sont déduites lors du calcul de la perte de revenu et de la perte de soutien et l'impôt sur le revenu est déduit dans le calcul de la perte de revenu;
 - (ii) aucune compensation n'est prévue pour la perte au niveau des régimes de retraite ou des avantages sociaux liés à l'emploi; et
 - (iii) aucune indemnité pour perte de revenu n'est payable aux membres qui n'ont pas atteint le niveau 4 indépendamment de leur incapacité à occuper leur emploi (à moins que le membre du groupe n'ait renoncé au paiement forfaitaire prévu au niveau 3) ou au-delà de l'âge de 65 ans.
- (d) L'indemnisation découlant du décès du membre du groupe :
- (i) l'indemnisation des membres de la famille n'est offerte qu'après le décès du membre du groupe causé par le VHC et est inférieure au montant prévu dans certaines juridictions ou au montant accordé par les tribunaux dans d'autres juridictions;
 - (ii) les dommages spécifiques : l'indemnité pour les frais funéraires ne peut dépasser 5 000\$ indépendamment des frais réellement encourus;
 - (iii) la succession des personnes décédées avant le 1^{er} janvier 1999 est limitée à un montant forfaitaire indépendamment du niveau de la maladie de la personne infectée et/ou des pertes pécuniaires encourues à la date du décès.

58. Les principes juridiques applicables à l'égard de ces indemnisations ayant fait l'objet de compromis dans l'établissement des prestations prévues sont discutés au paragraphe 237 à 280;

D. Les autres facteurs pertinents à l'égard des facteurs optionnels pouvant être considérés

i. Le nombre de membres du groupe et de membres de la famille

59. Au moment de l'approbation du Règlement en 1999, la détermination de la taille de la cohorte des membres du groupe a été reconnue comme étant un problème majeur avec d'énormes limitations quant à la précision avec laquelle elle pouvait être évaluée compte tenu des données disponibles et des connaissances médicales de l'époque. Les hypothèses ont été développées sur la base des meilleures estimations disponibles avec un large intervalle de confiance. Le traitement actuariel de cet aspect a été déclaré comme étant conservateur étant donné le risque à l'égard des membres du groupe et des membres de la famille s'il était erroné de façon significative.⁵⁹

60. Les Tribunaux ont reconnu que le conservatisme dans l'approche adoptée par Eckler était approprié dans les circonstances, même si ce conservatisme signifiait que les prestations seraient moins généreuses qu'elles auraient pu être si des hypothèses moins conservatrices avaient été utilisées.⁶⁰

61. À la date du 31 décembre 2013, il y avait 5 283 membres du groupe infectés par le VHC ayant été approuvés ou ayant transmis une réclamation et ayant été considérés approuvés. De ceux-ci : 1 585 sont déjà décédés (959 à cause du VHC); 240 des personnes infectées toujours vivantes ont déjà développé une cirrhose et 121 des personnes décédées avaient progressé au stade de la cirrhose à la date de leur décès; et 137 des personnes infectées toujours vivantes ont déjà progressé au niveau 6 de la maladie. Parmi les personnes décédées, 467 avait progressé au niveau 6 de la maladie au moment de leur décès.⁶¹

62. Il y avait également 390 réclamations en cours de traitement au 30 septembre 2015 incluant 265 réclamations de personnes infectées et 125 réclamations de membres de la famille, soit 207 personnes directement infectées et transfusées, 29 hémophiles directement infectés et 29 personnes indirectement infectées. Parmi les réclamations en traitement provenant de personnes infectées, 23 étaient décédées avant le 1^{er} janvier 1999, 87 sont décédées après le 1^{er} janvier 1999, et 155 étaient toujours vivantes en septembre 2015.⁶²

63. En plus des réclamations approuvées en date du 30 septembre 2015, l'administrateur avait reçu 246 demandes de réclamations après la date limite du 30 juin 2010 de la part de personnes qui ne rencontraient pas les critères des exceptions prévues à la date limite des Régimes et des protocoles approuvés par les Tribunaux. Au cours des trois dernières années, ce nombre représente approximativement 2 demandes par mois. La situation des réclamations tardives est discutée au paragraphe 138 à 146 ci-après;

⁵⁹ *Parsons*, DC, vol. 22, onglet 51, par. 108-111, pp. 7629-7630, Affidavit Border #6, DC, vol. 5, onglet 19, exhibit A, par. 61-66, pp. 2010-2011.

⁶⁰ *Parsons*, DC, vol. 22, onglet 51, par. 108-114, pp. 7629-7630; *Endean*, DC, vol. 22, onglet 53, par. 20-22, pp. 7679.

⁶¹ Affidavit Border #4, DC, vol. 19, onglet 45, exhibit A, par. 100-112, pp. 6765-6767 et l'annexe A, pp. 6801-6802; Affidavit Gorham #4, DC, vol. 20, onglet 48, exhibit B, tables 146a et 146b, pp. 7229-7230.

⁶² Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 23, p. 356.

64. La taille de la cohorte demeure une difficulté non résolue. Au fil du temps, et avec la survenance et l'arrivée de la date limite pour la première réclamation, le nombre de membres du groupe qui se manifesteront et réclameront est devenu plus connu. Les actuaires du Canada comparent le nombre de personnes qui se sont manifestées avec le nombre de membres projetés et concluent que le groupe actuel est vraisemblablement beaucoup plus petit que celui qui a été présumé, même s'ils concèdent que « [traduction] nous n'avons pas encore atteint un stade dans notre analyse qui nous permette de quantifier la différence ». ⁶³

65. Le nombre de membres du groupe qui n'ont pas encore été diagnostiqués demeure toutefois inconnu. Le témoin-expert du Canada, Dr. Lee, estime qu'entre un quart et un tiers de ceux ayant atteint le stade de la cirrhose ne seraient pas encore diagnostiqués. ⁶⁴ En réponse à l'interrogatoire écrit, il a reconnu qu'il n'existe aucune littérature évaluée par ses pairs sur ce sujet. ⁶⁵ Le témoin-expert du Comité conjoint, le Dr. Bain, fait remarquer que pour établir une estimation, il faut connaître le total de personnes pouvant être infectées et que cette donnée n'est tout simplement pas connue. ⁶⁶ Les membres du groupe qui n'ont pas été diagnostiqués ne sont pas touchés par la première date limite de réclamation; ils ont droit de transmettre leur réclamation à l'intérieur du délai de trois ans suivant la date du diagnostic.

66. Le Dr. Lee au nom du Canada dit que « [traduction]... un pourcentage considérable de patients ayant reçu une transfusion par le passé ne peuvent se rappeler cet événement avec certitude lorsqu'ils sont questionnés au sujet d'une transfusion sanguine au moment de leur examen initial. » Il explique ensuite que l'événement traumatique ayant nécessité la transfusion sanguine peut également créer des souvenirs fragmentés de la nature du traitement (de la transfusion). Il explique également de quelle façon lui-même et les employés de sa clinique vont référer au programme de la Convention d'indemnisation les personnes ayant l'hépatite C et ayant reçu des transfusions sanguines. La majorité de ces personnes n'étaient pas au courant de l'existence de la Convention de règlement avant cette discussion. Cette situation prévaut toujours aujourd'hui plus de 5 ans après la date limite pour la première réclamation. ⁶⁷

67. La taille ultime de la cohorte demeure une donnée inconnue, de sorte qu'il subsiste encore un risque dans une certaine mesure, malgré le fait qu'il a été réduit de manière significative. Cet élément est pris en compte dans l'analyse actuarielle au moyen d'une évaluation du nombre de réclamants, une évaluation des obligations financières pour ces réclamants ainsi qu'une réserve du capital requis. Si le nombre est erroné, l'impact financier est de 5,3\$ millions pour chaque 25 personnes additionnelles. ⁶⁸

⁶³ Affidavit Gorham #5, DC, vol. 6, onglet 26, exhibit A, par. 67-72, pp. 2318-2320.

⁶⁴ Affidavit #1 du Dr. Samuel S. Lee, souscrit le 26 janvier 2016, [affidavit Lee #1], DC, vol. 6, onglet 27, par. 59, p. 2426.

⁶⁵ Affidavit #2 du Dr. Samuel S. Lee, souscrit le 20 avril 2016 [affidavit Lee # 2], DC, vol. 11, onglet 30, exhibit B, par. 11, p. 4073.

⁶⁶ Affidavit Bain #2, DC, vol. 5, onglet 20, par. 6, pp. 2020-2021

⁶⁷ Affidavit Lee #1, DC, vol. 6, onglet 27, par. 44-46, pp. 2420-2421.

⁶⁸ Affidavit #4 de Richard Border, souscrit à nouveau le 9 mai 2016, [Affidavit Border #4] DC, vol. 19, onglet 45, exhibit A, par. 100-113, pp. 6765-6767, par. 245-246 pp. 6793-6794.

ii L'expérience du fonds en fiducie

68. Conformément au marché conclu lui permettant de « s'en laver les mains », le Canada n'a eu rien à faire ni rien à voir avec les investissements effectués au sein du Fonds en fiducie.⁶⁹

69. De façon à mettre en œuvre, mettre sur pied et administrer adéquatement le Fonds en fiducie et les investissements de ses actifs, une structure était nécessaire incluant l'élaboration des conditions de nomination d'un fiduciaire, d'un gestionnaire d'investissement et d'un consultant en investissement ainsi que l'élaboration de directives d'investissement et de procédures administratives.⁷⁰

70. Les membres du groupe et les membres de la famille ont assumé tous les coûts attribuables au Fonds en fiducie ainsi qu'à l'investissement et à l'administration de ces actifs au cours des 14 années écoulées jusqu'au 31 décembre 2013, date de la dernière réévaluation des aspects financiers du Fonds, et continueront de le faire.⁷¹ Ces frais incluent : 232 411\$ directement attribuables à l'établissement de la structure du Fonds en fiducie et des directives d'investissement; 4 121 200\$ en frais directs de gestion des investissements; une part significative des coûts reliés à la structure des paiements de cette administration et des frais généraux d'actuariat et de conseils en investissement représentant 847 488\$; une part des frais et honoraires de vérification et de réévaluation triennale de la suffisance du fonds de 4 666 818\$; et, une portion des frais généraux d'administration et de supervision au montant de 39 189 281\$ concernant le Fonds en fiducie et l'investissement de ses actifs.⁷²

71. Les actuaires du Canada confirment que si le Fonds en fiducie avait investi ses actifs au taux des bons du Trésor, soit celui que la part théorique des gouvernements provinciaux et territoriaux rapporte en intérêts, il y aurait un déficit actuariel de 348 millions de dollars à la date du 31 décembre 2013, même avec un nombre moindre de membres du groupe.⁷³

iii La progression et la distribution de la maladie

72. Au moment où la Convention de règlement fut négociée, rien n'était connu au sujet de la progression de la maladie dans la cohorte unique des personnes ayant été infectées par le VHC par transfusion sanguine entre 1986 et 1990 ou ceux qui étant hémophiles ont reçu des produits sanguins entre 1986 et 1990 et ont été infectés avec le VHC. Le modèle médical initial était basé sur la littérature et les connaissances médicales qui n'étaient pas spécifiques à ces personnes.⁷⁴

⁶⁹ Convention de règlement, DC, vol. 21, onglet 49, art 1.10, p. 7320, art. 4.03, pp. 7322-7323; Accord de financement, DC vol. 21, onglet 49D, art. 4.05, p. 7460.

⁷⁰ Affidavit Peterson #15, DC, vol. 5, onglet 18, par. 3, p. 1843.

⁷¹ Affidavit Peterson #15, DC, vol. 5, onglet 18, par 11, p. 1845.

⁷² Affidavit Peterson #15, DC, vol. 5, onglet 18, par. 4-7, pp. 1843-1844, et exhibit B, pp. 1856-1866, exhibit C, pp. 1867-1889, exhibit D, pp. 1890-1931, exhibit E, pp. 1932-1934.

⁷³ Affidavit Gorham #5, souscrit le 29 janvier 2016 [**Affidavit Gorham #5**], DC, vol. 6, onglet 26, exhibit B, par. 83-87, pp. 2324-2325.

⁷⁴ Affidavit Border #6, DC, vol. 5, onglet 19, exhibit A, par. 62, p. 2010; Affidavit #4 du Dr Murray Krahn, souscrit à nouveau en date du 4 mai 2016 [**Affidavit Krahn #4**], DC, vol. 20, onglet 47, exhibit A, par. 3, 8-9, pp. 6948 et 6953-6954.

73. Au cours des ans, il a été possible de commencer à incorporer les données des membres du groupe avec la littérature et graduellement le modèle médical est devenu basé sur les données des membres du groupe.⁷⁵ Cette évolution n'a pas entraîné une réduction uniforme du risque au fil du temps. Les résultats actuariels variables, tel qu'à la suite de changements dans le modèle médical au fil du temps, démontrent ce qui suit⁷⁶ :

- (a) de la date d'approbation du règlement à 2001, les résultats actuariels se sont détériorés de 84 millions de dollars (les obligations financières ayant augmenté) à la suite de changements dans le modèle médical combinés avec d'autres expériences de gains et pertes;
- (b) de 2001 à 2004, les résultats actuariels se sont améliorés de 5 millions de dollars à la suite de changements dans le modèle médical combinés avec d'autres expériences de gains ou pertes;
- (c) de 2004 à 2007, les résultats actuariels se sont détériorés de 44 millions de dollars à la suite de changements dans le modèle médical;
- (d) de 2007 à 2010, les résultats actuariels se sont détériorés de 62 millions de dollars à la suite de changements dans le modèle médical; et
- (e) de 2010 à 2013, les résultats actuariels se sont améliorés de 305 millions de dollars partiellement réduits de 146 millions de dollars en frais de traitement, à la suite de changements dans le modèle médical.

74. Le facteur le plus important ayant contribué à l'amélioration significative des résultats actuariels est la percée importante faite dans le domaine des traitements antiviraux discutés plus en détails ci-après.

E. Les réévaluations des aspects financiers du Fonds (financial sufficiency)

75. Plusieurs éléments ont été incorporés dans la Convention de règlement de façon à gérer le risque d'une insuffisance financière tels que : des montants payables réduits à l'égard des indemnités de droit commun discutées plus en détails aux paragraphes 237 à 280 ci-après, un mécanisme de réévaluation triennale des aspects financiers du Fonds, des limitations financières et retenues sur certaines des indemnités avec la possibilité de les modifier ou de les abolir selon la suffisance financière telle que réévaluée; et, la possibilité pour les tribunaux de modifier les indemnités prévues advenant qu'une insuffisance financière soit réalisée ou anticipée.⁷⁷ Au moment de l'approbation de la Convention de règlement, il n'y avait aucune garantie que le Fonds en fiducie serait suffisant pour satisfaire toutes les réclamations et/ou effectuer tous les paiements prévus dans les Régimes.⁷⁸

⁷⁵ Affidavit Krahn #4, DC, vol. 20, onglet 47, exhibit A, par 3-18.

⁷⁶ Affidavit Border #6, DC, vol. 5, onglet 19, exhibit A, par 60, pp. 2008-2009.

⁷⁷ Convention de règlement, DC, vol. 21, onglet 49, art. 10.01(1)(i), pp. 7327-7328.

⁷⁸ Affidavit Krishnamoorthy, DC, vol. 8, onglet 28, exhibit K, rapport Eckler 1999, pp. 42-43 et 57, pp. 2984-2985 et 2999.

76. Tel qu'il appert du sommaire des résultats des diverses réévaluations triennales des aspects financiers du Fonds dans le tableau ci-dessous couvrant les cinq réévaluations triennales effectuées depuis l'approbation du règlement, les variations dans les gains et les pertes sous chacun des éléments qui influencent tant les actifs que les obligations financières ont été à la fois importantes et variables et démontrent de façon éloquente les risques significatifs que les membres du groupe et les membres de la famille ont assumé et qui ont été gérés avec succès en leur nom.⁷⁹

Sources de gains et pertes (en millions de dollars)					
	2001	2004	2007	2010	2013
Gains en investissements	0	132	24	62	22
Variation du taux d'escompte	-18	-99	-12	-92	0
Mise à jour de la cohorte	222	329	148	-42	17
Mise à jour du modèle médical			-44	-62	305
Expérience gains / pertes (données accumulées)	-84 ⁸⁰	5 ⁸⁰	-34	15	14
Autres hypothèses et changements dans la méthodologie	-78	-127	19	-38	2
Coût des nouveaux médicaments					-146
Simplification des hypothèses suite au retrait du modèle en format regroupé/ marges implicites				64	
Changements au niveau de la distribution de la maladie au stade initial			-89	75	
Reconnaissance d'un taux de mortalité surévalué pour les niveaux inférieurs au niveau 6				-92	
Augmentation du montant maximal payable à titre d'indemnité pour perte de revenu			-27		

⁷⁹ Affidavit Border #6, DC, vol. 5, onglet 19, exhibit A, par. 60, pp. 2008-2009.

⁸⁰ Pour les réévaluations financières 2001 et 2004, l'élément « mise à jour du modèle médical et autres gains ou pertes survenus » était regroupé. « Expérience gains/pertes » inclue les éléments tels que la perte de revenu indemnisée étant différente de celle ayant été envisagée, le nombre de personnes décédées étant différent de celui ayant été assumé, etc. (selon les données accumulées au cours de chacune des périodes de trois ans).

Levée des restrictions financières et des plafonds		-145			
Réévaluation des recours des membres s'étant exclus (opt-out)	10				
Délais des réclamants à se manifester	46	4			

i. Les modifications ou abolitions des restrictions financières initialement prévues à l'égard de certaines indemnisations

77. Grâce aux rendements favorables des investissements, les trois restrictions financières ou retenues, incorporées aux Régimes lors de leur élaboration dans le but de gérer le risque d'une insuffisance financière, ont été reconsidérées au fil du temps.

78. Vers le mois de juillet 2002, les tribunaux se sont penchés sur la première restriction financière – la retenue de 5 000\$ de la somme forfaitaire de 20 000\$ payable au niveau 2 de la maladie – et ont ordonné que la restriction soit abolie, que le paiement de la retenue soit versé, et que les réclamations futures impliquant cette somme forfaitaire au niveau 2 reçoivent le montant total de 20 000\$ prévu à ce niveau.⁸¹

79. En 2004, les tribunaux ont reconsidéré la restriction financière limitant à 70% le montant payable de l'indemnisation pour perte de revenu ou perte de soutien et ont ordonné que cette restriction soit abolie, que les montants retenus soient versés, et que les réclamations futures soient traitées et payées sans cette restriction.⁸²

80. Également, en 2004, les tribunaux ont reconsidéré la limite supérieure de 75 000\$ au niveau du revenu gagné brut pouvant être utilisé pour calculer l'indemnité pour perte de revenu ou perte de soutien et ont ordonné que cette limite supérieure soit augmentée à 300 000\$ pour fins de calculs, ont également ordonné le paiement rétroactif de cette augmentation dans les cas visés, et ordonné que les réclamations futures pour perte de revenu et perte de soutien soient traitées et payées conformément à la nouvelle limite supérieure de 300 000\$ à l'égard du revenu brut gagné.⁸³

⁸¹ Régime des transfusés, art 4.01(1)(b), DC, vol. 21, onglet 49A, p. 7361; Régime des hémophiles, art. 4.01(1)(b), DC, vol. 21, onglet 49B, p. 7407; Affidavit Peterson #13, par. 68, DC, vol. 2, onglet 12, pp. 370-371; ordonnances de juillet 2002 concernant la retenue de 5000\$: ordonnance de la Cour supérieure de l'Ontario, DC, vol. 23, onglet 62, p. 7779; ordonnance de la Cour supérieure du Québec, DC, vol. 23, onglet 63, p. 7785; ordonnance de la Cour suprême de la Colombie-Britannique, DC, vol. 23, onglet 64 p. 7796.

⁸² Régime des transfusés, DC, vol. 21, onglet 49A, art. 4.02, p. 7363-7366, art. 6.01(1), p. 7370; Régime des hémophiles, DC, vol. 21, onglet 49B, art 4.02, pp. 7409-7412, art 6.01(1) p. 7418; affidavit Peterson #13, par 69, DC, vol. 2, onglet 12, p. 371; ordonnances de 2004 : ordonnance de la Cour supérieure de l'Ontario, DC, Vol. 23, onglet 68, p. 7864; ordonnance de la Cour supérieure du Québec, DC vol. 23, onglet 69, p. 7869; ordonnance de la Cour suprême de la Colombie-Britannique, DC, vol. 23, onglet 70, p. 7876.

⁸³ Régime des transfusés, DC, vol. 21, onglet 49A, art. 4.02(2)(b)(i), p. 7364, Régime des hémophiles, DC, vol. 21, onglet 49B, art. 4.02(2)(b)(i), pp. 7410-7411; affidavit Peterson #13, par. 69, DC vol. 2, onglet 12, p. 371; ordonnances de 2004 : ordonnance de la Cour supérieure de l'Ontario, DC, vol. 123, onglet 68, p. 7864; ordonnance de la Cour supérieure du Québec, DC, vol. 23, onglet 68, p. 7864; ordonnance de la Cour suprême de la Colombie-Britannique, DC, vol. 23, onglet 70, p. 7876.

81. En 2008, les tribunaux ont réévalué à nouveau cette limite supérieure à l'égard du revenu brut gagné pour fins de calculs de la perte de revenu et de la perte de soutien. Ils ont ordonné la modification de cette disposition afin d'augmenter la limite supérieure du revenu brut gagné admissible pour fins de calculs à la somme de 2,3 millions de dollars, sous réserve de la nécessité d'obtenir une approbation préalable des sommes payables par la Cour ayant juridiction sur les réclamations impliquant un revenu brut gagné excédant 300 000\$ pour les fins de calculs de l'indemnité de perte de revenu.⁸⁴ Au total les tribunaux ont ainsi approuvé les réclamations pour pertes de revenu passées et futures de quatre (4) membres du groupe selon la disposition amendée depuis 2008.⁸⁵ Les tribunaux n'ont pas été appelés à réétudier cette restriction financière concernant la perte de revenu ou de soutien en place depuis 2008.

82. Eckler a avisé le Comité conjoint que, même s'il était statistiquement improbable qu'une autre très importante réclamation pour perte de revenu soit soumise, l'impact d'une seule autre telle réclamation affecterait de façon significative la santé financière du Fonds en fiducie.⁸⁶ De façon à assurer l'intégrité du Fonds en fiducie, le Comité conjoint recommande que la restriction à l'égard du montant de revenu gagné brut maximum pouvant être utilisé pour les fins de calculs de l'indemnité pour la perte de revenu et la perte de soutien, soit maintenue pour le moment.⁸⁷ Le gouvernement fédéral est d'accord avec cette recommandation.⁸⁸

ii La réévaluation des aspects financiers du Fonds à la date du 31 décembre 2013.

83. À l'été 2015, les Tribunaux ont chacun rendu une ordonnance à l'égard de la suffisance du Fonds (les Ordonnances sur la Suffisance) se lisant comme suit :

Déclare que les éléments d'actifs de la fiducie excèdent les obligations financières estimées de sorte que le Fonds en fiducie est financièrement suffisant à la date d'évaluation du 31 décembre 2013, selon les dispositions prévues à l'article 10.01(1)(i) du Règlement Relatif à l'Hépatite C, 1986-1990.⁸⁹

⁸⁴ Régime des transfusés, DC, vol. 21, onglet 49A, art 4.02(2)(b)(i), p. 7364; Régime des hémophiles, DC, vol. 21, onglet 49B, art 4.02(2)(b)(i), pp. 7410-7411; affidavit Peterson #13, par 70, DC, vol. 2, onglet 12, p. 371; ordonnances de 2008 : ordonnance de la Cour supérieure de l'Ontario, DC, vol. 23, onglet 71, p. 7879; ordonnance de la Cour supérieure du Québec, DC, vol. 23, onglet 72, p. 7884; ordonnance de la Cour suprême de la Colombie-Britannique, DC, vol. 23, onglet 73, p. 7892.

⁸⁵ De ces quatre réclamations ainsi approuvées: l'un des membres du groupe a atteint l'âge de 65 ans et est décédé par la suite; un des réclamant est maintenant âgé de plus de 65 ans; un des réclamants, dont le 65^{ième} anniversaire est prévu en 2024, recevait une indemnité pour perte de revenu en 2004 de 1,5 million de dollars, et un des réclamants, dont le 65^{ième} anniversaire de naissance aura lieu en 2034, recevait une indemnité pour perte de revenu en 2014 de 340 000\$. Affidavit de Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par 71, pp. 371-372.

⁸⁶ Affidavit #5 de Richard Border, souscrit à nouveau en date du 9 mai 2016 [Affidavit Border #5], vol. 2, onglet 13A, exhibit 1, annexe A, par. 44, DC, p. 473.

⁸⁷ Affidavit Peterson #13, DC, vol 2, onglet 12, par 73, p. 372.

⁸⁸ Requêtes du gouvernement fédéral : avis de requête du Procureur général du Canada et réponse à l'avis de requête du Comité conjoint (Ontario) DC, vol. 1, onglet 2, par .3, p. 44; Avis de requête et réponse du Procureur général du Canada à l'égard de l'avis de requête du Comité conjoint (Colombie-Britannique), DC, vol. 1, onglet 6, par. 3, p. 158; requête du Procureur général du Canada pour l'attribution des actifs ne faisant pas l'objet d'une attribution actuarielle (Québec), DC, vol. 1, onglet 10, p. 306 (4^{ième} conclusion recherchée).

⁸⁹ Ordonnance sur la réévaluation financière 2013: ordonnance de la Cour supérieure de l'Ontario en date du 10 juillet 2015, DC, vol. 23, onglet 81, p. 8006; ordonnance de la Cour supérieure du Québec en date du 16 juillet 2015, DC, vol. 23, onglet 83, p. 8012; ordonnance de la suprême de la Colombie-Britannique datée du 23 juillet 2015, DC, vol. 23, onglet 83, p. 8016.

84. Postérieurement aux ordonnances sur la suffisance et au cours de la préparation des présentes requêtes, le Comité conjoint a identifié une obligation financière affectant la suffisance qui n'était pas reflétée dans la position financière du Fonds en fiducie concernant les membres du groupe au niveau 2 de la maladie qui pourraient progresser au niveau 3 et devenir éligibles au paiement de la somme forfaitaire de 30 000\$ associée à ce niveau, leur progression n'étant pas basée sur la progression de la maladie elle-même (l'évolution de la fibrose) prise en compte dans le modèle médical, mais plutôt sur la base des dispositions contenues aux Régimes à l'égard de la médication pour le VHC.⁹⁰

85. Étant donné que le modèle médical prévoit la transition du niveau 2 au niveau 3 exclusivement sur la base de la progression de la maladie et que les modèles actuariels sont développés à partir des progressions établies dans le modèle médical, les obligations financières pour cette portion du groupe qui progresserait vers le niveau 3 pour des motifs différents ne sont pas reflétées dans les résultats de l'analyse actuarielle effectuée pour la réévaluation triennale des aspects financiers du Fonds au 31 décembre 2013.⁹¹

86. L'article 4.01(1)(c) des Régimes prévoit qu'une somme forfaitaire de 30 000\$ est payable aux membres du groupe au niveau 3 à la survenance de l'une ou l'autre des situations suivantes :

... sur remise à l'administrateur d'une preuve démontrant que cette personne reconnue infectée par le VHC (i) a vu se constituer un tissu fibreux dans les espaces portes du foie avec des brides fibreuses sortant des espaces portes mais sans formation d'un pont vers d'autres voies des espaces portes ou vers les veines centraux-lobulaires (c'est-à-dire des fibres ne formant pas de pont), ou (ii) a reçu une médication indemnisable au titre du VHC ou (iii) a rempli les conditions ou remplit les conditions d'un protocole de médication indemnisable au titre du VHC, même si ce traitement n'a pas été recommandé ou, s'il a été recommandé, a été refusé.

(nos soulignés)

87. Un protocole a été développé par le Comité conjoint en consultation avec les experts médicaux et approuvé par les Tribunaux. Il contient des instructions à l'intention de l'administrateur à l'égard de la preuve requise pour établir les différents niveaux de maladie pour l'approbation de la réclamation, incluant le niveau 3.⁹²

88. Le protocole approuvé par les Tribunaux prévoit trois situations où la médication au titre du VHC permet de satisfaire le critère d'éligibilité au niveau 3 de la maladie : avoir reçu une médication indemnisable au titre du VHC; en remplissant les conditions d'un protocole de médication indemnisable pour le VHC fondé sur des critères médicaux (incluant un fibroscan positif ou une élévation des ALTs) ou, en obtenant une confirmation d'un médecin spécialiste du VHC que la personne a rempli ou remplit les conditions d'un protocole de médication indemnisable pour le VHC conforme avec les directives élaborées par la communauté scientifique intitulé « CASL Consensus Guidelines for the Management of Hepatitis C ». Dans

⁹⁰ Affidavit Peterson #15, DC, vol. 5, onglet 18, par. 12, pp. 1845-1846.

⁹¹ Affidavit Peterson #15, DC, vol. 5, onglet 18, par. 13, p. 1846.

⁹² Régime des transfusés, DC, vol. 21, onglet 49A, art. 4.01(1),(2), pp. 7360-7362; Régime des hémophiles, DC, vol. 21, onglet 49B, art 4.01(1),(2), pp. 7407-7408; Affidavit Peterson #15, DC vol. 5, onglet 18, par. 17-21, pp. 1847-1848, exhibit F, pp. 1935-1942, exhibit G, pp. 1943-1950, exhibit H, pp. 1951-1968.

le cas de ces deux derniers critères, il n'est pas nécessaire que la personne ait reçu la médication ni même que le traitement ait été recommandé; il suffit que les conditions soient rencontrées. Ceci est conforme aux termes de la Convention de règlement.⁹³

89. Les formulaires devant être complétés par le médecin au soutien d'une demande de classification au niveau 3 de la maladie établissent clairement que l'expression médication indemnisable pour le VHC signifie « traitement à l'interféron uniquement et/ou ribavirin uniquement ou en combinaison l'un avec l'autre ou avec d'autres médicaments ».⁹⁴

90. Depuis l'introduction des agents antiviraux à action directe (« **DAA** »), qui peuvent être administrés sans ribavirin ou interféron dans plusieurs cas, certains membres du groupe ont reçu ce traitement en combinaison avec la ribavirin ou interféron et sont ainsi assujettis à la première situation prévue au protocole. Certains réclamants ont également satisfait la deuxième situation prévue au protocole administratif en présentant les résultats des tests médicaux requis. Finalement, certains réclamants ont été approuvés au niveau 3 de la maladie sans une preuve spécifique à l'effet qu'ils ont reçu de l'interféron ou de la ribavirin, mais avec la confirmation du médecin spécialiste à l'effet qu'il remplissait les conditions d'un protocole d'indemnisable pour le VHC conformément aux termes de la troisième situation prévue par le protocole administratif.⁹⁵

91. Les actuaires du Canada ont remis en question la possibilité pour les membres du groupe de niveau 2 pour lesquels le traitement avec les DAA était recommandé de recevoir le montant forfaitaire prévu au niveau 3 puisque ce traitement n'inclut pas nécessairement la ribavirin ou l'interféron.⁹⁶ Étant donné que le caractère approprié de ce paiement a été soulevé, le Comité conjoint a donné instruction à l'administrateur de s'abstenir d'approuver les membres du groupe pour le niveau 3 au motif qu'ils remplissent les conditions d'un protocole de médication indemnisable pour le VHC, à l'exception des cas où le traitement inclut l'interféron ou la ribavirin et ce, jusqu'à ce que cette question soit résolue.⁹⁷

92. Morneau Shepell (firme d'actuaires retenue par le Canada) est d'opinion qu'en se fondant sur les génotypes de la maladie que l'on retrouve au Canada, jusqu'à 60% des réclamants de niveau 2 pourraient se qualifier pour le paiement forfaitaire de niveau 3 à la suite d'un traitement incluant la ribavirin ou l'interféron, le tout représentant une obligation financière additionnelle de 21 600 000\$ non incluse à leur meilleure estimation des obligations financières du Fonds calculées par eux précédemment. Malgré ce qui précède, M. Gorham (actuaire du Canada) conclut qu'aucun ajustement n'est requis pour prendre en compte cette obligation financière parce que toute somme forfaitaire payable en lien avec cette disposition a déjà été adéquatement prise en compte dans l'établissement de la provision pour écarts défavorables et bien que cette provision pour écarts défavorables sera ainsi réduite, il considère que cet effet est partiellement compensé par un changement dans les hypothèses concernant le paiement de l'indemnité pour chaque mois complet de thérapie qui sera pris en compte après 2013.⁹⁸

⁹³ Régime des transfusés, DC, vol. 21, onglet 49A, art. 4.01(1)(c), p. 361; Régime des Hémophiles, DC, vol. 21, onglet 49B, art 4.01(1)(c), p. 7407; affidavit Peterson #15, DC, vol. 5, onglet 18, par. 17-21, pp. 1847-1848.

⁹⁴ Affidavit Peterson #15, DC, vol. 5, onglet 18, exhibit G, pp. #1943-1950.

⁹⁵ Affidavit Peterson 1 15, DC, vol. 5, onglet 18, par. 22, pp. 1848-1849 et exhibit J, pp. 1986-1987, exhibit K, pp. 1988-1990.

⁹⁶ Affidavit #5 Gorham, DC, vol. 6, onglet 26, exhibit A, par. 12-14, p. 2307, par. 44-45, pp. 2312-2313.

⁹⁷ Affidavit #15 Peterson, DC, vol. 5, onglet 18, par. 15, pp. 1846-1847.

⁹⁸ Affidavit Gorham # 5, DC, vol. 6, onglet 26, exhibit A, par. 14, p. 2307, par. 26, p. 2309.

93. Le Comité conjoint a demandé à ses actuaires d'identifier le coût de la progression du niveau 2 au niveau 3 fondé sur le fait que les réclamants remplissent les conditions d'un protocole de médication indemnisable pour le VHC et ce, sur une base conservatrice, à savoir : en prenant pour hypothèse que tous les réclamants de niveau 2 (qui n'ont pas été considéré comme ayant progressé sur la base du modèle médical) progresseront au niveau 3 de la maladie de cette manière. Les conséquences financières de cette progression sont d'environ 29 421 000\$.⁹⁹ Sur la base de ces informations, le Comité conjoint demande aux Tribunaux de reconsidérer à la baisse le montant des actifs ne faisant pas l'objet d'une attribution actuarielle pouvant être alloué aux termes des présentes requêtes, tel que plus amplement discuté ci-après aux pages 210 à 213.

F. Les conséquences de l'hépatite C sur la vie des membres du groupe et des membres de la famille

94. De façon à pouvoir complètement saisir les conséquences de l'infection au VHC sur les membres du groupe, il est important d'avoir une compréhension de base de ce qu'est le VHC, ce que peut entraîner une infection au VHC ainsi que les traitements passés et actuels.

i. Un aperçu de l'hépatite C, ses effets et traitements

95. Hépatite signifie inflammation du foie. Chez 75% des personnes infectées, le VHC est responsable d'une maladie chronique, progressive et ultimement menaçante pour la vie si non traitée ou, dans certains cas, même si traitée avec succès. Jusqu'à tout récemment, le traitement durait souvent une année complète ou plus et entraînait des effets secondaires ravageurs, avec un taux de réussite aussi bas que 5-10%.¹⁰⁰

96. Le VHC prend la forme de l'un ou l'autre des six différents génotypes. Certains génotypes répondent moins bien que d'autres à un traitement donné. Le virus peut entreprendre une mutation durant la réplication virale et possiblement suite à un traitement. Cette mutation peut faire en sorte que le virus devienne résistant au traitement.¹⁰¹

97. Environ 25% de toutes les personnes infectées se débarrasseront du VHC de façon spontanée à l'intérieur d'un délai d'environ un an à compter de l'infection. Ces personnes continueront d'obtenir des résultats positifs lors des tests de détection des anticorps, mais leurs résultats ne seront pas positifs au test à réaction en chaîne par Polymerase (« PCR ») et ils ne subiront non plus aucune maladie du foie progressive due au VHC.¹⁰² La disparition spontanée du virus après la période d'un an post-infection est rare.¹⁰³

98. Les personnes qui ne se débarrasseront pas du virus après le stade aigu de la maladie, soit environ six mois après l'infection, auront une infection chronique au VHC. Au cours de

⁹⁹ Affidavit Border #5, DC, vol. 2, onglet 13A, exhibit A, par. 8-9, pp. 462-463.

¹⁰⁰ Affidavit #1 du Dr. Vince Bain, souscrit le 11 mars 2015 [Affidavit Bain #1], DC, vol. 19, onglet 46, par. 9, p. 6831, par. 15-16, pp. 6832-6833, par. 20, p. 6833, par. 26-29, p. 6835, par. 33-37, pp. 6838-6839, par. 41, p. 6840, par. 50, pp. 6842-6843, par. 55-57, pp. 6844-6845; Affidavit #2 du Dr. Vince Bain, souscrit le 31 mars 2016 [Affidavit Bain #2], DC, vol. 5, onglet 20, par. 5-6, pp. 2016-2018.

¹⁰¹ Affidavit Bain #1, DC, vol. 19, onglet 46, par. 9-11, p. 6831.

¹⁰² Affidavit Bain #1, DC, vol. 19, onglet 46, par. 14-15, pp. 6832-6833.

¹⁰³ Affidavit Bain #2, DC, vol. 5, onglet 20, par. 6, p. 2057.

cette infection chronique au VHC, l'inflammation cause progressivement des lésions (fibrose) et la mort (nécrose) des cellules du foie.¹⁰⁴

99. La fibrose apparaît sous diverses formes chez les patients atteints du VHC, communément appelés stades. Plus le stade de la maladie est élevé, plus les marques de fibrose sont importantes dans le foie. Lorsque la fibrose progresse suffisamment, elle désorganise l'architecture du foie et interfère dans son fonctionnement. La méthode la plus communément utilisée pour établir la progression de la fibrose compte quatre stades, qui correspondent aux niveaux de maladie utilisés dans les Régimes, tel que discuté précédemment au paragraphe 39.

100. Les patients atteints de cirrhose présentent un foie soit compensé ou décompensé. En présence d'un nombre suffisant de cellules viables pour maintenir les fonctions du foie, malgré la présence de cirrhose, ils présentent une cirrhose compensée.¹⁰⁵

101. Le cas de la cirrhose décompensée, également désignée décompensation du foie, se trouve au niveau 6 de la maladie selon les Régimes.¹⁰⁶ Elle survient lorsque le foie n'est plus capable d'assumer une ou plusieurs de ses fonctions essentielles. Elle est diagnostiquée en présence d'une ou de plusieurs pathologies possiblement mortelles sans une transplantation. Cette condition est également désignée comme étant une insuffisance hépatique ou phase terminale de l'hépatite.¹⁰⁷

102. Les conditions qui définissent l'insuffisance hépatique incluent les hémorragies gastro-intestinales, les ascites (accumulations de fluides dans l'abdomen), ainsi qu'une excrétion inadéquate de la bilirubine du foie causée par une jaunisse ou une incapacité de retirer les toxines habituellement absorbées par l'intestin. Cette dernière pathologie peut affecter les cellules du cerveau et causer des étourdissements, de la confusion et parfois un coma, et est connue sous le nom d'encéphalopathie hépatique. Les personnes souffrant d'insuffisance hépatique présente également des problèmes de malnutrition protéinique causant des hématomes, des saignements ainsi que la perte de masse musculaire. L'insuffisance d'autres organes peut également survenir avec la progression de la maladie, les plus communément impliqués étant les poumons et les reins.¹⁰⁸

103. Les patients qui progressent jusqu'à la cirrhose avec ou sans décompensation peuvent développer un cancer hépatocellulaire. Il s'agit de la forme primaire du cancer du foie causé par une infection virale ou par la cirrhose.¹⁰⁹ Le cancer hépatocellulaire est inclus au niveau 6 de la maladie selon les Régimes.¹¹⁰

104. Plusieurs patients sont asymptomatiques avant de développer une cirrhose ou un cancer hépatocellulaire, mais d'autres souffrent de symptômes importants. Les symptômes pré-cirrhotiques inclus : la fatigue, la perte de poids, les inconforts au niveau de la région supérieure droite de l'abdomen, des troubles de l'humeur, des problèmes de concentration,

¹⁰⁴ Affidavit Bain #1, DC, vol. 19, onglet 46, par. 16-17, p. 6833.

¹⁰⁵ Affidavit Bain #1, DC, vol. 19, onglet 46, par. 26, p. 6835.

¹⁰⁶ Régime des transfusés, DC, vol. 21, onglet 49A, art. 4.01(1)(e), p. 7362; Régime des hémophiles, DC, vol. 21, onglet 49B, art. 4.01(1)(e), pp. 7408.

¹⁰⁷ Affidavit Bain #1, DC, vol. 19, onglet 46, par. 27-28, p. 6835.

¹⁰⁸ Affidavit Bain #1, DC, vol. 19, onglet 46, par. 28, p. 6835.

¹⁰⁹ Affidavit Bain #1, DC, vol. 19, onglet 46, par. 29, p. 6835.

¹¹⁰ Régime des transfusés, DC, vol. 21, onglet 49, art. 4.01(1)(e), p. 7362; Régime des hémophiles, DC, vol. 21, onglet 49, art. 4.01(1)(e), p. 7408.

d'anxiété et de dépressions. Parmi les symptômes, la fatigue est le plus commun. Les patients décrivent généralement la fatigue comme étant un sentiment d'épuisement et un manque d'énergie.¹¹¹

105. Certains patients infectés par le VHC souffrent de pathologies qui sont reliées à leur infection au VHC, pathologies qu'ils sont plus susceptibles de développer à cause de l'infection au VHC ou pouvant être exacerbées par l'infection au VHC. De telles pathologies sont appelées comorbidités. Les comorbidités incluent notamment: le cancer hépatocellulaire, la douleur, la maladie mentale telle que la dépression et l'anxiété, les diabètes (incidences supérieures au sein de la population infectée par le VHC), la cryoglobulinémie mixte (inflammation des vaisseaux sanguins), l'érythème polymorphe, l'érythème Nodosum, le lichen plan et d'autres pathologies de la peau, la glomérulonéphrite (inflammation des reins et dans certaines circonstances l'insuffisance rénale), les maladies de la glande thyroïde, la périartérite (l'inflammation des petits vaisseaux sanguins), la porphyrie cutanée tardive (causant d'importantes cloques douloureuses sur les parties de peau exposées), la thrombocytopenie réfractaire (peu de plaquettes), l'uvéite (inflammation au niveau de l'œil), les ulcères à la cornée de type Mooren, le syndrome de Sjogren (causant une absence de production de larmes et de salive) ainsi que le lymphome malin à cellules B (cancer des glandes lymphatiques).¹¹²

106. Le traitement de l'infection au VHC est appelé traitement antiviral. Le but du traitement antiviral est d'obtenir une charge virale indétectable au contrôle (« SVR ») ce qui signifie que le virus diminue en-dessous des niveaux détectables par un test sanguin PCR et demeure ainsi pour une durée de 12 semaines après la fin du traitement antiviral. Si une SVR est obtenue, l'inflammation arrête de même que les lésions futures et la destruction des cellules du foie, sauf dans les cas de cirrhose avancée où l'étendue des lésions est tellement importante que le foie progressera vers l'insuffisance hépatique malgré la cessation de l'inflammation. Le renversement de la progression de la fibrose est également possible. Le seuil précis pour l'obtention des divers résultats ne fait pas encore l'objet d'une bonne compréhension.¹¹³

107. Les principales formes de traitements antiviraux dans l'histoire du traitement du VHC ont été les suivantes :

- (a) la monothérapie à l'interféron qui consistait à recevoir les injections d'interféron;
- (b) une thérapie combinant l'interféron et la ribavirin, ayant évolué en une administration de l'interféron sous une forme à activité prolongée (PEG-Interféron) toujours sous forme injectable, avec des comprimés de ribavirin, également désignée sous le vocable de thérapie combinée PEG-interféron et ribavirin, et
- (c) DAA.¹¹⁴

108. Tant l'interféron que la ribavirin peuvent causer des effets secondaires significatifs, ce qui a motivé la recherche et le développement des DAAs dont certains sont efficaces sans interféron et/ou ribavirin. La première génération de DAAs a été approuvée comme traitement

¹¹¹ Affidavit Bain #1, DC, vol. 19, onglet 46, par. 24-25, p. 6834-6835; Affidavit Bain #2, DC, vol. 5, onglet 20, par. 9-10, pp. 2018-2019.

¹¹² Affidavit Bain #1, DC, vol. 19, onglet 46, par. 30, pp. 6836-6837.

¹¹³ Affidavit Bain #1, DC, vol. 19, onglet 46, par. 33-34, p. 6838.

¹¹⁴ Affidavit Bain #1, DC, vol. 19, onglet 46, par 35, pp. 6838-6839.

en 2011. Ils étaient prescrits avec PEG-Interféron et ribavirin. Même s'ils avaient augmenté les taux de SVR en comparaison avec le traitement impliquant uniquement l'interféron et la ribavirin, ils présentaient eux aussi des effets secondaires sévères ainsi que plusieurs interactions médicamenteuses associées et ne sont présentement prescrits au Canada que très rarement.¹¹⁵

109. La génération suivante de DAAs, dont l'utilisation fut approuvée au Canada en 2013, était également prescrite avec PEG-Interféron et ribavirin ou avec ribavirin uniquement, selon le génotype de la personne infectée par le VHC. Son utilisation a été limitée suite aux plus récentes générations de DAA dont l'utilisation a été approuvée en 2014 et en 2015 et qui ne requièrent aucune combinaison avec l'interféron.¹¹⁶

110. Les DAAs approuvés en 2014 et 2015 étaient une combinaison de DAA commercialisés sous le nom de Harvoni et une combinaison de DAA commercialisés sous le nom de Hologic Pak, pouvant être combiné avec la ribavirin chez certains patients.¹¹⁷

111. Sous réserve de quelques exceptions, Harvoni et Hologic Pak sont efficaces chez les personnes qui n'ont pas reçu de traitement au préalable et chez celles ayant été traitées préalablement sans succès. Harvoni et Hologic Pak devraient permettre d'atteindre des SVR dans plus de 90% des cas, à l'exception de certaines catégories de patients, tels que ceux du génotype 3 présentant une cirrhose. Harvoni et Hologic Pak sont également les traitements de premier choix pour les personnes co-infectées par le VHC et le VIH.¹¹⁸

112. Le témoignage du Dr. Lee (témoin-expert du Canada) à l'effet que le traitement avec les actuels DAAs n'entraîne aucun effet secondaire notable¹¹⁹ est contesté. Les DAAs approuvés en 2011 comportaient de très sérieux effets secondaires ayant empêché certaines personnes de poursuivre leur traitement jusqu'à la fin et menaçant la vie de certaines autres personnes. Les DAAs approuvés en 2014, Hologic Pak et Harvoni, sont associés avec des effets secondaires incluant la fatigue, les maux de tête, l'insomnie, les nausées, les diarrhées, les démangeaisons et l'asthémie. Dans certaines circonstances, la ribavirin doit être administrée avec Hologic Pak. La ribavirin peut causer d'importants effets secondaires.¹²⁰

113. Les durées de traitement des thérapies antivirales et les contre-indications y étant associées ont diminué, mais le coût du traitement a augmenté. La durée actuelle des traitements s'étend de 8 semaines à 24 semaines selon le génotype, la progression de la maladie et si la personne a déjà suivi un traitement auparavant. Le coût débute à environ 50 000\$ pour 8 semaines et peut atteindre 76 000\$ pour 12 semaines. Si la ribavirin doit être administrée également, le coût additionnel est d'environ 3 800\$ à 4 400\$ pour 12 semaines.¹²¹

¹¹⁵ Affidavit Bain #1, DC, vol. 19, onglet 46, par 36-37, p. 6839.

¹¹⁶ Affidavit Bain #1, DC, vol. 19, onglet 46, par 38, p. 6839.

¹¹⁷ Affidavit Bain #1, DC, vol. 19, onglet 46, par 38-40, p. 6839-6840.

¹¹⁸ Affidavit Bain #1, DC, vol. 19, onglet 46, par 41, p. 6840.

¹¹⁹ Affidavit Lee #1, DC, vol. 6, onglet 27, par 22, p. 2410.

¹²⁰ Affidavit Bain #1, DC, vol. 19, onglet 46, par 51, p. 6843; Affidavit Bain #2, DC, vol. 5, onglet 20, par. 6, pp. 2017-2018.

¹²¹ Affidavit Bain #1, DC, vol. 19, onglet 46, par 42-45, pp. 6840-6841.

114. Le modèle médical 2013 prend en considération les médicaments DAA ayant été approuvés jusqu'en 2014 inclusivement. Les taux d'efficacité du traitement ont été adoptés et incorporés dans les modèles actuariels, tant de Eckler que de Morneau Shepell.¹²²

115. Ce n'est que dernièrement que les changements au modèle médical, exigés par les taux d'efficacité supérieurs, ont permis aux membres du groupe et aux membres de la famille un certain soulagement par rapport aux risques qu'ils ont assumés depuis 1999.¹²³ L'augmentation des taux d'efficacité entraînée par l'utilisation des DAAs entraîne une amélioration sur le plan financier qui est toutefois atténuée par le coût de ces mêmes traitements estimés actuariellement à la somme de 146 millions de dollars à la date du 31 décembre 2013 ainsi que par les provisions pour l'écart défavorable intégrées à même les obligations financières à cause de l'incertitude quant à l'efficacité à long terme de ces nouveaux traitements.¹²⁴

116. Le développement des thérapies DAA a permis, au cours des trois dernières années, pour une large proportion des membres du groupe qui vivent toujours avec la maladie, de devenir exempts du VHC. Toutefois, ceci ne garantit pas le retour à une bonne santé. Les foies des membres du groupe ont été endommagés au cours d'une période de près de 30 ans d'infection virale, chronique et progressive. Selon le Dr. Bain, l'état de santé post-SVR est complexe à cause de la difficulté de comparer l'état de santé pré-infection avec l'état de santé post-traitement après presque 30 ans d'infection et parce que la combinaison de facteurs médicaux, psychologiques, socio-économiques, et liés à l'âge joue un rôle dans le processus de rétablissement d'une pathologie s'étant développée sur un si grand nombre d'années. Certains symptômes de l'infection au VHC, tel que la fatigue débilitante, et certaines comorbidités, demeureront malgré la « guérison ». Pendant que certaines personnes regagneront leur capacité de fonctionner et que certaines personnes retourneront occuper des emplois à l'extérieur de la maison ou pourront effectuer des tâches domestiques, d'autres ne le pourront pas dépendamment du niveau de fonctionnement de leur foie avant le traitement et de d'autres facteurs.¹²⁵

117. Guéris ou pas, les membres du groupe présentent toujours un risque élevé de développer un cancer hépatocellulaire et restent vulnérables à une attaque au foie subséquente. Ceux qui ont progressé jusqu'à une insuffisance hépatique au moment du traitement demeurent dans une situation où leur vie est en danger à moins de recevoir une transplantation du foie.¹²⁶ Tel qu'observé par le Dr. Lee :¹²⁷

¹²² Affidavit de Peter Gorham #4, souscrit le 8 avril 2015 [affidavit Gorham #4], DC, vol. 20, onglet 48, exhibit B, table D 4a, p. 7292; Affidavit Krahn #4, DC, vol. 20, onglet 47, exhibit A, table 13.1, pp. 7025-7026; Affidavit de Dr Murray Krahn #5, souscrit de nouveau en date du 4 mai 2016 [Affidavit Krahn #5], DC, vol. 5, onglet 21, par. 7, pp. 2057-2058; Affidavit Border #6, DC, vol. 5, onglet 19, exhibit A, par. 14-16, p. 2000.

¹²³ Le Dr. Lee critique le modèle médical de la révision triennale en date du 31 décembre 2010 (la quatrième révision) au motif qu'il ne prendrait pas en compte les DAAs. Il a toutefois reconnu, lors de l'interrogatoire écrit, qu'il n'a pas révisé en détails le rapport portant sur la quatrième révision (ni le rapport portant sur la cinquième révision du modèle médical), reconnaissant également que la première génération de DAA a été approuvée au mois d'août 2011 (soit après que la quatrième révision du modèle médical ait été complétée). Il reconnaît également que les DAAs approuvés au moment où le modèle médical utilisé pour la révision triennale au 31 décembre 2013 a été complété sont pris en considération dans cette version du modèle médical. Affidavit Lee #1, DC, vol. 6, onglet 27, par. 58, pp. 2425-2426; Affidavit Lee #2, DC, vol. 11, onglet 30, exhibit B, par. 3-5, 8, p. 4071.

¹²⁴ Affidavit Border #4, DC, vol. 19, onglet 45, exhibit A, par. 81, p. 6761, par. 202, pp. 6785-6786, par. 208-210, pp. 6786-6787.

¹²⁵ Affidavit Bain #1, DC, vol. 9, onglet 46, par. 52-57, p. 6843-6845.

¹²⁶ Affidavit Bain #1, DC, vol. 19, onglet 46, par. 52-57, pp. 6843-6845.

¹²⁷ Affidavit Bain #1, DC, vol. 6, onglet 27, par. 9, pp. 2404.

Les facteurs de risques menant à un pronostic défavorable demeurent une préoccupation malgré l'arrivée des thérapies DAA. Le foie est un organe humain majeur et peut subir des agressions d'agents autres que les virus hépatiques. La consommation d'alcool, les pathologies auto-immunes, l'obésité, le genre et l'âge peuvent influencer l'étendue et la progression des blessures subies par un foie infecté par le VHC. Les thérapies DAA ne peuvent éliminer les facteurs de risques, mais ils ont réduit de façon substantielle le fardeau de traitement que devaient envisager les patients qui recevaient antérieurement le PR Regimen.

(traduction non officielle)

118. Après une SVR, l'infection au VHC peut toujours être un élément contributoire important au décès chez ceux qui : présentent une insuffisance hépatique au moment où une SVR est atteinte et que la transplantation du foie n'est pas un succès; ceux qui ont une agression subséquente au foie, telle une autre infection hépatique, une pathologie auto-immune, ou l'alcoolisme; ou ceux qui développent un cancer hépatocellulaire.¹²⁸

119. Malgré le taux d'efficacité élevé des DAA, pris en compte dans le modèle médical 2013, parmi les membres du groupe vivants à la date du 31 août 2013, le modèle médical prévoit que d'ici 2070 :¹²⁹

1. 19.9% ont déjà développé ou développeront une cirrhose;
2. 12.1% ont déjà développé ou développeront une cirrhose décompensée;
3. 4.3% ont déjà développé ou développeront un cancer hépatocellulaire; et
4. 14.7% sont déjà décédés ou décéderont à cause d'un problème au foie.¹³⁰

120. La guérison est apparue trop tard pour plusieurs membres du groupe et même ceux qui ont été guéris peuvent présenter des foies ravagés et des problèmes de santé associée à ces conséquences. L'aperçu que nous livrent les membres du groupe ainsi que les membres de la famille, dans leurs communications écrites, des expériences qu'ils ont vécues décrit avec puissance la nature et les effets de la progression de la maladie dans leur vie personnelle.

ii Les consultations des membres des recours

121. Bien que le Comité conjoint ait reçu fréquemment des appels téléphoniques et d'autres communications de la part des membres des recours, aucune session de consultation publique avec des membres des recours et les membres de la famille n'a été tenue depuis la mise en place du règlement.¹³¹ En vue des auditions d'allocations, le Comité conjoint s'est efforcé d'explorer les dommages subis par les membres du recours et les membres de la famille à

¹²⁸ Affidavit Bain #1, DC, vol. 19, onglet 46, par. 57, pp. 6845.

¹²⁹ Dr. Lee critique les taux de transition cumulatif de la quatrième révision du modèle médical (au 31 décembre 2010). Lorsque interrogé par écrit au sujet des taux de transition cumulatifs discutés dans la cinquième révision du modèle médical au 31 décembre 2013, sur laquelle cette requête pour l'attribution des éléments d'actifs ne faisant pas l'objet d'une attribution actuarielle est fondée, il a répondu que ces critiques ne concernaient que la quatrième révision du modèle médical, Affidavit Lee #2, DC, vol. 11, onglet 30, exhibit B, par. 10, p. 4073.

¹³⁰ Affidavit Krahn #4, DC, vol. 20, onglet 47, exhibit A, art. 13.1 et 13.2, pp. 7025-7027.

¹³¹ Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 31, p. 358.

cause de leur infection au VHC et de déterminer si les diverses indemnités prévues aux Régimes les compensaient adéquatement.¹³²

122. Au printemps 2015, une publication a été développée pour le site internet www.hepc8690.ca afin de publiciser de l'information concernant la suffisance financière.¹³³ De plus, au mois d'août 2015, un avis concernant la révision de la suffisance financière, les auditions d'allocation et les sessions de consultation a été transmis par courriel et postés aux membres des recours approuvés et aux membres de la famille ainsi qu'aux réclamants tardifs et ceux dont la réclamation est en cours d'analyse.¹³⁴

123. Avant les sessions de consultation avec les membres des recours et les membres de la famille, le Comité conjoint a organisé des rencontres préliminaires et des discussions avec l'administrateur afin de réviser toutes les indemnités prévues et les problèmes que les membres des recours et les membres de la famille avaient déjà exprimé au cours des dernières années.¹³⁵ Dès le début de l'administration du recours, le Comité conjoint avait aussi développé une liste d'indemnités prévues aux Régimes qui avaient été compromises durant les négociations par rapport au droit commun dans le but de créer un ensemble de bénéficiaires ne dépassant pas le montant fixe du règlement disponible. Le Comité conjoint a ajouté à cette liste plusieurs suggestions faites de temps à autres par les membres des recours et les membres de la famille concernant les injustices et/ou inégalités perçues dans les prestations prévues aux Régimes.¹³⁶ La révision des appels logés suite aux décisions de l'administrateur prises en vertu des Régimes s'est également avérée une source d'information pour le Comité conjoint.¹³⁷

124. Avec l'aide de l'administrateur et d'autres groupes intéressés, comme la Société canadienne d'hémophilie, le Comité conjoint a identifié des lieux où résident plusieurs membres des recours. Aux mois d'août et septembre 2015, le Comité conjoint a tenu sept (7) sessions de consultation à travers le pays.¹³⁸ Les sessions de consultation à Vancouver, Toronto et Montréal ont aussi été retransmises en direct via internet, ce qui a donné l'opportunité aux personnes à travers le pays qui ne pouvaient pas se déplacer en personne d'assister à la session de consultation, de poser des questions et d'émettre des commentaires. Ceci s'est avéré être une bonne manière d'obtenir des commentaires et observations des membres des recours et des membres de la famille, et de les informer plus amplement sur les termes des Régimes, leur administration et les auditions d'allocation. Le Comité conjoint a reçu plusieurs courriels directement liés à ces retransmissions en direct via internet.¹³⁹

125. Ceux qui ont assisté aux sessions de consultation ont donné des descriptions détaillées de leur vie quotidienne aux prises avec l'infection au VHC ou encore de leur réalité en tant que membre de la famille d'une personne infectée. Ils ont donné des exemples concrets des

¹³² Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 36, p 357 et exhibit B, page d'accueil du site internet de l'administrateur, pp. 393-395.

¹³³ Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 27-28, p. 357 et exhibit C, pp. 397-400.

¹³⁴ Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 29-30, pp. 357-358 et exhibit C Avis aux membres, pp. 397-400; affidavit Arnaud Sauvé-Dagenais, souscrit le 15 octobre 2015 [**Affidavit Dagenais #1**], DC, vol. 4, onglet 17, par. 3, p. 1568 et exhibit ASD-1, pp. 1574-1582.

¹³⁵ Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 37-38, p. 360.

¹³⁶ Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 41, p. 361.

¹³⁷ Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 42, p. 362.

¹³⁸ Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 31, p. 358.

¹³⁹ Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 33, p. 359.

domaines où la compensation reçue était inadéquate, inexistante ou trop limitée dans le temps ou dans sa portée.¹⁴⁰

¹⁴⁰ Affidavit #1 de Chya Mogerman, souscrit le 16 octobre 2015, [**Affidavit Mogerman #1**], DC, vol. 2, onglet 14, par. 13, pp. 578-520; Affidavit #1 de Alan Melamud, souscrit le 15 octobre 2015 [**Affidavit Melamud #1**], DC, vol. 3, onglet 15, par. 10, pp. 780-785, par 14, pp. 785-786; Affidavit Dagenais #1, DC, vol. 14, onglet 17, par. 9, pp. 1568-1570, par. 11, pp. 1570-1570.

iii Les communications écrites reçues par les membres des recours et les membres de la famille

126. Les membres des recours et les membres de la famille ont été invités à transmettre leurs communications écrites au Comité conjoint afin que celles-ci soient considérées et présentées aux Tribunaux. Ils ont aussi été invités à communiquer avec le Comité conjoint par téléphone s'ils le désiraient. Chaque bureau a reçu plusieurs appels téléphoniques, entendu plusieurs histoires, tranches de vie, répondu à plusieurs questions, encouragé les personnes qui appelaient à transmettre leurs communications écrites et reçu plusieurs communications qui ont ensuite été circulées parmi les membres du Comité conjoint.¹⁴¹ Certaines de ces communications concernaient des problématiques uniques à chaque personne et à son dossier personnel, mais la plupart ont raconté une partie de leur histoire, expliqué comment les indemnités les aidaient ou non à subvenir à leurs besoins et ont exprimé leur opinion sur la façon dont les montants excédentaires devraient être alloués.¹⁴²

127. Au 16 avril 2016, plus de 740 communications reçues des membres des recours et des membres de la famille ont été produites pour utilisation lors de l'audition pour allocation. Les communications écrites reçues par la Société canadienne d'hémophilie, Action hépatite Canada et le Manitoba Public Guardian and Trustee ont aussi été produites.¹⁴³ Depuis cette date, le Comité conjoint a continué de recevoir plusieurs communications écrites additionnelles, lesquelles seront produites pour utilisation lors de l'audition.

128. Durant tout le processus de consultation, le Comité conjoint a averti les membres des recours et les membres de leur famille qu'il ne serait pas en mesure de recommander toutes les suggestions reçues et les a invités à soumettre d'autres communications écrites s'ils n'étaient pas d'accord avec les recommandations du Comité conjoint et/ou s'ils désiraient demander de témoigner lors de l'audition.¹⁴⁴

129. De par les communications écrites reçues, les appels téléphoniques et les sessions de consultation, le Comité conjoint en est venu à la conclusion que les membres des recours et les membres de la famille continuent de subir plusieurs dommages pour lesquels ils n'ont pas été compensés adéquatement et ce, malgré l'indemnisation reçue jusqu'à maintenant aux termes des Régimes.

iv Développer et peaufiner la liste des lacunes dans la compensation

130. Fort de toute cette information recueillie, une liste des recommandations possibles s'est développée au fil du temps et a formé l'assise des sessions de travail du Comité conjoint sur les problématiques de la compensation prévue par les Régimes. Une liste détaillée de 28 problématiques ont été analysées comme recommandations possibles en faveur des membres

¹⁴¹ Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 34-35, p. 359; Affidavit Dagenais #1, DC, vol. 4, onglet 17, par. 34, p. 1568; Affidavit Mogerma #1, DC, vol. 2, onglet 14, par. 8, p. 517; Affidavit #1 de Shelley Woodrich, souscrit le 16 octobre 2015 [Affidavit Woodrich #1], DC, vol. 4, onglet 16, par. 12-13, p. 1349.

¹⁴² Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 34, p. 359.

¹⁴³ Affidavit Dagenais #1, DC, vol. 4, onglet 17, exhibit ASD-2, pp. 1583-1838; Affidavit Mogerma #1, DC, vol. 2, onglet 14, exhibit A, pp. 534-716, exhibit B, p. 718, exhibit C, pp. 720-774; Affidavit Melamud #1, DC, vol. 3, onglet 15, exhibit A, pp. 791-1286; Affidavit Woodridge #1, DC, vol. 4, onglet 16, exhibit A, pp. 1352-1564.

¹⁴⁴ Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 36, pp. 359-360.

des recours et des membres de la famille.¹⁴⁵ Il est à noter que même cette liste ne contenait pas toutes les problématiques soulevées qui auraient pu être ajoutées.

131. Des représentants du Comité conjoint ont rencontré leurs actuaires Eckler pour articuler les possibles avantages associés aux recommandations et pour leur demander de calculer leurs valeurs individualisées.¹⁴⁶ Il a également requis de l'administrateur un estimé des coûts pour l'administration de ces multiples recommandations.¹⁴⁷

132. Lorsque le Comité conjoint a reçu l'avis de la part d'Eckler sur les valeurs individualisées des recommandations potentielles et qu'il est devenu apparent que les améliorations considérées ne pouvaient pas toutes être assumées par le montant du capital excédentaire disponible, les critères suivants ont permis de décider que les avantages recommandés seraient¹⁴⁸ :

- (a) la priorité devrait être donnée aux avantages les plus compromis en comparaison avec le modèle de droit commun;
- (b) la priorité devrait être donnée aux problématiques soulevées par les membres des recours et les membres de la famille lorsque possible, dans la mesure où elles sont conformes au modèle de droit commun;
- (c) les allocations devraient bénéficier au plus grand nombre de membres des recours et de membres de la famille possible;
- (d) les problématiques illustrés à partir des données recueillies de l'administrateur comme étant des présentations inférieures aux frais engagés réellement devraient être corrigés;
- (e) le fardeau administratif imposé aux membres du recours et aux membres de la famille devrait être pris en compte; et
- (f) les coûts devraient être considérés.

133. Afin de maintenir l'intégrité du Fonds en fiducie dans le meilleur intérêt des membres des recours et des membres de la famille, le Comité conjoint a travaillé selon les paramètres suivants concernant l'attribution des actifs ne faisant pas l'objet d'une allocation actuarielle :

- (a) l'allocation du capital excédentaire devrait être limitée au montant le plus faible identifié par les actuaires (et prendre en compte l'ajustement requis pour certains réclamants de niveau 2 reclassés au niveau 3 tel que discuté aux paragraphes 84 à 93); et

¹⁴⁵ Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 44-45, pp. 362-364.

¹⁴⁶ Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 39-40, p. 361.

¹⁴⁷ Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 38, p. 361, par. 51-61, pp. 366-368 et exhibit E, estimé des coûts d'administration, pp. 432-435.

¹⁴⁸ Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 63, p. 369.

- (b) les Fonds requis pour payer ces recommandations devraient provenir du capital excédentaire uniquement et ne requérir aucune contribution du Fonds théorique (« notional Funds ») des gouvernements PT.¹⁴⁹

134. Le Comité conjoint a limité ses recommandations de cette façon, même s'il est d'avis qu'elles ne comblent pas toutes les lacunes et inégalités prévues aux Régimes.¹⁵⁰

v. Les recommandations du Comité conjoint

135. En respectant ces derniers paramètres, le Comité conjoint a formulé les neuf (9) recommandations.

La recommandation concernant la date limite de la première réclamation

136. Les Régimes prévoient une date limite de la première réclamation au 30 juin 2010, avec des exceptions limitées prévues dans les protocoles approuvés par les Tribunaux.¹⁵¹

137. Au 30 septembre 2015, l'administrateur avait reçu 246 demandes de réclamations tardives après la date limite de la première réclamation du 30 juin 2010 provenant de personnes qui ne rencontrent pas les exceptions à la date limite prévue dans les Régimes et dans les protocoles approuvés par les tribunaux.¹⁵²

138. En 2013, avant que des actifs ne faisant pas l'objet d'attribution actuarielle ne soient identifiés, le Comité conjoint a demandé aux Tribunaux d'approuver un protocole en vertu de leur juridiction administrative inhérente, lequel permettrait aux membres des recours qui n'ont pas fait de réclamation avant le 30 juin 2010 (les réclamants tardifs) de pouvoir le faire suivant un processus impliquant une évaluation de leurs circonstances personnelles justifiant leur délai.

139. Les gouvernements FPT se sont opposés à ces demandes et trois auditions séparées ont eu lieu. Chaque tribunal a rendu des motifs et un jugement. Puisqu'il y avait des différences significatives entre les jugements, l'ordonnance demandée n'a jamais pris effet¹⁵³ faisant en sorte que les réclamations potentielles de ces membres des recours n'ont pas pu être traitées.¹⁵⁴

140. Le Comité conjoint a entendu et reçu des communications écrites de plusieurs réclamants tardifs qui ont justifié leur délai. De l'information similaire a été transmise par ceux qui ont répondu aux sondages de l'administrateur en préparation des requêtes antérieures. Le Comité conjoint a également reçu plusieurs communications écrites des membres des recours et des membres de la famille en faveur d'utiliser une partie du capital excédentaire pour évaluer

¹⁴⁹ À tout événement, les gouvernements PT vont atteindre leur responsabilité maximale en 2026 et n'ont aucune obligation par après. Affidavit Border #5, vol. 2, onglet 23, exhibit A, par 15-16, pp. 464-465.

¹⁵⁰ Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 64, p. 369.

¹⁵¹ Plan des transfusés, DC, vo. 21, onglet 49 A, art. 3.08, p. 7360; Plan des hémophiles, DC, vol 21, onglet 49B, art. 3.07, p. 7406.

¹⁵² D'autres dispositions des Régimes qui prévoyaient que certaines dates limites de réclamation devaient être faites aux termes des Régimes ont été traitées et modifiées par les tribunaux à plus d'une occasion. Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 5, p. 350.

¹⁵³ Entente de règlement, DC, vol. 21, onglet 49, art. 10.01(2), p. 7328.

¹⁵⁴ *Parsons c. The Canadian Red Cross Society*, 2013 ONSC 7788, DC, vol. 23, onglet 78, p. 7931; *Honhon c. The Attorney General of Canada*, 2014 QCCS 2032, DC, vol. 23, onglet 79, p. 7950 (transcription en anglais du Cahier des autorités du Comité conjoint); *Endean c. The Canadian Red Cross Society*, 2014 BCSC 621, DC, vol. 23 onglet 80, p. 7964.

les demandes de réclamations tardives et compenser les membres des recours éligibles qui n'ont pas fait une réclamation à temps.¹⁵⁵

141. Considérant que toutes les personnes qui font des demandes de réclamations tardives ne seraient pas nécessairement autorisées par l'arbitre pour faire une réclamation en vertu du protocole proposé et en appliquant le taux de refus habituel pour déterminer leur éligibilité, l'évaluation actuarielle d'Eckler concernant la valeur des réclamations estimées aux termes du protocole de réclamations tardives est de 32 399 000 \$.¹⁵⁶ Morneau Shepell confirme les hypothèses avancées par Eckler dans son estimation et dans la valeur approximative de ces réclamations, bien que le Canada continue de s'opposer à la mise en œuvre de cette recommandation.¹⁵⁷

142. Avec un coût administratif estimé à 51 000 \$, le coût total approximatif pour cette première recommandation est de 32 450 000 \$.¹⁵⁸

143. Faisant suite aux représentations faites durant les sessions de consultation et dans les communications écrites, le projet de protocole prévoit que l'arbitre a la discrétion pour déterminer si un le réclamant a fourni une explication raisonnable pour justifier son délai. Ceci a été jugé préférable plutôt que de tenter de créer une liste complète des explications possibles et potentielles pour justifier le délai des réclamants sans avoir l'avantage de les entendre. Le protocole proposé prévoit aussi un processus pour les réclamations déficientes de la même manière que les autres protocoles ont été amendés récemment.¹⁵⁹

144. Le Comité conjoint recommande de mettre en œuvre le protocole pour traiter les réclamations des membres des recours et de prévoir le paiement de tous les avantages à partir du capital excédentaire à tous ceux qui sont qualifiés comme éligibles. Puisque tout avantage payable aux termes de cette recommandation comme toutes les autres serait payé à partir du capital excédentaire, la responsabilité des gouvernements PT n'en sera pas affectée.¹⁶⁰

La recommandation concernant les montants forfaitaires

145. Les montants forfaitaires qui sont payables aux membres des recours en vie ou aux membres des recours décédés après le 1^{er} janvier 1999 à titre de dommages généraux non pécuniaires aux divers niveaux de maladie; les options de paiements fixes de 50 000 \$ et 120 000 \$ concernant les membres des recours qui sont décédés avant le 1^{er} janvier 1999 à cause de l'infection au VHC; et les options de 50 000 \$ et 72 000 \$ visant les hémophiles co-infectés au VIH (décrits plus amplement aux paragraphes 53 et 54) sont inclus dans cette recommandation.

¹⁵⁵ Affidavit Dagenais #1, exhibit ASD-2, DC, vol. 14, onglet 17, pp. 1741-1808.

¹⁵⁶ Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 79, p. 374; Affidavit Border #5, DC, vol. 2, onglet 13, exhibit A, p. 471.

¹⁵⁷ Affidavit Gorham #5, DC, vol. 6, onglet 26, exhibit A, pp. 2329-2331.

¹⁵⁸ Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 79, p. 374; Affidavit Border #5, DC, vol. 2, onglet 13, exhibit A, p. 468.

¹⁵⁹ Affidavit Peterson #13, vol. 2, par. 77-78, onglet 12, p. 373-374 et exhibit F, Protocole propose, p. 437.

¹⁶⁰ Affidavit Border #5, DC, vol. 2, exhibit A, par. 15-16, pp. 464-465

146. Le Comité conjoint est d'opinion que, en se basant sur les consultations auprès des membres des recours et leurs communications écrites concernant la nature de cette maladie chronique et progressive, les compromis initiaux faits sur les montants forfaitaires devraient être redressés.

147. Ainsi, une augmentation de 10% de tous les montants forfaitaires aux termes des Régimes, à la date à laquelle le montant forfaitaire a été payé initialement, payable rétroactivement et prospectivement, est recommandée par le Comité conjoint. L'évaluation actuarielle d'Eckler de cette proposition, incluant les coûts d'administration, est de 51 392 000 \$.¹⁶¹ Alternativement, Eckler a calculé que, pour la même valeur totale, ces paiements fixes pourraient être augmentés de 8,5% (plutôt que 10%) et indexés au 1^{er} janvier 2014.¹⁶² Cette deuxième approche ferait en sorte que chaque membre du recours éligible recevrait une augmentation équivalente pour chaque montant forfaitaire respectif, indépendamment de la date à laquelle le montant forfaitaire initial a été payé.

148. Selon l'Administrateur, au 15 octobre 2016, approximativement 5 320 membres des recours incluant 1 650 représentants personnels aux successions ainsi que d'autres membres futurs et/ou en processus de qualification pourraient recevoir un tel avantage d'allocation, si approuvé.¹⁶³

La recommandation concernant les paiements forfaitaires aux membres de la famille

149. Cette recommandation traite des paiements forfaitaires à titre de perte de conseil, soin et compagnonnage à certains membres de la famille. Les paiements fixes prévus dans les Régimes sont les suivants :¹⁶⁴

- (a) 25 000 \$ pour les conjoints;
- (b) 15 000 \$ pour chaque enfant âgé de moins de 21 ans à la date du décès de la personne infectée par le VHC;
- (c) 5 000 \$ pour chaque enfant âgé de 21 ans ou plus à la date du décès de la personne infectée par le VHC;
- (d) 5 000 \$ pour chaque parent et/ou frère/sœur; et
- (e) 500 \$ pour chaque grand-parent et/ou petit-enfant.

150. Les membres de la famille ne reçoivent pas d'indemnité pour la perte de conseil, de soin et compagnonnage pendant que le membre du recours est en vie contrairement à plusieurs dispositions statutaires de certaines juridictions.¹⁶⁵ Au moment où la Convention de règlement a été négociée, il y avait une grande variation entre les lois applicables à travers le pays et le droit à ce type de dommage et son quantum n'était pas déterminé de manière uniforme. Subséquemment, certaines provinces ont adopté des lois déterminant un quantum pour

¹⁶¹ Affidavit Border #5, DC, vol. 2, onglet 13, exhibit A, p. 468 et par. 79, p. 484.

¹⁶² Affidavit Border #6, DC, vol. 5, onglet 19, exhibit A, part. 31, 35, p. 2004.

¹⁶³ Affidavit Peterson # 13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 87, p. 376.

¹⁶⁴ Régime des Transfusés, DC, Vol. 21, onglet 49A, art. 6.02, p. 7371; Régime des Hémophiles, DC, vol. 21, onglet 49B, art. 6.02, p. 748-749.

¹⁶⁵ Affidavit Peterson #13, DC, Vol. 2, onglet 12, par. 88, p. 376.

plusieurs dommages pouvant être octroyés aux membres de la famille, bien qu'elles ne soient toujours pas uniformes à travers le pays.¹⁶⁶

151. Durant les sessions de consultation tenues par le Comité conjoint et dans les communications écrites reçues par les membres de la famille, ces derniers ont souvent référé aux montants de ces dommages. L'opinion exprimée de façon constante, peu importe quel montant avait été reçu par le membre de la famille, était que les dommages étaient parcimonieux, pour ne pas dire ridicules.¹⁶⁷

152. Bien que le Comité conjoint ait envisagé de recommander des augmentations pour chacun de ces paiements forfaitaires, vu les limites du capital excédentaire disponible et les autres avantages devant être considérés, sa recommandation actuelle est d'augmenter le montant des sommes payables aux enfants âgés de 21 ans et plus et aux parents, puisque ces indemnités sont considérablement disproportionnées par rapport aux dommages plus élevés octroyés aux conjoints et aux enfants âgés de moins de 21 ans, considérant le fait que ce parent, cet enfant et cet époux sont tous des membres de la famille de premier degré et considérant le droit commun, la législation et la jurisprudence relative à une telle compensation.¹⁶⁸

153. Ainsi, pour ces deux catégories de paiements forfaitaires, le Comité conjoint recommande une augmentation de 5 000 \$ indexée à la date à laquelle le montant forfaitaire initial a été versé, payable rétroactivement et prospectivement. L'évaluation actuarielle d'Eckler pour cette proposition, incluant ses coûts administratifs, est de 22 449 000 \$.¹⁶⁹ Alternativement, Eckler a calculé que, pour la même valeur totale, le paiement forfaitaire pourrait être augmenté de 4 600 \$ (plutôt que 5 000 \$) et indexé au 1^{er} janvier 2014.¹⁷⁰ Cette deuxième approche permettrait à chaque membre de la famille éligible de recevoir une augmentation équivalente indépendamment de la date à laquelle le paiement initial a été effectué.

154. Morneau Shepell reconnaît que ces augmentations proposées ne résulteront pas en un paiement qui excéderait les valeurs maximales payables aux enfants et aux parents pour perte de conseil, soin et compagnonnage en vertu des lois applicables.¹⁷¹

155. Selon l'administrateur, au 15 octobre 2015, il y avait approximativement 1 699 membres de la famille classés comme enfants âgés de plus de 21 ans et approximativement 311 membres de la famille classés comme parents qui pourraient bénéficier de cette allocation ainsi que des réclamant futurs ou en processus de qualification.¹⁷²

¹⁶⁶ Affidavit Peterson #13, DC, Vol. 2, onglet 12, par. 90, p. 377.

¹⁶⁷ Affidavit Mogerman, DC, vol. 2, onglet 14, par. 13 (ee), (ff), p. 523, par. 15 (v), (ww), p. 527; Affidavit Melamud, DC, vol. 3, onglet 15, par. 10 (z), (aa), p. 784; Affidavit Dagenais #1, DC, vol. 4, onglet 17, par. 9 j), p. 1569, par. 11 h), p. 1571.

¹⁶⁸ Affidavit Peterson #13, DC, vol. 1, onglet 12, par. 94, p. 278.

¹⁶⁹ Affidavit Border #5, DC, vol. 2, onglet 13, pièce A, p. 468, 483.

¹⁷⁰ Affidavit Border #6, DC, vol. 5, onglet 19, pièce A, par. 37, p. 2004.

¹⁷¹ Affidavit Gorham #5, DC, vol. 6, onglet 26, pièce A, par. 119.

¹⁷² Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 95, p. 378.

Les recommandations à l'égard de la perte de revenu/perte de soutien

156. Cette recommandation vise l'indemnité pour perte de revenu payable aux membres du groupe ainsi que la perte de soutien payable aux personnes à charge des membres du groupe décédés et dont le décès est attribuable au VHC (décrit plus amplement aux paragraphes 43 à 45 et 55).¹⁷³

157. L'indemnité pour perte de revenu et perte de soutien disponibles en vertu des Régimes représente le compromis le plus important en comparaison aux principes d'indemnisation du droit commun. L'indemnisation de la perte de revenu et de la perte de soutien en vertu des Régimes est effectuée sur une base nette après que les déductions pour l'impôt sur le revenu qui auraient été payables soient effectuées et déduction faite de tous les bénéfices collatéraux reçus.¹⁷⁴ La liste des 28 problématiques initialement considérées pour les fins d'attribution par le Comité conjoint incluait une dizaine de problèmes concernant l'indemnisation pour perte de revenu/perte de soutien qui ont été évalués par Eckler.¹⁷⁵

158. Tout en appréciant le fait que l'indemnité pour perte de revenu/perte de soutien revêt une importance critique à l'égard de ceux qui la reçoivent, le Comité conjoint reconnaît également que ce ne sont pas toutes les problématiques ayant été identifiées en rapport avec l'indemnité pour la perte de revenu/perte de soutien qui peuvent être corrigées à ce moment puisque leur coût est trop important et qu'il existe d'autres problématiques concernant d'autres indemnités qui doivent être corrigées. Ultimement, le Comité conjoint s'est concentré sur deux de ces problématiques.

159. **La première recommandation est d'éliminer la déduction faite à l'égard des bénéfices collatéraux lors du calcul de la perte de revenu et de la perte de soutien.** Les dispositions applicables des Régimes empêchent l'inclusion de tout revenu collatéral dans l'établissement de la perte de revenu nette avant réclamation, mais exige ensuite que les bénéfices collatéraux soient déduits dans l'établissement de la perte de revenu nette après réclamation, réduisant ainsi la perte de revenu pouvant être recouvrée ou récupérée.¹⁷⁶

160. Les données des réclamations illustrent que les membres du groupe se sont vus déduire des montants significatifs dans le calcul de leur perte de revenu incluant des prestations d'invalidité reçues du programme de pensions du Canada et du programme de pension du Québec, les prestations d'assurance-emploi, les prestations d'assurance-maladie, assurance-accident ou assurance-invalidité, ainsi que les indemnités versées par les programmes d'aide extraordinaire (EAP), le programme provincial et territorial d'assistance (PPTA), ainsi que le programme de compensation de la Nouvelle-Écosse tous établis à l'égard du VIH.¹⁷⁷

¹⁷³ Régime des transfusés, DC, vol. 21, onglet 49A, art. 6.01, p. 7370; régime des hémophiles, DC, vol. 21, onglet 49B, art. 6.01, p. 7418.

¹⁷⁴ Affidavit Elliot, DC, vol. 12, onglet 32, par. 178, p. 4141.

¹⁷⁵ Affidavit Border #5, DC, vol. 2, onglet 13, exhibit A, par. 37-56, p. 472, par. 122-140, pp. 496-501.

¹⁷⁶ Régime des transfusés, DC, vol. 21, onglet 49A, art. 4.02(2), pp. 7363-7364, art. 6.01(1), p. 7370; régime des hémophiles, DC, vol. 21, onglet 49B, art. 4.02(2), p. 7410, art. 6.01(1), p. 7418; affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 101, p. 380.

¹⁷⁷ Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 101, p. 380.

161. Cette problématique a été spécifiquement soulevée par de nombreux membres du groupe durant les sessions de consultation et mentionnée dans plusieurs des communications écrites reçues par le Comité conjoint.¹⁷⁸

162. La recommandation du Comité conjoint d'éliminer la déduction des bénéfiques collatéraux à titre de revenu net après réclamation dans le cadre du calcul de la perte annuelle de revenu net et perte de soutien a été évaluée par Eckler à environ 27 539 000\$ plus 143 000\$ de frais d'administration pour un montant total de 27 682 000\$.¹⁷⁹

163. Morneau Shepell critique cette recommandation au motif que l'absence de déduction pourrait mener à une indemnisation excédant la perte de revenu réellement subie dans plusieurs cas.¹⁸⁰ Toutefois, leur analyse démontre un résultat contraire dans les situations où le réclamant recevait les bénéfiques collatéraux durant les années utilisées pour calculer le revenu net avant réclamation, puisque l'indemnité calculée pour la perte de revenu sera moindre que la perte de revenu versée.¹⁸¹ Au surplus, ils font abstraction des principes juridiques applicables en matière de non-déduction de bénéfiques collatéraux pour les fins de calculer la perte de revenu en tant que dommage indemnisable dans les affaires de responsabilité civile et de common law comme ayant été analysées et décidées par la plus haute Cour de justice du Canada. Une discussion à l'égard du droit applicable est présentée ci-après aux paragraphes 237 à 280.

164. L'évaluation de cette recommandation par Morneau Shepell s'élève à 36 094 000\$¹⁸² sans tenir compte des frais d'administration, ou 8 555 000\$ de plus que l'évaluation faite par Eckler.

165. Eckler a pris connaissance des commentaires de Morneau Shepell à l'égard de cette recommandation et maintient sa position quant à son évaluation tout en identifiant deux différences qui pourraient expliquer cet écart.¹⁸³

166. **La deuxième recommandation à l'égard de la perte de revenu est d'indemniser la diminution de bénéfiques marginaux liés à l'emploi, tels les indemnités aux régimes de retraite.** Cette deuxième problématique concernant l'indemnité pour la perte de revenu sur laquelle le Comité conjoint s'est concentré, repose sur le fait que les Régimes ne prévoient aucune indemnisation pour la perte ou diminution de pension de retraite subie par les membres du groupe comme conséquence directe de leur incapacité à travailler (invalidité) à cause de l'infection au VHC.¹⁸⁴

167. Plusieurs membres du groupe et membres de la famille ont souligné cette lacune durant les sessions de consultation et dans leurs communications écrites adressées au Comité conjoint.¹⁸⁵

¹⁷⁸ Affidavit Dagenais #1, DC, vol. 4, onglet 17, par. 9b), exhibit ASD-2, p. 1742; affidavit Mogerman, DC, vol. 2, onglet 14, par. 13(h), p. 519; Affidavit Melamud #1, DC, vol. 3, onglet 15, exhibit A, pp. 792-800.

¹⁷⁹ Affidavit Border #5, DC, vol. 2, onglet 13A, exhibit A, p. 468, par. 37-50, pp. 472-475.

¹⁸⁰ Affidavit Gorham #5, DC, vol. 6, onglet 26, exhibit A, par. 133-149, pp. 2339-2345.

¹⁸¹ Affidavit Gorham #5, DC, vol. 6, onglet 26, exhibit A, par. 138, pp. 2341-2342.

¹⁸² Affidavit Gorham #5, DC, vol. 6, onglet 26, exhibit A, table 94a, p. 2327.

¹⁸³ Affidavit Border #6, DC, vol. 5, onglet 19, exhibit A, par. 41-42, p. 2005.

¹⁸⁴ Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 101, p. 380.

¹⁸⁵ Affidavit Mogerman #1, DC, vol. 2, onglet 14, par. 13(b), p. 518, par. 13(c)(ii), p. 518, exhibit A p 600; affidavit Melamud #1, DC, vol. 13, onglet 15, par. 10(c), p. 781, par 14(c), p. 786.

168. Eckler a fourni des informations au Comité conjoint relativement à l'évaluation d'une indemnité appropriée à être attribuée à l'égard de cette prestation proposée.¹⁸⁶ Le Comité conjoint n'estime pas avoir le pouvoir de recommander la pleine indemnité de 14% à l'égard des avantages de retraite discutés par Eckler étant donné que les fonds disponibles sont limités pour les fins d'attribution à ce stade-ci et que des compromis au niveau d'autres bénéficiaires méritent également d'être corrigés. Étant donné ces limitations, le Comité conjoint a également demandé à Eckler d'évaluer le montant de cette recommandation sur la base d'un revenu brut admissible par année n'excédant pas 200 000\$ (dollars 2014).

169. Le Comité conjoint recommande ainsi pour le moment qu'une indemnité additionnelle équivalant à 10% de la perte de revenu brut (calculée sur la base du revenu brut admissible annuellement ne pouvant dépasser 200 000\$) soit payable rétroactivement et prospectivement à titre de compensation pour la perte d'avantages sociaux et diminution des prestations de retraite.¹⁸⁷ L'évaluation totale de cette recommandation par Eckler est de 19 787 000\$.¹⁸⁸

170. Morneau Shepell reconnaît que lorsqu'un réclamant subi une perte de revenu, il peut également encourir une perte au niveau des prestations de retraite.¹⁸⁹ Leurs commentaires à l'égard de la grande variété de programmes de retraite sont similaires à ceux d'Eckler.¹⁹⁰ Ils reconnaissent également que la complexité administrative d'identifier chaque situation individuelle est probablement trop importante pour être employée de manière efficace pour les fins d'attribuer l'indemnité proposée¹⁹¹ créant ainsi une inévitable indemnisation imparfaite.¹⁹²

171. Morneau Shepell estime que le montant moyen de la perte de prestation de retraite pour les réclamants ayant une perte de revenu se situe entre 9,9% et 10,9% de la perte brute de revenus gagnés.¹⁹³ Leur évaluation de l'indemnité recommandée établie à 10% est un peu inférieure à l'évaluation d'Eckler.¹⁹⁴

172. Selon l'administrateur, à la date du 16 octobre 2015, environ 528 réclamants recevant ou ayant reçu l'indemnisation pour la perte de revenu, perte de soutien pourraient bénéficier de ces deux recommandations ainsi que les réclamants ayant une réclamation en traitement et/ou futurs réclamants qui pourraient ultérieurement être éligibles.¹⁹⁵

173. La valeur combinée de ces deux recommandations concernant la perte de revenu et la perte de soutien telle qu'estimée par Eckler est de 47 326 000\$ avant les frais d'administration qui sont estimés à 143 000\$.¹⁹⁶

¹⁸⁶ Affidavit Border #5, DC, vol. 2, onglet 13, exhibit A, par. 51-55, p. 476.

¹⁸⁷ Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 102, p. 381; affidavit Border #5, DC, vol. 2, onglet 13, exhibit A, par. 56, p. 477.

¹⁸⁸ Affidavit Border #5, exhibit A, DC, vol. 2, onglet 13A, p. 468, par. 56, p. 477.

¹⁸⁹ Affidavit Gorham #5 DC, vol. 6, onglet 26, exhibit A, par. 150, 154, p. 2346.

¹⁹⁰ Affidavit Gorham #5, DC, vol. 6, onglet 26, exhibit A, par. 152-153, p. 2346.

¹⁹¹ Affidavit Gorham #5, DC, vol. 6, onglet 26, exhibit A, par. 157, p. 2347.

¹⁹² Affidavit Gorham #5, DC, vol. 6, onglet 26, exhibit A, par. 157, p. 2347.

¹⁹³ Affidavit Gorham #5, DC, vol. 6, onglet 26, exhibit A, par. 158, p. 2347.

¹⁹⁴ Affidavit Gorham #5, DC, vol. 6, onglet 26, exhibit A, table 94a, p. 2327.

¹⁹⁵ Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 104, p. 381.

¹⁹⁶ Affidavit Border #5, DC, vol. 2, onglet 13, exhibit A, p. 468.

La recommandation concernant la perte de services domestiques

174. Cette recommandation vise l'indemnisation pour perte de services domestiques payables aux membres du groupe ainsi qu'aux personnes à charge des membres du groupe décédés et dont le décès est attribuable au VHC.¹⁹⁷ Tel que noté au paragraphe 46, les réclamations pour perte de services domestiques sont limitées à un maximum de 20 heures par semaine indemnisable au taux de 12\$ de l'heure et ne peuvent pas être réclamés en même temps que la perte de revenu/perde de soutien.¹⁹⁸

175. Plusieurs représentations écrites et verbales formulées par les membres du groupe et les membres de la famille décrivent l'indemnité pour perte de services domestiques comme étant vitale à leur survie et plusieurs ont mentionné (lors des sessions de consultation) que le taux actuel, soit 16,50\$, et le nombre d'heures était insuffisant pour couvrir les frais de remplacement pour l'exécution des travaux domestiques.¹⁹⁹

176. L'administrateur a indiqué, sur la base des données recueillies durant les trois dernières années, qu'approximativement 95% des réclamants bénéficiant de cette indemnité contribuaient aux charges domestiques avant leur incapacité pour plus de 20 heures par semaine correspondant à **environ** 47 heures en moyenne par semaine.²⁰⁰

177. Le Comité conjoint a envisagé d'augmenter à la fois le nombre d'heures admissibles au remboursement et le taux horaire pour cette indemnisation. Il a également considéré trois différents scénarios pour étendre la période durant laquelle ces prestations sont versées et la question de savoir si cette indemnité et la perte de revenu/perde de soutien devrait continuer d'être mutuellement exclusive. Eckler a reçu instructions d'évaluer le coût de toutes ces options en utilisant divers scénarios plus amplement décrits à leur rapport.²⁰¹

178. Finalement, étant donné les fonds limités et l'existence de lacunes à l'égard d'autres postes d'indemnisation devant être améliorés, le Comité conjoint recommande à ce stade-ci une augmentation du nombre d'heures maximales par semaine pouvant être indemnisées (pour un total de 22 heures), à être versée de façon rétroactive et prospective.²⁰²

179. L'évaluation par Eckler de cette recommandation est d'environ 34 364 000\$ exclusion faite des frais administratifs établis à 196 000\$.²⁰³

180. L'information additionnelle fournie par Morneau Shepell concernant cette recommandation rejoint celle du Comité conjoint et celle contenue aux représentations écrites et verbales faites à ce sujet par les membres du groupe et les membres de la famille.²⁰⁴

¹⁹⁷ Régime des transfusés, DC, vol. 21, onglet 49A, art. 6.01, p. 7370; régime des hémophiles, DC, vol. 21, onglet 49B, art 6.01, p. 7418.

¹⁹⁸ Régime des transfusés, DC, vol. 21, onglet 49A, art 4.03(2), p. 7366, art. 6.01(2), p. 7370; régime des hémophiles, DC, vol. 21, onglet 49B, art. 4.03(2), p. 7413, art. 6.01(2), p. 7418.

¹⁹⁹ Affidavit Mogerman #1, DC, vol. 2, onglet 14, par 13(m), p. 520, par 15(h), (i), p. 525, par 17(c), p. 529, exhibit A, pp. 708-809; Affidavit Melamud #1, DC, vol. 3, onglet 1, par. 10(i), p. 782, affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 109, p. 382.

²⁰⁰ Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 110, pp. 382-383.

²⁰¹ Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 111, p.383; affidavit Border #5, DC, vol. 2, onglet 13, exhibit A, par. 141-145, p. 502.

²⁰² Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 111, p. 383.

²⁰³ Affidavit Border #5, DC, vol. 2, onglet 13, exhibit A, p. 468.

²⁰⁴ Affidavit Gorham#5, DC, vol. 6, onglet 26, exhibit A, par. 165-168, pp. 2349-2350.

181. L'évaluation de cette recommandation par Morneau Shepell établie à 37 384 000\$²⁰⁵ n'est pas significativement différente de celle d'Eckler. Selon Morneau Shepell, la différence provient de leur hypothèse à l'effet que « toute perte de services domestiques future sera versée au nombre maximal de 22 heures par semaine » entraînant une augmentation de 10% au lieu de l'augmentation utilisée par Eckler de 8,9%.²⁰⁶

182. En réponse aux questions de l'interrogatoire écrit concernant leur hypothèse et son corollaire implicitement allégué à l'effet que les membres du groupe qui ont indiqué une perte entre 20 et 22 heures par semaine, modifieraient leur perte ainsi déclarée comme étant au moins de 22 heures dans le futur, Morneau Shepell a reconnu qu'elle n'était supportée par aucune donnée ou information directe et a confirmé que l'expression « toute » utilisée dans la formulation de leur hypothèse incluait les réclamants qui indiquaient jusqu'à présent moins de 22 heures de perte subie.²⁰⁷ Le processus administratif actuellement en place à l'égard de ces réclamations limitera l'impact de l'hypothèse énoncée par Morneau Shepell à ce sujet.²⁰⁸

183. Selon les informations fournies par l'administrateur à la date du 16 octobre 2015, il y a environ 1 462 réclamants qui reçoivent ou recevaient cette indemnité pour perte de services domestiques et qui pourraient bénéficier de cette recommandation maintenant ou dans le futur si leur maladie progresse, en plus des réclamants dont la réclamation est actuellement en traitement et des réclamants futurs qui pourraient également devenir éligibles.²⁰⁹

La recommandation concernant l'indemnisation des frais engagés pour des soins

184. Cette recommandation vise le remboursement des frais engagés pour les soins au niveau 6 de la maladie. Les frais engagés pour les soins remboursables ne sont que ceux qui ne sont pas couverts par un régime d'assurance-santé public ou privé ou inclus dans l'indemnisation pour perte de services domestiques.²¹⁰

185. Lorsque le Comité conjoint a analysé avec l'administrateur les montants réclamés et versés à ce titre, il a appris que pour environ 10% à 15% des réclamants éligibles, le montant maximal actuellement payable de 50 000 \$ ne permettait pas de couvrir le total des dépenses engagées par ceux-ci pour des soins.²¹¹ Lors des consultations, le Comité conjoint a également entendu des membres du groupe et membre de la famille décrire cette réalité et expliquer que dans certains cas, le déboursement de frais pour des soins était également requis à des niveaux inférieurs au niveau 6.²¹²

186. Le Comité conjoint a envisagé recommander que cette indemnisation soit également disponible pour les réclamants aux niveaux de maladie inférieurs et que le montant d'indemnité maximale payable annuellement soit augmenté. Eckler a reçu instructions d'évaluer les deux scénarios.²¹³ Toutefois, étant donné les fonds limités disponibles et les lacunes existant à

²⁰⁵ Affidavit Gorham #5, DC, vol. 6, onglet 26, exhibit A, par. 171, p. 2350.

²⁰⁶ Affidavit Gorham #5, DC, vol. 6, onglet 26, exhibit A, par. 170b, p. 2350.

²⁰⁷ Affidavit #6 de Peter Gorham, souscrit le 19 avril 2016 [**Affidavit Gorham #6**], DC, vol. 11, onglet 29, exhibit A, par. 25, p. 4026.

²⁰⁸ Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 110, pp. 382-383.

²⁰⁹ Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 113, pp. 383-384.

²¹⁰ Régime des transfuses, DC, vol. 21, onglet 49A, art. 4.04, p. 7367; régime des hémophiles, DC, vol. 21, onglet 49B, art. 4.04, pp. 7413-7414.

²¹¹ Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 115, p. 384.

²¹² Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 115, p. 384.

²¹³ Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 110, p. 384; affidavit Border #5, DC, vol. 2, onglet 13, exhibit A, par. 63-65, p. 480, par. 160-163, p. 505.

l'égard d'autres indemnités devant être corrigées, la recommandation du Comité conjoint à ce stade-ci est de hausser le montant maximum payable pour rembourser les frais engagés pour des soins pour les réclamants du niveau 6 à 60 000\$ (en dollars 1999), payable de façon rétroactive et prospective.²¹⁴

187. L'évaluation de cette recommandation par Eckler est d'environ 627 000\$ pour un total de 629 000\$ incluant 2 000\$ de frais d'administration.²¹⁵

188. L'information additionnelle fournie par Morneau Shepell dans leur rapport concernant cette recommandation confirme le fait que pour certains réclamants, la compensation reçue ne couvre pas le montant total engagé annuellement pour des frais qui ne sont pas remboursables en vertu d'un régime de santé public ou privé.²¹⁶

189. Leur évaluation de la recommandation proposée est de 2 684 000\$ à l'exclusion des frais d'administration en comparaison avec l'évaluation d'Eckler s'établissant à 627 000\$.²¹⁷

190. L'importante différence entre ces évaluations résulte entièrement de l'hypothèse avancée par Morneau Shepell à l'effet que « tous les réclamants dont les frais dépassaient 47 000\$ au cours d'une année augmenteront leur dépenses pour soins futurs jusqu'au montant maximum. »²¹⁸ L'hypothèse sous-jacente de Morneau Shepell est à l'effet qu'« il est probable que les membres du groupe qui requièrent d'importants soins mais qui ne peuvent se les payer, augmenteront leur niveau de soins et engageront des frais jusqu'au nouveau maximum établi pour leur remboursement ». ²¹⁹ En réponse à l'une des questions de l'interrogatoire écrit portant sur cette hypothèse, Morneau Shepell a indiqué n'avoir aucune donnée ou information directe permettant de soutenir celle-ci.²²⁰

191. Discutant de l'écart important entre les deux évaluations actuarielles, Eckler confirme qu'il résulte uniquement de l'hypothèse avancée par Morneau Shepell à l'égard des réclamations futures par rapport à l'augmentation de 1% calculée par Eckler pour les réclamations futures établies sur la base des réclamations reçues qui excèdent la limite actuelle.²²¹ Eckler est d'avis que l'hypothèse avancée par Morneau Shepell n'est pas raisonnablement supportée par les données aux fins actuarielles.²²²

192. Selon l'administrateur, à la date du 16 octobre 2015, il y avait environ 9 réclamations pour des frais engagés pour des soins reçus dans les dernières années qui excédaient le montant admissible au remboursement et qui pourraient bénéficier de cette recommandation ainsi que d'autres réclamants dont la réclamation est en cours de traitement et les réclamants qui pourraient devenir éligibles dans le futur.²²³

²¹⁴ Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 115, p. 384.

²¹⁵ Affidavit Border #5, exhibit A, DC, vol. 2, onglet 13, par. 65 et tableau, p. 468.

²¹⁶ Affidavit Gorham #5, DC, vol. 6, onglet 26, exhibit A, par. 174-176, p. 2351; affidavit Gorham #6, DC, vol. 11, onglet 29, exhibit A, par. 27, p. 4027.

²¹⁷ Affidavit Gorham #5, DC, vol. 6, onglet 26, exhibit A, par. 179, p. 2352.

²¹⁸ Affidavit Gorham #5, DC, vol. 6, onglet 26, exhibit A, par. 178.b, p. 2352.

²¹⁹ Affidavit Gorham #5, DC, vol. 6, onglet 26, exhibit A, par. 177, p. 2351.

²²⁰ Affidavit Gorham #5, DC, vol. 6, onglet 26, exhibit A, par. 93, p. 2326, par. 176, p. 2351; affidavit Gorham #6, DC, vol. 11, onglet 29, exhibit A, par. 26, p. 4027.

²²¹ Affidavit Border #6, DC, vol. 5, onglet 19, exhibit A, par. 43-46, pp. 2005-2006.

²²² Affidavit Border #6, DC, vol. 5, onglet 19, exhibit A, par. 47, p. 2006.

²²³ Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 118, p. 384.

La recommandation concernant les frais remboursables

193. Cette recommandation vise le remboursement de frais/dépenses engagés par les membres de la famille qui ne sont pas indemnisés en vertu des Régimes.

194. Le Comité conjoint a analysé différentes communications faites par les membres du groupe et les membres de la famille concernant les différentes circonstances où l'indemnisation des frais remboursables était inadéquate. L'un des éléments fréquemment mentionné visait le temps, les jours de maladie/jours de congés et/ou les revenus qui étaient perdus par les membres de la famille lorsqu'ils accompagnaient les membres du groupe à leurs rendez-vous médicaux.²²⁴

195. Le Comité conjoint recommande à ce stade-ci que l'indemnisation des frais remboursables inclut un montant de 200\$ (dollars 2014) par visite payable de façon prospective uniquement lorsqu'un membre de la famille accompagne un membre du groupe à ses rendez-vous médicaux découlant de son infection au VHC.²²⁵

196. Eckler évalue cette recommandation à environ 1 957 000\$²²⁶ et elle n'entraînera aucun frais administratif additionnel.²²⁷

197. L'évaluation faite par Morneau Shepell de cette même recommandation s'élève à 8 370 000\$.²²⁸

198. Dans leur évaluation, Morneau Shepell assume que le nombre de visites accompagnées augmentera de façon significative et que le nombre de visites pour lesquelles une réclamation sera transmise augmentera également²²⁹ sur la base de leur interprétation personnelle des données disponibles.²³⁰

199. En réponse à l'interrogatoire écrit leur ayant été transmis, Morneau Shepell confirme n'être en possession d'aucune information directe ou autres données spécifiques permettant de supporter leur hypothèse relative à une telle augmentation – les seules données disponibles étant celles ayant été transmises aux deux experts actuels.²³¹ Également, Morneau Shepell reconnaît qu'une telle augmentation du nombre de visites accompagnées inclurait les circonstances où les membres de la famille qui n'avaient pas les moyens d'accompagner leurs proches membres du groupe pourraient maintenant le faire.²³² M. Gorham (Morneau Shepell) a également admis, en réponse à l'interrogatoire écrit, que le nombre augmenté de visites utilisées dans son évaluation n'était supporté par aucune donnée additionnelle spécifique.²³³

200. Eckler a analysé les hypothèses avancées par Morneau Shepell. Ils avancent au moins une explication différente et raisonnable à l'égard des données et sont d'avis que la croyance de Morneau Shepell que « plusieurs membres du groupe ne se donnent pas la peine

²²⁴ Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 120, p. 385.

²²⁵ Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 121, p. 385.

²²⁶ Affidavit Border #5, DC, vol. 2, onglet 13, exhibit A, par. 66-69., p. 481.

²²⁷ Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 122, exhibit E, p. 433

²²⁸ Affidavit Gorham #5, DC, vol. 6, onglet 26, exhibit A, par. 190, p. 2355.

²²⁹ Affidavit Gorham #5, DC, vol. 6, onglet 26, exhibit A, par. 189.b(i),(ii),(iii), pp. 2354-2355.

²³⁰ Affidavit Gorham #5, DC, vol. 6, onglet 26, exhibit A, par. 186-187, pp. 2353-3254.

²³¹ Affidavit Gorham #6, DC, vol. 11, onglet 29, exhibit A, par. 30.b, p. 4028.

²³² Affidavit Gorham #6, DC, vol. 11, onglet 29, exhibit A, par. 29, p. 4028.

²³³ Affidavit Gorham #6, DC, vol. 11, onglet 29, exhibit A, par. 29, p. 4028.

actuellement de réclamer étant donné que leurs frais engagés sont trop faibles pour justifier cet effort » relève de la spéculation.²³⁴ Également, concernant la possibilité d'une augmentation au niveau du nombre de réclamations, Eckler est d'avis que, bien qu'étant probable, cette hypothèse n'est pas raisonnablement appuyée par les données pour être utilisées dans l'analyse actuarielle.²³⁵

201. Selon l'administrateur, à la date du 16 octobre 2015, il y avait environ 3 022 réclamants pouvant bénéficier de cette recommandation, en plus des réclamations en cours de traitement et/ou des réclamants futurs pouvant devenir éligibles.²³⁶

La recommandation concernant les frais funéraires

202. Cette recommandation concerne les frais funéraires non-assurés remboursables en vertu des Régimes jusqu'à un montant maximum de 5 000\$.²³⁷

203. Les données recueillies par l'administrateur démontrent que pour 395 des 823 réclamations reçues pour le remboursement des frais funéraires non-assurés, le montant maximum payable actuellement de 5 000\$ était inadéquat pour rembourser les frais réellement engagés.²³⁸

204. Le Comité conjoint a envisagé d'augmenter ce montant et de recommander que la déduction faite à l'égard des prestations de décès reçues par les réclamants soit abolie.²³⁹ Toutefois, étant donné les fonds limités disponibles ainsi que les lacunes à l'égard des autres indemnités devant être corrigées et après avoir pris connaissance de l'évaluation et de l'impact de chacun de ces scénarios afin de déterminer lequel permettrait le mieux de favoriser le plus grand nombre de successions, le Comité conjoint recommande d'augmenter le plafond actuel de 5 000\$ et d'ajuster les indemnités de façon rétroactive et prospective.²⁴⁰

205. L'évaluation de cette recommandation par Eckler à l'exclusion des frais d'administration est de 2 050 000\$.²⁴¹

206. L'information additionnelle fournie par Morneau Shepell concernant la norme au Canada pour les frais funéraires et payable en vertu d'autres régimes de compensation confirme que le plafond maximum actuel de 5 000\$ est inadéquat et que l'augmentation recommandée est appropriée.²⁴²

207. Il n'existe pas de différence significative à l'égard de cette recommandation quant à son évaluation puisque Morneau Shepell évalue cette recommandation à 2 025 000\$.²⁴³

²³⁴ Affidavit Border #6, DC, vol. 5, onglet 19, exhibit A, par. 52, p. 2006.

²³⁵ Affidavit Border #6, DC, vol. 5, onglet 19, exhibit A, par. 54, p. 2007.

²³⁶ Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 123, p. 385.

²³⁷ Régime des transfusés, DC, vol. 21, onglet 49A, art. 5.01(1), p. 7369; art. 5.02(1), pp. 7369-7370; régime des hémophiles, DC, vol. 21, onglet 49B, art. 5.01(1), p. 7416, art. 5.02(1), p. 7417.

²³⁸ Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 125 p. 386.

²³⁹ Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 126, p. 386.

²⁴⁰ Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 126, p. 386.

²⁴¹ Affidavit Border #5, DC, vol. 2, onglet 13, exhibit A, par. 70-74, p. 468.

²⁴² Affidavit Gorham #5, DC, vol. 6, onglet 26, exhibit A, par. 194-197, p. 2356.

²⁴³ Affidavit Gorham #5, DC, vol. 6, onglet 26, exhibit A, par. 201, p. 2357.

PARTIE III – LES QUESTIONS EN LITIGE ET LE DROIT

208. Les requêtes du comité conjoint ainsi que du Canada pour l'attribution des actifs ne faisant pas l'objet d'une attribution actuarielle à l'issue de la réévaluation des aspects financiers du fonds à la date du 31 décembre 2013, soulèvent les questions suivantes :

- a) Quelle est le montant du capital excédentaire disponible à attribuer?
- b) Les Tribunaux peuvent-ils attribuer les actifs comme le recommande le comité conjoint?
- c) De quelle façon « le libre exercice de leur pouvoir discrétionnaire » doit-il être appliqué afin d'attribuer le capital excédentaire?

209. Pour les raisons ci-après exprimées, le comité conjoint soumet que les réponses à ces questions sont les suivantes :

- a) Le capital excédentaire est de 206 920 000,00\$ et considérant que ce sont les membres du groupe et les membres de la famille qui assument le risque d'une insuffisance financière future, il est approprié d'utiliser les estimations les plus conservatrices pour cette attribution.
- b) Oui les Tribunaux ont un pouvoir discrétionnaire à être exercé librement à l'égard des présentes requêtes, sous réserve uniquement d'être exercé de façon raisonnable eu égard aux circonstances et de respecter l'égalité géographique. Les recommandations du comité conjoint satisfont à ces exigences.
- c) Le pouvoir discrétionnaire des Tribunaux devrait être exercé afin que soit attribué l'entièreté du capital excédentaire en faveur des membres du groupe et des membres de la famille, le tout tel que le recommande le comité conjoint.

A. Le capital excédentaire est de 206 920 000,00\$ et aucun montant supplémentaire ne devrait être attribué

210. Tel que mentionné aux paragraphes 84 à 93, à la suite des décisions rendues par les Tribunaux sur la suffisance du Fonds à la date du 31 décembre 2013, le comité conjoint a découvert ce qu'il considère être un fait important quant aux membres du groupe de niveau 3 qui y sont admis parce qu'ils remplissent les conditions d'un protocole de médication indemnisable au titre du VHC approuvé par les tribunaux. La classification de niveau 3 donne droit à un paiement forfaitaire (30 000,00\$).

211. Selon Eckler, les obligations financières associées à ce reclassement ont pour effet de réduire à 206 920 000,00\$ le capital excédentaire disponible.

212. Bien que le Canada conteste le caractère approprié de ce reclassement, l'évaluation par ses actuaires des obligations financières qui s'y rattachent ne diffèrent pas de manière importante de celle de Eckler. Pourtant, Morneau Shepell estime qu'il n'y a pas matière à redressement.

213. Considérant que les membres du groupe seront les seuls à supporter les risques d'une distribution effectuée à partir d'un capital excédentaire surévalué, le comité conjoint soumet que l'approche conservatrice qu'il préconise, qui fut déclarée appropriée par les Tribunaux lors de l'approbation du règlement, dicte que toute attribution par les Tribunaux soit limitée à la somme de 206 920 000,00\$.

B. Les Tribunaux ont le pouvoir d'attribuer les actifs tel que le recommande le Comité conjoint

214. Tel que relaté ci-devant, les Tribunaux de l'Ontario et de la Colombie-Britannique n'étaient pas prêts à approuver l'entente « telle quelle ». Reconnaisant qu'en vertu des Régimes, l'indemnisation prévue pour les membres des recours collectifs et les membres de la famille n'était pas optimale et que les membres du groupe ainsi que les membres de la famille devaient assumer les risques d'une insuffisance financière, ils ont requis que l'entente soit amendée pour permettre la participation des membres des recours et des membres de la famille à la distribution de tout surplus qui pourrait survenir préalablement à l'expiration de la convention de règlement. Un amendement explicite fut requis et rendu nécessaire à cause des éléments suivants : 1) l'article 12.03(3) qui prévoit que tout élément d'actifs restant sera transféré aux gouvernements FPT à l'expiration de la convention de règlement; 2) l'article 10.01(1)i) qui permet de modifier les modalités des Régimes uniquement « par suite d'une insuffisance de ressources financières ou d'une insuffisance prévue de ressources financières»; et 3) l'article 12.02 qui empêche toute modification ou ajout à la convention de règlement sans l'accord des gouvernements FPT, du comité conjoint et d'une approbation des Tribunaux, à moins que le règlement ne le prévoie explicitement. C'est à l'intérieur de ce cadre factuel que les parties ont négocié ces amendements qui furent incorporés dans des projets d'ordonnances sur consentement qui spécifient que la Convention de Règlement a été adoptée « sujet aux modifications suivantes ». Au Québec, l'Annexe F contenant les mêmes amendements fut ajoutée à la Convention de Règlement.

215. Il est bien établi en droit que les conventions de règlement et les ordonnances sur consentement doivent être traitées comme des contrats.²⁴⁴ En conséquence, elles doivent être interprétées selon le langage utilisé par les parties, comme formant un tout eu égard au cadre factuel.²⁴⁵ Tel qu'indiqué par la Cour suprême, « *La question prédominante consiste à discerner « l'intention des parties et la portée de l'entente ».*²⁴⁶ La Cour doit rejeter une interprétation qui rendrait sans effet des termes clairs.²⁴⁷

216. Le libre exercice du pouvoir discrétionnaire, conféré aux Tribunaux par les Dispositions d'allocation est assujéti uniquement à deux restrictions : elle doit être raisonnable dans les circonstances et il ne doit y avoir aucune discrimination fondée sur l'endroit où le membre du recours a reçu le sang infecté ou le lieu où il réside.

²⁴⁴ *Neinstein v. Marrero*, [2007] I.J. no. 1595, part. 12 (S.C.J.) [**Neinstein (ONSC)**]; *Monarch Construction Ltd v. Buildevco Ltd*, [1998] O.J. no. 332 (C.A.); *McCowan v. McCowan* [1995] O.J. No. 2245, par. 18-19 (C.A.); *Ruffudeen-Coutts v. Coutts*, [2012] O.J. No. 400 (C.A.), par. 62-63; *Rick c. Brandsema*, [2009] 1 S.C.R. 295, at par. 64; *Shackleton v. Shackleton*, [1999] B.C.J. No. 2653, par. 12 (C.A.); *Markus c. Reebok Canada Inc.*, 2012 QCCS 3562, par. 21.

²⁴⁵ *Neinstein (ONSC)*, *ibid*, par. 12; *Sattva Capital Corp. v. Creston Moly Corp.*, 2014 SCC 53, par. 47 et 57 [**Sattva**]; art. 1425-1426 *Code civil du Québec*; *Courchesne v. Noranda inc.*, 2006 QCCS 4010, par. 48-55; *Association d'aide aux victimes des prothèses de la hanche c. Centerpulse orthopedics inc.*, 2005 CanLII 37469 (QC CS), par. 21-30;

²⁴⁶ *Sattva*, *ibid*, par. 47.

²⁴⁷ Geoff R. Hall, *Canadian Contractual Interpretation Law*, 3^e édit. (Markham : LexisNexis Canada, 2016), p. 16, art. 1428 *Code civil du Québec*.

217. Le fait que les parties avaient l'intention de conférer aux Tribunaux le libre exercice de leur pouvoir discrétionnaire au niveau des Dispositions d'allocation et de ne l'assujettir uniquement à ces deux restrictions est mis en évidence dans les termes qui y sont employés. Il y est en effet explicitement prévu que, dans le cadre du libre exercice de leur pouvoir discrétionnaire, les Tribunaux « peuvent prendre en considération, mais sans être liés par aucun d'entre eux, » les nombreux facteurs qui y sont énumérés.

218. Le Canada plaide que la juridiction des Tribunaux est limitée à la mise en œuvre des termes de la Convention de Règlement et que tout changement qui aurait pour effet de réduire le reliquat que les défendeurs pourraient réclamer suite à la l'expiration de la Convention de Règlement constitue un « changement important » (« material change ») qui peut seulement être apporté que du consentement de toutes les parties par la formulation d'un amendement.²⁴⁸

219. L'argument du Canada doit être rejeté, car il rend inopérants les termes des Dispositions d'allocation qui accordent aux Tribunaux le libre exercice de leur pouvoir discrétionnaire. Il a également pour effet d'annuler les sous-paragraphes (i) et (ii) des Dispositions d'allocation (p.1 à l'annexe F pour le Québec). En effet, puisque la convention de règlement limite de manière stricte la compensation à laquelle les membres du groupe et les membres de la famille ont droit en vertu des Régimes, toute distribution d'actifs excédentaires au bénéfice des membres du groupe et/ou des membres de la famille serait effectuée au détriment des gouvernements FPT, puisqu'elle aurait pour effet de réduire le reliquat que les gouvernements FPT pourraient réclamer à la date de fin de la Convention de règlement. En fait, si la compétence des Tribunaux était limitée à la stricte mise en œuvre des éléments prévus à la Convention de Règlement, ils ne pourraient jamais accorder de bénéfices aux membres du groupe et aux membres de la famille au-delà de ce qui est déjà prévu au Régime, annihilant ainsi une partie des Dispositions d'allocation.

220. Bien que toutes les recommandations du comité conjoint militent en faveur d'une distribution aux membres du groupe et aux membres de la famille, que celles-ci ont nécessairement pour effet de réduire le reliquat au détriment du Canada et qu'elles correspondraient à un « changement important » (« material variation ») inadmissible selon la définition du Canada, le Canada ne s'oppose pas à toutes les recommandations du comité conjoint.²⁴⁹ Par exemple, le fait de remplacer chacun des paiements établis en faveur des membres du groupe et des membres de leur famille aux articles 4.01(1), 5.01(1) et 50.1(2) du Régime des transfusés ainsi qu'aux articles 4.01(1), 4.08(2), 5.01(1) et 5.01(4) du Régime des hémophiles par d'autres montants afin d'augmenter ces bénéfices depuis la mise en place du Règlement ne constituerait pas un amendement ou un changement important inadmissible bien que cela aurait pour effet de réduire ultimement le reliquat de 51.4 millions de dollars. Cependant, l'augmentation des bénéfices en abolissant les déductions des prestations collatérales qui sont effectuées dans le calcul de la perte de revenu, opération qui aurait pour effet de réduire ultimement le reliquat d'une somme de 27.7 millions de dollars, constituerait semble-t-il un amendement significatif, tout comme l'assouplissement des conséquences fatales de la Date limite de la Première Réclamation de l'article 3.08 des Régimes, qui aurait pour effet de réduire ultimement le reliquat de 32.5 millions de dollars²⁵⁰ et la possibilité de

²⁴⁸ L'avis de requête du Canada et Réponse à l'avis de requête du Comité conjoint datée du 29 janvier 2016 [**Requête du Canada**], DC, vol. 1, onglet 6, par. 32-35, p. 167.

²⁴⁹ Réponse à la requête du Canada, DC, vol. 1, onglet 6, par. 38, p. 168.

²⁵⁰ Alors qu'une requête aux termes des Dispositions d'allocation n'était pas présentable devant lui, concernant le requête des procureurs des membres du groupe de Colombie-Britannique, le juge en chef Hinkson a estimé, en obiter, qu'il ne serait pas approprié d'exercer la discrétion du Tribunal mentionnée dans les Dispositions d'allocation pour prolonger la Date limite pour la première réclamation, puisque cela résulterait en une modification fondamentale

verser de nouveaux bénéfiques à ceux déjà prévus aux Régimes, telle une compensation pour la perte ou diminution de pension de retraite.

221. Il est implicite de la position du Canada que (1) certains éléments des Régimes sont plus fondamentaux et inviolables que d'autres et que les Tribunaux n'ont pas juridiction pour les modifier et que (2) les Tribunaux n'ont pas juridiction pour accorder de nouveaux bénéfiques en plus de ceux prévus par le Régime, ce qui équivaldrait à des amendements selon l'interprétation du Canada.

222. Or, tel n'est pas ce qui est prévu par les Dispositions d'allocation. Les Dispositions d'allocation accordent le libre exercice du pouvoir discrétionnaire des Tribunaux afin qu'ils puissent allouer les actifs qui ne font pas l'objet d'une attribution actuarielle, de façon raisonnable à l'égard des circonstances et en respectant le principe de l'égalité géographique. En fait, il n'y a pas de restriction à ce que les Tribunaux peuvent décider d'allouer à titre de bénéfiques aux membres du groupe et/ou aux membres de la famille à partir des actifs qui ne font pas l'objet d'une attribution actuarielle. Les Tribunaux ont le pouvoir afin d'effectuer toute et chacune des allocations recommandées par le comité conjoint, et ce, afin d'en faire bénéficier les membres des recours et les membres de la famille, que ce soit d'augmenter directement l'indemnisation prévue (en modifiant le montant prévu) ou indirectement (en éliminant certaines déductions dans le calcul de la perte de revenu) ou en créant une indemnisation non prévue ou autrement. Cette interprétation a pour effet de donner à l'expression « libre exercice de leur pouvoir discrétionnaire » son sens grammatical et en langage commun. L'interprétation du Canada a pour effet de restreindre indûment le libre exercice du pouvoir et doit être rejetée.

223. Pour les raisons ci-après exposées, les tribunaux devraient exercer le libre exercice de leur pouvoir afin d'accorder aux membres du groupe et aux membres de leur famille les bénéfiques proposés par le comité conjoint.

C. Les facteurs optionnels à considérer favorisent l'attribution du capital excédentaire aux membres du groupe et aux membres de la famille

224. Les facteurs optionnels à considérer sont une liste d'éléments qui peuvent être considérés par les Tribunaux afin de décider si et comment devraient être alloués les actifs ne faisant pas l'objet d'une attribution actuarielle.²⁵¹ Tel qu'indiqué ci-dessous, chacun de ces facteurs favorise la distribution de capital excédentaire aux membres du groupe et aux membres de la famille.

du règlement au détriment des gouvernements FPT. *Endean v. Canadian Red Cross Society*, 2014 BCSC, no. 611, par. 27, DC, vol. 23, onglet 79.

À l'opposé, le juge Perell dans *Parsons v. The Canadian Red Cross Society*, 2013 ONSC 7788, part. 93, DC, vol. 23, onglet 78, a reconnu expressément la juridiction des Tribunaux pour prolonger la Date limite pour la première réclamation en vertu du large pouvoir discrétionnaire (« unfettered discretion ») conféré aux termes des Dispositions d'allocation. Le juge en chef Rolland dans *Honhon v. The Attorney General of Canada*, 2014 WCCS 2032, par. 18-19, 28, 30-31, DC, vol. 23, onglet 79 (traduction non-officielle au cahier des autorités du Comité conjoint) a semblé aussi reconnaître la juridiction des Tribunaux de permettre de traiter éventuellement les réclamations tardives, mais a conclu qu'il était prématuré de le demander tant que l'existence d'actifs ne faisant pas l'objet d'une attribution actuarielle n'a pas été établie et que les parties n'auront pas été convoquées pour être entendu quant à la disposition de ces actifs, comme c'est le cas aujourd'hui.

²⁵¹ Ordonnance d'Approbation en Ontario, DC, vol. 22, onglet 52, par. 9(c), pp. 7649-7650; Ordonnance d'Approbation de la Colombie-Britannique, DC, vol. 22, onglet 54, par. 5(c), p. 7698-7699, Annexe F du Québec, DC, vol. 22, par. 2, pp. 7755-7756.

225. Plusieurs de ces facteurs exigent que l'on prenne en considération les risques que les membres du groupe et les membres de la famille doivent assumer. Ces risques incluent plusieurs éventualités qui peuvent grandement varier au fil du temps tels que les retours sur investissement et l'inflation et à des variables inconnues comme la taille de la cohorte des membres, la progression de la maladie, la survenance possible de réclamations pour perte de revenu ou perte de services domestiques pour des montants extraordinaires et le fait que les prestations prévues aux Régimes furent restreintes pour assurer la suffisance du fonds et qu'elles n'ont jamais été garanties.

226. En plus des facteurs spécifiquement énumérés aux Dispositions d'allocation, l'expérience des membres du groupe et des membres de la famille qui vivent avec le VHC ainsi que leur réalité par rapport à la compensation prévue aux Régimes sont pertinentes à l'égard du libre exercice de la discrétion des Tribunaux, constituent d'autres éléments qui pouvant être considérés et militent en faveur d'une allocation favorisant les membres des recours et les membres de la famille telle que recommandée par le comité conjoint.

i. Le nombre de membres des recours et de membres de la famille

227. Au moment du Règlement, la taille de la cohorte (ainsi que la distribution de la maladie et sa progression) constituait un enjeu de taille dont l'évaluation avec justesse présentait des limitations majeures étant donné les informations disponibles et l'état des connaissances médicales.²⁵²

228. Bien qu'à ce jour, il y ait eu moins de réclamations que ce qui était prévu selon les estimés conservateurs (nombre le plus élevé) de la taille du groupe au moment de l'acceptation du Règlement, les risques associés à cette estimation très incertaine ont été assumés et continuent d'être assumés par les membres du groupe et les membres de leurs familles.

229. Les actuaires du Canada, Morneau Shepell, dans une de leurs conclusions indiquent que les projections effectuées au moment du Règlement étaient exagérées créant ainsi de toute pièce la possibilité d'un surplus. Cette conclusion a pour effet d'ignorer l'existence d'une véritable carence au niveau de l'information disponible au moment du règlement et ne peut être servir à diminuer l'importance du risque d'insuffisance financière tel qu'il se présentait à l'époque, risque qui avait été accepté par les membres des recours et les membres de la famille. Le traitement actuariel de cet enjeu était conservateur, nécessaire et de mise,²⁵³ et non une exagération (voulue ou non) afin de créer un surplus 16 ans plus tard.

230. Tel qu'indiqué par l'Honorable Smith dans sa décision d'approbation du Règlement,²⁵⁴ l'approche conservatrice ou l'estimation exagérer du nombre de membres du groupe est un couteau à deux tranchants. D'un côté il s'agissait d'une mesure appropriée afin d'assurer la protection et le paiement des bénéficiaires aux membres du groupe et aux membres de la famille. De l'autre, l'approche conservatrice dans le calcul du nombre de membres a servi à réduire le montant de la compensation versée à chacun, puisque les montants d'indemnisation à être versés à chacun devaient provenir des fonds disponibles selon le Règlement. Ce risque était connu dès le départ et a contribué à une accumulation de capital excédentaire, un fait que les Tribunaux peuvent reconnaître par l'octroi d'une distribution en faveur des membres du groupe et des membres de la famille.

²⁵² *Parsons*, DC, vol. 22, onglet 51, par. 108-111, pp. 7629-7630

²⁵³ *Parsons*, DC, vol. 22, onglet 51, par. 108-113, pp. 7629-7630

²⁵⁴ *Endean*, DC, vol. 22, onglet 23, par. 21-22, pp. 7879-7680.

231. Ce risque demeure présent considérant que certaines catégories de membres du groupe ne se sont pas fait connaître et pourraient toujours le faire en vertu des exceptions prévues à la Convention de Règlement (indépendamment de la recommandation concernant les réclamations tardives). La preuve médicale discutée, telle que plus amplement décrite ci-devant, tend à démontrer qu'un large groupe n'a toujours pas encore été diagnostiqué. Afin de gérer ce risque, les prévisions actuarielles doivent s'assurer de maintenir des sommes suffisantes dans le fonds afin de pourvoir aux membres futurs et de créer un fonds de sécurité. Considérant qu'il existe toujours une limite sur les fonds disponibles, les membres du groupe et les membres de la famille continuent de faire les frais de ces mesures conservatrices : moins de fonds disponibles puisque certains doivent être conservés en vue des réclamants futurs.

232. La date limite de la première réclamation constituait un risque pour les membres dont les réclamations sont visées par les recours collectifs et qui ne se sont pas exclus parce qu'ils ne connaissaient pas l'existence d'une Convention de Règlement avant l'arrivée de cette date limite ou qui ont été empêché de transmettre leur réclamation à cause de circonstances hors de leur contrôle. Les réclamations tardives quant à elles ne posent pas de problème à l'égard des membres des recours qui ont déjà réclamé puisque le Fonds est suffisant pour les absorber.²⁵⁵

233. Le fait que les différents risques associés à cet enjeu de la taille de la cohorte ne se soient pas traduits par un nombre de membres aussi élevé que prévu ne doit pas nous distraire du fait qu'ils aient réellement existé, se soient partiellement réalisés et que le Canada ne voulait pas les assumer.

ii. L'expérience du Fonds en fiducie

234. Lors de l'approbation du Règlement, selon les prévisions actuarielles, le Fonds devait présenter un déficit de 58 533 000,00\$ une fois que tous les paiements prévus aux Régimes auraient été effectués et que les retenues aient également été versées. Avec l'application des retenues, la fiducie devait présenter une balance positive au montant de 34 173 000,00 \$.

235. À l'époque ces marges, associées au risque tel que décrit, semblaient oppressives et accablantes. Cependant l'acceptation de ce risque et la maximisation des indemnités versées aux membres du groupe et aux membres de leurs familles, selon l'enveloppe d'indemnités disponibles avec les marges en place pour gérer le risque, était la seule voie afin qu'une compensation importante puisse commencer à être versée aux membres du groupe et aux membres de la famille.

236. Au cours des 5 réévaluations des aspects financiers depuis l'approbation du Règlement, la réalisation du risque a été « tous azimuts ». Bien que de façon générale, le risque ait été géré de façon à ce que la suffisance financière du fonds s'améliore graduellement, les variations en gain et en perte des éléments qui posaient un sérieux risque ont fluctué énormément. Le tableau au paragraphe 251 démontre cet état de fait.

²⁵⁵ Le rapport actuariel d'Eckler du 31 décembre 2013 traite des réclamations tardives comme une analyse de sensibilité évaluée à 29 millions de dollars qui auraient pu être absorbées dans les dettes (et les auraient augmentées) mais, selon les instructions obtenues, ne les a pas traitées comme des dettes. Elles sont incluses dans le calcul des avantages d'allocation demandés par le Comité conjoint comme une évaluation révisée de 32,4 millions de dollars : Affidavit Border #4, DC, vol. 19, onglet 45, exhibit A, par. 253, p. 6796; Affidavit Border #5, DC, vol. 2, onglet 13, exhibit A, par. 34-35, p. 471.

iii. Le fait que l'indemnisation prévue selon les Régimes ne correspond pas à l'indemnisation habituellement octroyée en vertu du régime de droit commun

237. Les recommandations du Comité conjoint reflètent les préoccupations exprimées par les Tribunaux lors de l'approbation du règlement. Bien que dans son ensemble, la Convention de règlement était juste et raisonnable, les montants qu'elle accorde et les conditions d'indemnisation qui y sont prévues n'étaient pas optimaux puisqu'ils étaient restreints par le montant global du règlement.²⁵⁶

238. Le principe fondamental en matière de compensation de préjudices corporels est que le demandeur doit recevoir pleine compensation, c'est-à-dire de le replacer dans la même position que si le dommage n'était pas survenu, pourvu que ce préjudice puisse être compensé de façon monétaire.²⁵⁷ Le principe de la restitution intégrale en droit civil est au même effet.

239. Le principe a pour but de compenser le demandeur en lui accordant une somme pour ses dommages pécuniaires afin de lui permettre de vivre au jour le jour de la même manière qu'il aurait vécu s'il n'avait pas subi de dommages.

240. Dans l'arrêt *Andrews*, la Cour avait établi un plafond de 100 000,00\$ (dollars de 1978), pour les dommages non pécuniaires, sous la prémisse que le demandeur avait obtenu pleine compensation pour les dommages pécuniaires.²⁵⁸

241. Cette prémisse a été développée afin de démontrer que bien que les chefs de réclamation doivent être analysés séparément, ils sont inter-reliés. En fait, les besoins futurs du demandeur doivent être compensés grâce au montant accordé pour les dommages pécuniaires, autrement le demandeur devra avoir recours à la compensation non pécuniaire pour combler les manques. Il est essentiel que les pertes pécuniaires soient pleinement compensées, autrement l'équilibre entre l'indemnité pour les soins futurs et les dommages non pécuniaires ne pourra être établi.²⁵⁹

242. Le déséquilibre que la Cour suprême voulait éviter est ici amplifié dans le cadre des Régimes, puisque l'indemnisation pour soins futurs, la perte de revenus et la compensation pour les dommages non pécuniaires qui y sont prévues sont bien en deçà des compensations accordées en droit commun ou en droit civil.

Somme forfaitaire pour dommage non pécuniaire

243. Les montants forfaitaires cumulatifs selon le Régime sont limités à 303 750,00\$ (dollars de 2014) pour le paiement des dommages non pécuniaires pour une personne dont la maladie a atteint le niveau 6 (tel qu'une cirrhose décompensée ou un cancer hépatocellulaire).²⁶⁰ En comparaison, le plafond des dommages non pécuniaires établi par la Cour suprême en 2014

²⁵⁶ *Parsons*, DC, vol. 22, onglet 51, par. 58, pp. 7617-7618, par. 82-83, pp. 7622-7624, par. 102-104, p. 7628, par. 108-112, pp. 7629-7630, par. 121-122, p. 7631; *Endean*, DC, vol. 22, onglet 23, par. 21-22, pp. 7879-7680.

²⁵⁷ *Andrews v. Grand & Toy Alberta Ltd.* [1978] 2 S.C.R. 229 [**Andrews**] pp. 240-242.

²⁵⁸ *Andrews*, supra, pp. 240-241, 261-262, 265; voir également *Arnold v. Teno*, [1978] 2 S.C.R. 287, pp. 329-330 et 333-334.

²⁵⁹ *Arnold v. Teno*, supra, pp. 329-330, 333-334; *Andrews*, pp. 240-241 et 261.

²⁶⁰ Le taux de conversion est 1,35 : Rapport sur la suffisance de Eckler, exhibit A, DC, vol. 19, onglet 45A, par. 293, p. 6820; Affidavit Peterson #13, DC, vol. 2 onglet 12, par. 19, pp. 354-355.

varie entre 350 712\$ et 358 689\$.²⁶¹ La recommandation du comité conjoint d'augmenter les sommes forfaitaires de 8,5%, indexées en 2014, représente 329 569\$.

244. Les représentations verbales des membres du groupe lors des séances de consultation et dans leurs lettres au sujet des effets de l'infection au VHC et/ou de la médication au titre du VHC démontre que la recommandation d'une faible augmentation des sommes forfaitaires par le comité conjoint est appropriée puisqu'elle est de 20 000\$ à 30 000\$ en deçà du plafond établi par la trilogie.

Coût des soins et perte de services domestiques

245. Les dommages pécuniaires, notamment le coût des soins, doivent couvrir les besoins de la personne lésée afin que sa santé physique et mentale soit maintenue ou améliorée. Cette préoccupation est primordiale lors de l'évaluation des dommages à octroyer à une personne lésée.²⁶²

246. Les Régimes limitent le remboursement des frais engagés pour des soins, aux membres qui atteignent le niveau 6 de la maladie, et ce, peu importe le moment auquel le besoin s'est fait sentir et il limite ces paiements à la somme de 50 000\$ par année (dollars de 1999).

247. L'indemnisation pour la perte de services domestiques dans les Régimes vise à indemniser pour la perte de contribution du membre du groupe aux tâches domestiques. En droit commun, une indemnité de ce type serait incluse dans l'indemnisation pour frais futurs car les tâches de la vie quotidienne doivent être assumées pour la victime, soit par un tiers engagé ou par les membres de famille. Les Régimes n'octroient les prestations pour perte de services domestiques que de façon alternative à l'indemnité pour perte de revenu. La perte de service remboursable est versée selon un taux horaire préétabli (12\$ en dollars 1999) et pour un nombre maximum d'heures par semaine (20). Ces limites constituent également des compromis par rapport aux règles d'indemnisation de droit commun et ont été instaurées uniquement à cause des préoccupations à l'égard de la suffisance du Fonds.

248. Comme l'a souligné la Cour Suprême du Canada dans la trilogie, étant donné les choix de politique générale de plafonner les dommages non pécuniaires, il est primordial que l'indemnisation pour les soins futurs soit complète. Les compromis qui ont été faits dans les Régimes afin d'assurer la suffisance financière ne sont pas fidèles à cet enseignement puisqu'en vertu des Régimes, la sous indemnisation des frais engagés pour les soins et le niveau peu élevé des sommes forfaitaires pour dommages non pécuniaires forment une indemnisation totale moindre que la limite supérieure prévue par la trilogie malgré le fait que le niveau 6 de la maladie est associé à des pathologies dévastatrices et totalement handicapantes telles que l'insuffisance du foie en phase terminale, le lymphome malin à cellules B, la cryoglobulinémie mixte symptomatique, la glomérulonéphrite exigent la dialyse et l'insuffisance rénale.

²⁶¹ McKellard, Non Pecuniary Damages Upper Limits, Online : McKellar Structured Settlements <http://www.mckellard.com/non-pecuniary-damages-upper-limits>.

²⁶² Andrews, supra, pp. 240-242 et 261.

Indemnisation des membres de la famille et les frais funéraires

249. En Ontario, des réclamations pour blessures injustifiées sont permises par les membres de la famille en vertu de la loi lorsqu'un membre de leur famille est blessé ou tué par la faute ou la négligence d'une autre personne lorsque la personne elle-même blessée est en droit de réclamer pour les dommages subis, ou aurait été en droit de le faire n'eut été de son décès.²⁶³

250. Dans les cas de décès injustifiés, la compensation est également prévue par la loi. Toutes les juridictions canadiennes permettent le recouvrement des pertes économiques incluant les frais funéraires et la perte de soutien financier aux personnes à charge du défunt. Les lois provinciales (au Québec, le *Code civil* et son application), prévoient une compensation suite au deuil, sauf celles de la Colombie-Britannique.²⁶⁴ Aucune législation territoriale n'octroie de tels dommages. En Colombie-Britannique, la législation est limitée aux pertes pécuniaires et interprétée comme incluant la perte de soins, conseils et compagnie aux enfants du défunt.²⁶⁵ Les personnes en faveur desquelles ces dommages sont payables varient selon les lois applicables. Dans certaines provinces, les montants sont prévus dans la loi. Dans les autres provinces, les dommages doivent être prouvés.²⁶⁶

251. Les régimes prévoient une compensation financière en faveur des conjoints, parents, enfants, frères et sœurs, grands-parents et petits-enfants seulement dans les cas où le décès du membre du groupe est dû à son infection au VHC. Les montants prévus sont indiqués au tableau ci-dessous. Une étude de la législation et de la jurisprudence de 2001 à 2012 démontre que la moyenne des indemnités accordées²⁶⁷ s'inscrit à l'intérieur des intervalles apparaissant à la dernière colonne du tableau ci-dessous.²⁶⁸

	Montant sous Régimes (dollars 1999)	Montant sous Régimes (dollars 2014)	Montant sous Régimes (dollars 2014)
Conjoints	25 000\$	33 750\$	36 210\$ à 75 000\$

²⁶³ Ontario: *Family Law Act*, RSO 1990 c. F-3 art. 61.

²⁶⁴ Également désigné sous le vocable de perte de consortium, *solatium doloris*, compensation pour dommages moraux (deuil et chagrin) et/ou la perte de soins, conseils, et compagnie. Alberta : *Fatal Accidents Act*, RSA 2000, c. F-8, art. 8; Saskatchewan: *The Fatal Accidents Act*, RSS 1978, c. F-11, art. 4.1; Manitoba: *The Fatal Accidents Act*, CCSM c. F50, art. 3.1; Ontario: *Family Law Act*, RSO 1990, c. F.3, art 61; Québec: *Code civil du Québec*, art. 1457 (qui remplace les art. 1053 et 1054.1 du CCBC); Nouveau-Brunswick: *Fatal Accidents Act*, SNB 2012, c 104, art. 10; Nouvelle-Écosse: *Fatal Injuries Act*, RSNS 1989, c.163, art. 5; Île du Prince Édouard: *Fatal Accidents Act*, RSPEI 1988, c. F-5, art. 6; Terre-Neuve: *Fatal Accidents Act*, RSNL 1990, c. F-6 art. 6.

²⁶⁵ *Balmer Estate c. Hrehirchuk* (1998), 63 B.C.L.R. (3d) 288, par. 17-33; *St-Lawrence & Ottawa Ry Co c. Lett* (1885) 11 S.C.R. 422, pp. 432-433.

²⁶⁶ *Augustus c. Gosset* [1996] 3 R.C.S. 268, par. 26-51; voir également art. 1607 et 1611 du *Code civil du Québec*; *Government of Alberta, Review of the Damage Amounts Under Section 8 of the Fatal Accidents Act*, mai 2012; https://www.justice.alberta.ca/programs_services/law/Documents/FAA-Discussion-Paper-May-2012.pdf, pp 5-6 et Appendix A.

²⁶⁷ Les compensations dans chaque juridiction sont exprimées avec une moyenne, ou un intervalle. Nous indiquons la moyenne pour chaque juridiction pour lequel un intervalle existe et non pas la limite inférieure et supérieure; ce qui donne un intervalle global de moyennes. Voir : *Government of Alberta, Review of the Damage Amounts Under Section 8 of the Fatal Accidents Act*, Mai 2012; https://www.justice.alberta.ca/programs_services/law/Documents/FAA-Discussion-Paper-May-2012.pdf, pp 7-8.

²⁶⁸ Régime des transfusés, DC, vol. 21, onglet 49A, art. 6.02, p. 7371, Régime des hémophiles, DC, vol. 21, onglet 49B, art. 6.02, pp. 7418-7419.

Enfant âgé de moins de 21 ans	15 000\$	20 250\$	26 000\$ à 45 000\$
Enfant âgé de plus de 21 ans	5 000\$	6 750\$	26 000\$ à 45 000\$
Parent	5 000\$	6 750\$	6 250\$ à 25 000\$
Enfant de mêmes parents	5 000\$	6 750\$	13 000\$ à 21 000\$
Grands-parents	500\$	675\$	6 000\$
Petits-enfants	500\$	675\$	3 400\$ à 9 000\$

252. En plus des fondements juridiques militant en faveur d'un ajustement, les représentations faites par les membres du groupe et les membres de la famille démontrent à quel point la maladie constitue un fardeau important pour les membres de famille, notamment les parents, conjoint et enfants d'âge adulte lorsque les ressources familiales ont été requises comme soutien par la maladie de la personne décédée.

253. En prenant en considération que la plupart des juridictions octroient une indemnisation en faveur des conjoints, enfants et parents alors que d'autres en octroient également en faveur des frères et sœurs, grands-parents et petits-enfants²⁶⁹, le Comité conjoint a déterminé que bien que l'indemnisation prévue aux Régimes pour la plupart des membres de la famille est inférieure aux montants octroyés en vertu de la législation provinciale et ceux octroyés par les tribunaux dans la plupart des juridictions, les enfants âgés de plus de 21 ans ainsi que les parents de membres infectés décédés étaient ceux pour lesquels le montant prévu s'écartent le plus significativement du droit commun et sont ceux pour lesquels un ajustement est le plus criant compte tenu du fait que les parents, enfants et conjoints sont tous des membres de famille au premier degré en termes de consanguinité et de proximité.²⁷⁰

254. Les frais funéraires sont des dommages indemnifiables sur la base de « montants raisonnables ». Contrairement aux dispositions des Régimes aucune juridiction n'impose de montant maximums.²⁷¹

Perte de revenu et perte de soutien : non-déductibilité des prestations collatérales

255. Les dispositions des Régimes prévoient l'exclusion des prestations collatérales dans le calcul pour établir le revenu net avant réclamation, mais elles prévoient néanmoins que les prestations collatérales doivent être déduites dans l'établissement du revenu net après réclamation, réduisant ainsi la perte de revenu et/ou perte de soutien recouvrable.²⁷² Les

²⁶⁹ CBABC Briefing Note, *Family Compensation Act*, Current to August 31, 2014, available online at: <http://www.cbabc.org/CMSPages/GetFile.aspx?guid=daa1204b-37ec-40ac-afa4-a530b88ed5cb>, pp. 11-12.

²⁷⁰ Affidavit Peterson #13, DC, vol. 1, onglet 12, par. 94, p 378.

²⁷¹ Alberta : *Fatal Accidents Act*, RSA 2000, c. F-8, art. 8; Saskatchewan: *The Fatal Accidents Act*, RSS 1978, c. F-11, art. 4.1; British Columbia: *Family Compensation Act*, RSBC 1996, c. 126, art. 3(9)(b); Manitoba: *The Fatal Accidents Act*, CCSM c. F50, art. 3(3); Ontario: *Family Law Act*, RSO 1990, c. F.3, art 61(2); Québec: *Code civil du Québec*, art. 1457 (qui remplace les art. 1053 et 1054.1 du CCBC); Nouveau-Brunswick: *Fatal Accidents Act*, SNB 2012, c 104, art. 9; Nouvelle-Écosse: *Fatal Injuries Act*, RSNS 1989, c.163, art. 5; Île du Prince Edouard: *Fatal Accidents Act*, RSPEI 1988, c. F-5, art. 6(3); Terre-Neuve et Labrador: *Fatal Accidents Act*, RSNL 1990, c. F-6 art. 9.

²⁷² Régime des transfuses, DC, vol. 21, onglet 49A, art. 4.02(2), pp. 7363, art. 6.01(1) p. 7370; régime des hémophiles, DC, vol. 21, onglet 49B, art. 4.02(2), p. 7410, art. 6.01(1), p. 7418; affidavit Peterson #13, DC, vol. 2, onglet 12, par. 101, p. 380.

prestations collatérales déduites incluent les prestations d'assurance-invalidité, les prestations versées en vertu du RPC/RRQ, les prestations d'assurance-emploi et celles des programmes d'indemnisation concernant le VIH.

256. En plus des dispositions concernant les prestations collatérales à l'égard de la perte de revenu/perte de soutien prévue dans les Régimes, l'article 8.03 concernant spécifiquement les prestations collatérales prévoit ce qui suit :

8.03 Prestations accessoires

- (1) Si un membre des recours collectif a ou avait le droit de se faire payer une indemnisation aux termes du présent régime et s'il a ou avait aussi le droit de se faire verser une indemnisation aux termes d'une police d'assurance ou d'un autre régime ou demande ayant trait ou attribuable de quelque façon que ce soit à l'infection par le VHC d'une personne infectée par le VHC, le montant de l'indemnisation payable aux termes du présent régime sera réduit du montant qu'il a le droit de se faire payer aux termes de la police d'assurance ou de l'autre régime ou demande.
- (2) Par dérogation aux dispositions du paragraphe 8.03(1), les paiements d'assurance-vie que reçoit tout membre des recours collectifs ne seront pas pris en compte à quelle que fin que ce soit aux termes du présent régime.

257. L'existence d'une disposition de cette nature dans les régimes s'inscrit dans le contexte factuel dans lequel l'ensemble des diverses indemnités qui y sont prévues se devaient d'être limitées afin de respecter le montant total de compensation disponible et ne change rien au fait que les déductions comme celles-ci constituent un compromis significatif par rapport au principe de droit commun que l'on retrouve dans la jurisprudence à l'égard des pertes pécuniaires et qui veut que l'indemnisation soit complète et juste. Ce principe est discuté ci-après.

258. La jurisprudence concernant les prestations collatérales est fondée sur le principe que la réparation dans les actions en dommages pour responsabilité civile doit entraîner une compensation la plus complète possible pour la perte subie. Le demandeur n'a pas le droit à une double indemnité.²⁷³

259. L'arrêt de principe au Canada concernant la non-déductibilité des prestations collatérales du remplacement du revenu en matière de responsabilité civile est l'affaire *Cunningham*.²⁷⁴ Dans cette affaire, la majorité de la Cour (sous le plume du juge Cory) a conclu que le principe à l'effet qu'une victime d'un acte fautif est en droit de recevoir une indemnisation pour ses blessures mais n'a pas droit à la double compensation, est sujet à exceptions en matière de dons de charité et de prestations d'assurance pour lesquelles une considération avait été versée par la victime. Les juges minoritaires ont reconnu que les dons de charité

²⁷³ *Cunningham c. Wheeler* [1994] 1 R.C.S. 359 p. 396 [Cunningham].

²⁷⁴ Ibid. Dans l'affaire *Cunningham*, la Cour suprême du Canada a également confirmé sa décision précédente rendue dans l'affaire *R. c. Jennings*, [1996] R.C.S. 532 à l'effet que les dommages octroyés à un demandeur pour perte de revenu ne doivent pas être réduits du montant d'impôt qui aurait été payable comme c'est le cas à l'égard du revenu gagné. À ce stade-ci, toutefois, le comité conjoint ne demande pas dans le cadre de ces recommandations de changement à l'égard de la déduction d'impôt qui est appliquée à l'égard des réclamations pour perte de revenu.

n'étaient pas déductibles mais ont décidé que la déductibilité des prestations d'assurance ou autre prestations collatérales, notamment les prestations d'assurance-invalidité, devraient être décidées à savoir si l'assurance est un contrat à caractère indemnitaire (alors déductible à moins d'être subrogée) ou non-indemnitaire.²⁷⁵ Les prestations à caractère non-indemnitaire qui ne seraient pas déductibles incluent notamment les prestations d'assurance-accident, les prestations du RPC et les prestations de régime de retraite des employeurs.²⁷⁶

260. Les juges majoritaires ont décidé que même si les affaires antérieures discutaient principalement du caractère indemnitaire/non-indemnitaire et de l'élément déclencheur du versement de la prestation d'assurance comme étant le point d'appui pour déterminer la question de la déductibilité, l'approche appropriée est de déterminer si le demandeur a versé une contribution pour pouvoir retirer ces prestations et dans l'affirmative, le défendeur ne peut en tirer avantage. Toute prestation de remplacement du revenu pour laquelle le demandeur a directement ou indirectement contribué, comme par exemple à titre d'avantage sociaux lorsque le taux de rémunération aurait été plus élevé n'eût été de sa contribution à titre de salarié, n'est pas déductible.²⁷⁷

261. Les juges majoritaires dans l'arrêt *Cunningham* ont également discuté de l'article 1608 du *Code civile du Québec* qui prévoit ce qui suit :

Article 1608

L'obligation du débiteur de payer des dommages intérêts au créancier n'est ni atténuée ni modifiée par le fait que le créancier reçoive une prestation d'un tiers, par suite du préjudice qu'il a subi, sauf dans la mesure où le tiers est subrogé aux droits du créancier.

Les juges majoritaires ont qualifié cette disposition comme étant une disposition prévoyant expressément qu'il n'y aurait pas de déductibilité sauf en cas de subrogation et ce, « après avoir pesé attentivement le pour et le contre ».²⁷⁸

262. Depuis l'arrêt *Cunningham*, la Cour suprême du Canada a été appelée à décider si la preuve à l'effet que le demandeur a contribué « pour obtenir l'assurance » est déterminant pour établir si une prestation est déductible dans le cas d'une réclamation pour congédiement injustifié, l'affaire *Waterman c. IBM Canada Ltd*²⁷⁹. La Cour a élargi l'analyse en ramenant l'aspect indemnitaire/non-indemnitaire et l'a retenu comme étant l'un des éléments à considérer mais en a réduit l'importance dans la détermination ultime de la déductibilité, et a ajouté des considérations de politique générale à l'analyse.²⁸⁰

263. Même si l'arrêt *Waterman* a été rendu dans le cadre d'une action pour congédiement injustifié à l'égard de prestations de retraite versées durant la période de délai-congé, il a été appliqué dans une action pour dommages et intérêts en responsabilité civile.²⁸¹ Au Québec la

²⁷⁵ *Cunningham*, supra, décision des juges minoritaire, pp. 370-373, 390.

²⁷⁶ Les juges minoritaires dans *Cunningham* citent les arrêts antérieurs de la Cour incluant *Canadian Pacific c. Gill* [1973] R.C.S. 654 [Gill]; *Guy c. Trizec Equities Ltd* [1979] 2 R.C.S. 756.

²⁷⁷ *Cunningham*, supra, pp. 400-401, 403-404, 407-408.

²⁷⁸ *Cunningham*, supra, pp. 401-403.

²⁷⁹ 2013 R.C.S. 70 [*Waterman*].

²⁸⁰ *Waterman*, supra, par. 76.

²⁸¹ *Mazucco c. Herer*, 2015 ONSC 7083 [*Mazucco*] pp. 6-8.

loi n'a pas changé quant à l'interprétation de l'article 1608 : en l'absence d'une clause subrogatoire, les prestations de remplacement du revenu reçues par la demanderesse de l'organisation professionnelle au sein de laquelle elle travaillait ne sont pas déductibles du montant que réclame cette demanderesse pour perte de revenu subie durant la même période.²⁸²

264. La jurisprudence en common law continue de mettre en évidence ses positions différentes sur cette question, la plus contentieuse portant sur la question des prestations versées et reçues par le demandeur en vertu des régimes d'assurance-invalidité privés. Certaines prestations collatérales comme les prestations d'assurance-invalidité versées en vertu du régime de pension du Canada (RPC) et les prestations d'assurance-emploi ont fait l'objet de règles bien établies quant à leur non-déductibilité. Les prestations collatérales visées par la présente requête incluent à la fois les prestations collatérales d'assurance-invalidité versées en vertu de régimes privés et des prestations pour lesquelles la non-déductibilité n'est pas controversée. Les paragraphes suivants discutent du droit applicable à l'égard de chacune des prestations collatérales visées par la présente requête.

Assurance invalidité

265. Tel que mentionné, au Québec, la règle concernant la non-déductibilité sauf dans la mesure où il existe une clause subrogatoire, est applicable, codifiée et inchangée. Le principe de non-déductibilité établi au Québec milite en faveur de la recommandation faite par le Comité conjoint.

266. Les considérations de common law énoncées dans l'arrêt *Waterman* quant au caractère indemnitaire/non-indemnitaire et la question concernant l'existence ou l'absence de contribution de la part du défendeur pour l'obtention de la prestation analysé ne sont pas réconciliables avec le principe de non-déductibilité applicable au Québec et sont difficiles à appliquer à l'échelle du groupe au complet parce qu'ils exigeraient de chaque membre qu'il prouve le caractère indemnitaire pour chaque prestation collatérale et le fait qu'il a contribué financièrement à l'obtention de celles-ci, et de vérifier dans chaque cas les droits de subrogation. Toutefois, l'arrêt *Waterman* stipule également que les considérations de politique générale sont dominantes puisque « [traduction libre]... il y a place dans l'analyse de la question de la déductibilité pour des considérations de politique générale à large portée tel que l'opportunité d'un traitement égal pour ces situations similaires, la possibilité d'encourager une conduite socialement souhaitable, et le besoin de règle claire qui sont facilement applicable. »²⁸³

267. Dans notre situation, la combinaison de la règle générale à l'encontre de la déductibilité prévue au *Code civil du Québec*, les raisons de politique générale promulguées dans l'arrêt *Waterman*, tel que permettre le traitement de tous les membres des recours de la même façon indépendamment du caractère de la prestation ou de savoir s'ils ont contribué financièrement pour son obtention, ainsi que le besoin de règles claires facilement applicables pour fins d'administration des paiements pour la perte de revenus, tous ces éléments militent en faveur de remédier au compromis en favorisant une règle de non-déductibilité à l'égard de toute prestation d'assurance-invalidité.

²⁸² *Asgar c. Syndicat de la copropriété Lofts Saint-Urbain*, 2015 QCCS 179, par. 44-51.

²⁸³ *Waterman*, *supra*, par. 76.

Les prestations d'invalidité du RPC/RRQ

268. De façon générale, en droit commun, un défendeur n'est pas en droit de bénéficier de la déduction des prestations du RPC/RRQ reçues par le demandeur du montant de dommages pour perte de revenu puisque ces prestations sont similaires à celles payées en vertu d'un contrat d'assurance à caractère indemnitaire, et ne devraient donc pas être prises en compte lors de l'évaluation des dommages.²⁸⁴ Depuis l'arrêt *Gill*,²⁸⁵ et après l'arrêt *Waterman*,²⁸⁶ les Cours d'appel et de première instance au Canada ont toujours conclu que les prestations versées en vertu du Régime des rentes du Canada ne sont pas déductibles des montants établis pour la perte de revenu dans les actions en responsabilité.²⁸⁷ Au Québec, les prestations reçues du Régime des rentes du Québec (« **RRQ** ») sont non-déductibles de la compensation pour perte de revenu²⁸⁸ et la même règle est applicable aux prestations versées en vertu du Régime de rentes du Canada en l'absence de clause de subrogation.

Prestation d'assurance-emploi

269. L'assurance-emploi, anciennement connue sous le nom d'assurance-chômage, a été déclarée depuis longtemps comme étant non-déductible au motif qu'il s'agit d'un avantage découlant du contrat d'emploi et uniquement payable en vertu de ce contrat.²⁸⁹ Il s'agit du même raisonnement appliqué aux prestations versées en vertu des régimes de pensions contributives qui ne doivent pas être déduites.²⁹⁰ Dès 1980, la Cour d'appel du Québec a établi que ces prestations d'assurance-emploi ne doivent pas être déduites de l'indemnisation pour perte de revenu payable à une victime étant donné l'absence de subrogation légale dans la loi,²⁹¹ décision qui s'applique toujours et qui est conforme à l'article 1608 du *Code civil du Québec*.

Les programmes d'indemnisation pour le VIH

270. Le programme d'aide extraordinaire (PAE) est un programme d'indemnisation pour le VIH mis sur pied par le gouvernement fédéral. Le régime d'indemnisation de la Nouvelle-Écosse et le Programme provincial et territorial d'assistance (PPTA) ont été mis sur pied par les gouvernements provinciaux et territoriaux. Tous ces programmes prévoient une indemnisation en faveur des personnes ayant contracté le VIH à travers le réseau des services sanguins au Canada.²⁹²

²⁸⁴ *Gill*, supra, p. 670.

²⁸⁵ *Demers v. B.R. Davidson Mining & Development Ltd.* 2012 ONCA 384, par 13; *Sulz v. Canada (Attorney General)* 2006 BCCA 582, par. 65-66; *Hayre v. Walz* [1992] B.C.J. no. 985, (CA), p. 4.

²⁸⁶ *Waterman*, supra, par. 43-46.

²⁸⁷ *Mazzucco*, supra, p. 2.

²⁸⁸ *Fortier c. Sainte-Séraphine (Municipalité)* 2003 CanLII 589 (QC CS), par. 101.

²⁸⁹ *Jack Cewe c. Jorgenson* [1980] 1 RCS 812, p. 818.

²⁹⁰ *Guy c. Trizec Equities Ltd*, supra, par 762-764.

²⁹¹ *Girardeau c. Nadeau* [1980] CA. 258, par. 20-22, 25-30.

²⁹² Le programme assistance extraordinaire («**EAP**») est un programme fédéral qui accorde une indemnisation en faveur des personnes ayant contracté le VIH à travers le réseau des services sanguins au montant de 30 000\$ non imposable pour une période de quatre ans ou jusqu'à la date du décès, et prenant fin à la survenance de la première de ces deux échéances. Le programme d'assistance provinciale et territoriale («**PAPT**»), offert par toutes les provinces et territoires, sauf la Nouvelle-Écosse, accordent une compensation aux personnes ayant contracté le VIH à travers le réseau des services sanguins au montant de 22 000\$ sur approbation (à la suite de la compensation du PAT) ainsi que 30 000\$ par année payable à vie. Les conjoints et les enfants d'une personne infectée ont également droit aux prestations de survivant en vertu du PAPT. Le régime d'indemnisation de la Nouvelle-Écosse est similaire au PAPT mais inclut des éléments additionnels tels que des prestations d'étude et de remboursement de médicaments. Les régimes PPT et celui de la Nouvelle-Écosse prévoient que les paiements cesseront si un

271. Dans l'affaire *In Re Canadian Red Cross Society*, la Cour supérieure de l'Ontario a qualifié le PPTA comme étant un programme « d'assistance financière *ex gratia* » ... « en faveur des personnes ayant été directement infectées avec le VIH à travers le réseau des services sanguins au Canada ». Elle a également qualifié le PAE, le régime d'indemnisation de la Nouvelle-Écosse ainsi que d'autres programmes prévoyant les bénéfices collatéraux comme étant « des programmes à titre gratuit initiés par les différents niveaux de gouvernement pour tenter de remédier aux conséquences de la tragédie du sang contaminé. »²⁹³

272. Un problème de prestation collatérale survient uniquement à l'égard d'une prestation qui constitue un recouvrement excédant la perte du demandeur, et un tel problème de prestation collatérale n'aura lieu que s'il existe une connexion significative avec la faute du défendeur.

273. La Convention de règlement indemnise les membres du groupe infectés avec le VHC. Même si certains membres du groupe sont co-infectés avec le VIH et le VHC, la Convention de règlement ne prétend pas indemniser les membres du groupe infectés par le VIH pour leur infection au VIH.²⁹⁴ Même si les mêmes organismes sont responsables de l'infection au VIH et au VHC chez les personnes infectées, chacun d'eux est le résultat de deux événements de contamination sanguine distincts et indépendants.

274. En résumé, les programmes d'indemnisation du VIH sont des paiements à titre gratuit pour des préjudices divisibles et séparés et ne devraient pas être déduits étant donné les règles immuables concernant la non-déductibilité des dons de charité, de la non-déductibilité des prestations à caractère non-indemnitaire, et de la non-déductibilité des prestations dont la cause n'est pas reliée à la faute du défendeur.²⁹⁵

L'indemnisation pour la diminution/perte de pension et d'avantages sociaux liés à l'emploi

275. Les Régimes ne contiennent aucune disposition pour indemniser la perte des avantages sociaux liés à l'emploi, comme la pension de retraite ou toute autre perte d'avantages sociaux subie par les membres du groupe à cause de leur invalidité causée par le VHC les empêchant d'occuper leur emploi à temps plein.²⁹⁶ Il s'agit d'une différence significative par rapport au principe d'indemnisation du droit commun.

276. La jurisprudence prévoit que les contributions faites par l'employeur aux régimes de pension (incluant le RPC) et la perte d'opportunités de contribuer soi-même à un régime de retraite font partie de la capacité de gagner un revenu et sont indemnissables.²⁹⁷ De façon courante, dans l'évaluation des dommages recouvrables en matière de responsabilité civile, les avantages sociaux liés à l'emploi sont évalués dans la composante de la perte de revenus futurs.

traitement menant à la guérison devient disponible. Commission of Inquiry on the Blood System in Canada, Final Report, Vol. 3 (Ottawa: Public Work and Government Services Canada, 1997), pp. 1031-1033.

²⁹³ *Re Canadian Red Cross Society*, 2006 CanLII 22141, par. 17-20.

²⁹⁴ L'article 3.03 de la Convention de règlement établit la mise sur pied du programme qui accorde aux personnes indirectement infectées par le VIH un paiement forfaitaire de 240 000\$. Ces paiements sont versés par la fiducie jusqu'à concurrence d'un maximum de 240 paiement. Il ne s'agit pas d'une compensation en faveur des membres du groupe. Convention de règlement, DC, vol. 21, onglet 49, art. 3.01, p. 7322 et Annexe C, pp. 7438-7442.

²⁹⁵ *Cunningham*, supra, p. 370 et *Waterman*, supra, par 15, 28-32, 39.

²⁹⁶ *Affidavit Peterson #13*, DC, vol. 2, onglet 12, par. 101, p. 380.

²⁹⁷ *Embleton c. Wiseman* (1981), [1982] 1 W.W.R. 80 B.C.C.A., par. 17-20; *Ouellette c. Tardif*, 2000 CanLII 8519.

277. Les Régimes ne prévoient aucune indemnisation pour la perte de pension de retraite et des autres avantages liés à l'emploi et, par conséquent, ne satisfont pas à l'objectif de procurer une compensation pécuniaire juste et complète. Le Comité conjoint recommande une approche pratique et conservatrice en évaluant ces pertes à hauteur de 10% du revenu limité à 200 000\$ (dollars 2014). Autrement dit, l'évaluation de la perte correspond ici au coût annuel de contribution à l'égard de ces avantages.²⁹⁸

La subrogation

278. Les Régimes contiennent une disposition concernant les droits de subrogation se lisant comme suit :

8.04 Subrogation

Aucun paiement en subrogation de quelque nature que ce soit ne sera versé, directement ou indirectement, aux termes du présent Régime et, sans restreindre la portée générale de la présente disposition :

- (a) aucun des gouvernements FPT ni aucun de leurs ministères accordant des services d'assurance-emploi, d'assurance-maladie, d'assurance-hospitalisation, d'assurance des frais médicaux et d'assurance des frais de médicaments, d'aide ou de sécurité sociale ne sera payé aux termes du présent régime;
- (b) aucune municipalité ni aucun service municipal ne sera payé aux termes du présent régime;
- (c) aucune personne exerçant un droit de subrogation ne sera payé aux termes du présent régime;
- (d) aucun réclamant ne se verra payer d'indemnisation s'il fait valoir sa demande en tant que réclamant en subrogation ou s'il devait détenir des sommes payées aux termes du présent Régime en fiducie pour une autre partie exerçant un droit de subrogation ou, sauf tel qu'il est prévu au paragraphe 8.02, si un paiement aux termes du présent régime devait entraîner une réduction des autres paiements auxquels le réclamant aurait autrement droit.

279. Étant donné que ce règlement a été conclu dans un contexte de recours collectif à portée nationale, il était nécessaire de structurer les Régimes de façon à créer une solution pancanadienne puisque la législation et la jurisprudence n'étaient pas uniformes à travers le pays. Ceci était particulièrement nécessaire à l'égard du concept de subrogation étant donné les différences dans la façon dont ce concept est appliqué en common law et en droit civil.

²⁹⁸ Affidavit Border #5, DC, vol. 2, onglet 13A, exhibit A, par. 52-56, pp. 476-477.

280. Tel qu'il appert de la jurisprudence de droit commun, la subrogation dans ces provinces n'est pas le seul élément qui entre en jeu dans la détermination du traitement que doivent recevoir les prestations collatérales.

281. Les dispositions actuelles des Régimes constituent des compromis établis sous forme de déductions et/ou de restrictions ayant pour but de favoriser la suffisance financière des Régimes. Au cours des 14 années d'administration (jusqu'au 31 décembre 2013, date d'évaluation aux fins des présentes), les membres du groupe et les membres de la famille ayant reçu les prestations visées par cette recommandation ont subi un impact financier direct résultant de prestations ainsi diminuées en comparaison des principes d'indemnisation du droit commun afin d'assurer le bien-être financier du Fonds en fiducie. Les compromis initiaux ont ainsi affecté tous les membres du groupe de la même façon et ils devraient ainsi tous pouvoir bénéficier du redressement proposé maintenant que la longanimité des membres du groupe et la gestion prudente des actifs du Fonds en fiducie donnent lieu à la situation actuelle permettant de requérir l'attribution d'actifs ne faisant pas l'objet d'une attribution actuarielle.

282. Les membres du groupe et les membres de la famille ont maintenant vécu plusieurs années avec le VHC et avec l'indemnisation prévue aux Régimes. Étant donné que l'une des caractéristiques structurelles de la Convention de règlement est de verser une indemnisation en fonction de la progression de la maladie, il est raisonnable de prendre avantage de la riche accumulation d'informations et d'expériences de ces membres pour décider de l'opportunité et de la façon d'allouer le capital excédentaire.

283. L'information fournie par les membres du groupe et les membres de la famille lors des sessions de consultation et dans leurs communications écrites montrent clairement que les compromis faits à cause des préoccupations quant à la suffisance financière ont donné lieu à des prestations qui ne rencontrent pas le test édicté par la Cour suprême du Canada qui prévoit que la compensation devrait « préserver la dignité de la personne gravement atteinte et l'accepter comme un membre utile de la race humaine qu'il faut aider par tous les moyens à se réintégrer dans la société. »²⁹⁹

iv Le retour des montants non-réclamés

284. L'article 26(10) de la *Loi ontarienne sur les recours collectif, 1992*³⁰⁰ l'article 34(5) de la *Loi sur les recours collectifs de la Colombie-Britannique*³⁰¹, et l'article 1036 du *Code de procédure civile du Québec*³⁰² (ou l'article 597 depuis l'entrée en vigueur du nouveau *Code de procédure civile*)³⁰³ ne sont pas directement applicables en l'espèce.

285. Au Québec, la disposition mentionnée concerne l'attribution de sommes à des tiers lorsque le paiement en faveur des membres du groupe est impraticable ou inapproprié. Il s'agit de circonstances différentes de celles de la présente requête qui traite plutôt de l'estimation des réclamations futures par rapport à celle des fonds disponibles pour assurer leurs paiements et la différence qu'il en résulte comme étant des actifs ne faisant pas l'objet d'une attribution actuarielle.

²⁹⁹ *Thorton c. School District No. 57 (Prince George)* [1978] 2 R.C.S. 267, p. 276.

³⁰⁰ S.O. 1992, c.6.

³⁰¹ R.S.B.C. 1996, c.50.

³⁰² *Code de procédure civile du Québec C.Q.L.R. c. C-25, art. 1036.*

³⁰³ *Code de procédure civile du Québec C.Q.L.R. c. C-25, art. 597.*

286. Tel que déjà mentionné, les facteurs optionnels à considérer ne sont pas obligatoires étant donné le caractère plus permissif de la rédaction des Dispositions d'allocation. Étant donné que ces dispositions ne sont pas applicables à de telles circonstances, elles ne sont pas vraiment utiles pour les fins de décider de l'attribution recommandée par la présente requête.

v. La question à savoir si l'intégrité de la Convention de règlement et si les avantages particularisés des Régimes ont été assurés

287. L'intégrité de la Convention de règlement repose sur des ingrédients essentiels des Ordonnances d'Approbatation, incluant l'amendement amené par les Dispositions d'allocation. La proposition du Comité conjoint d'allouer le Capital excédentaire aux membres des recours et aux membres de la famille de manière concomitante aux avantages déjà prévus dans la Convention de règlement et pour remédier aux compromis qui ont dû être faits pour respecter l'enveloppe d'indemnisation plafonnée des Gouvernements FPT, est éminemment cohérente avec l'intégrité de la Convention de règlement pour les raisons suivantes :

(a) les propositions concordent avec la philosophie sous-jacente³⁰⁴ de la Convention de règlement d'adapter sur mesure la compensation en fonction du niveau de maladie subi par chaque membre des recours;

(b) la question d'allocation est seulement possible parce que les membres des recours et les membres de la famille ont vécu avec l'énorme risque qu'ils ont administré avec beaucoup de succès. Une partie de ce risque a été subi, une partie a été partiellement évité, une partie continue, et une partie ne pouvait pas être administré (i.e. la progression de la maladie). La portion de risque qui pouvait être administrée et les coûts d'administration ont été payés par les membres des recours et les membres de la famille;

(c) les propositions ont pour but essentiellement d'améliorer les avantages prévus qui ont été admis comme étant justes et raisonnables mais « imparfaits »³⁰⁵ en partie puisqu'ils ont dû être compromis pour respecter l'enveloppe disponible de compensation; et

(d) les propositions ont pour but d'améliorer les avantages prévus de manière cohérente avec les principes de droit commun devant être adaptés à une action collective; i.e. être cohérent à travers le groupe bien que les droits des membres des recours diffèrent tout dépendant de leur province. Et parce que la compensation dans un règlement d'une action collective doit être juste pour le groupe au sens large.

288. Le Canada plaide que les propositions sont un affront à l'intégrité de la Convention de règlement parce que, par exemple, les Régimes requièrent la déduction des avantages d'assurance-emploi pour une réclamation de perte de revenu. Plaider que les Dispositions d'allocation ne peuvent être utilisées au bénéfice des membres des recours afin de les décharger de ce compromis, ce qui est incohérent avec les principes compensatoires, n'a aucun sens. Les Dispositions d'allocations doivent avoir une certaine signification, mais les objections du Canada les rendent dénuées de sens, sans objet, tel que discuté ci-haut.

³⁰⁴ *Parsons*, DC, vol. 22, onglet. 51, par. 87, p. 7625.

³⁰⁵ *Parsons*, DC, vol. 22, onglet 51, par. 121, p. 7631.

289. De plus, le Canada ignore complètement le reste du libellé de ce critère. Quand ce critère est lu en entier et en contexte, il est clair qu'il vise à assurer que les avantages prévus dans les Régimes ne soient pas compromis et que l'intégrité du règlement soit maintenue. Ainsi, par exemple, une allocation qui pourrait avoir l'effet de nuire à la disponibilité d'avantages prévus pour des patients non diagnostiqués qui pourraient réclamer dans le futur impacterait l'intégrité de l'entente et les droits aux avantages devant être disponibles.

vi. La progression de la maladie comparée au modèle médical de 1999

290. Il s'agissait d'une partie du risque impossible à administrer. Il s'agit d'une maladie chronique et progressive pour 75% des personnes infectées et qui se manifeste de manière complexe et variée. La compréhension de cette maladie s'est faite graduellement, au fil du temps.

291. Au moment de l'approbation de la Convention de règlement, peu comprenait l'histoire naturelle du VHC,³⁰⁶ particulièrement en ce qui concernait les personnes infectées par les réserves de sang contaminé, dont plusieurs étaient hémophiles et certains co-infectés par le VIH.

292. Par conséquent, les membres des recours et les membres de la famille ont assumé le risque depuis le tout début que la progression de leur maladie serait pire ou différente que la littérature le prédisait pour un groupe beaucoup plus important de personnes infectées, que le modèle médical serait erroné et qu'ils en assumeraient toute conséquence financière.

293. De 1999 jusqu'à la réévaluation de la suffisance financière déclenchée le 31 décembre 2010, ce risque a eu un effet négatif important sur la viabilité financière du Fonds. Son effet net durant cette période : un passif de 101 millions de dollars. En fait, le profil de risque a été positif une seule fois durant cette période – d'un faible 5 millions de dollars. Durant les réévaluations de la suffisance financière du 31 décembre 2007 au le 31 décembre 2010, le profil de risque s'est détérioré de 62 millions de dollars. L'arrivée très récente des thérapies DAAs a nettement changé le portrait financier de la plus récente réévaluation de la suffisance financière (31 décembre 2013).³⁰⁷

294. Pour la durée de la période écoulée depuis que la Convention de règlement a été mise en place, on peut poser la question suivante : le traitement était-il pire que la maladie? Le traitement par monothérapie interféron avec des taux de guérison de 5-10% ou la combinaison ultérieure de thérapie interféron et ribavirin entraînaient chez certains membres des recours une souffrance telle que ceux-ci interrompaient leur traitement ne pouvant plus l'endurer et causaient des effets secondaires importants.

295. Le premier groupe de médicaments DAAs, avec promesse de haut taux SVR et de faibles effets secondaires, a été un échec à cause des hauts taux de contre-indications et des effets secondaires beaucoup plus importants que prévus, incluant pour certains des effets secondaires mettant leur vie en danger, et nécessitant l'arrêt du traitement avant la période prescrite.

296. Finalement, en 2014 et en 2015, les médicaments DAAs, qui peuvent être utilisés par certains mais pas tous les membres des recours sans interféron et/ou ribaviron sont

³⁰⁶ Parsons, DC, vol. 22, onglet 51, par. 108-110, p. 7629.

³⁰⁷ Affidavit Border #6, DC, vol. 5, onglet 19(A), exhibit A, Rapport actuarielle, p.ar 60, p. 2008.

disponibles. Ils offrent des taux de guérison élevés. Mais, il est important de noter qu'ils n'ont pas été prouvés. Le risque n'a pas été éliminé. Les risques de non-efficacité et/ou d'effets secondaires non anticipés ou de comorbidités déclenchées par ces médicaments n'ont pas été éliminés.

297. Le modèle médical de 2013 tient compte des médicaments DAAs approuvés depuis et incluant 2014.³⁰⁸ Les taux d'efficacité des traitements ont été adoptés par les modèles actuariels d'Eckler et de Morneau Shepell.³⁰⁹

298. Les médicaments DAAs ont un coût considérable. L'estimé actuariel conjointement approuvé des coûts est de 146 millions de dollars; cette augmentation du passif fait contrepoids à la diminution de 305 millions de dollars du passif grâce à la réduction de la progression de la maladie chez les membres des recours. De plus, il était nécessaire d'incorporer une disposition pour tout écart défavorable dans le passif dû à l'incertitude de l'efficacité des nouveaux traitements.³¹⁰

299. Les membres des recours et les membres de la famille ont accepté, et pour quelques 14 ans jusqu'à la plus récente date d'évaluation, que le risque que la Convention de règlement devait couvrir une maladie chronique progressive avec aucun traitement complet et des taux de guérison très faibles. D'autant plus qu'une SVR ne garantit pas le retour à une bonne santé. Les foies des membres des recours ont été endommagés durant une période de quelques 30 années d'infection virale chronique et progressive. Certains des symptômes du VHC et des comorbidités vont persister.

300. En considérant la progression de la maladie, non pas mesurée en coûts financiers dans le Fonds mais plutôt selon la santé des membres des recours, la situation est sombre. Tragiquement, 959 sont morts du VHC et, de ceux encore en vie, 240 ont déjà développé une cirrhose et 137 ont progressé au niveau 6. De plus, malgré l'efficacité plus élevée des médicaments DAAs, un pourcentage important des membres des recours en vie au 31 décembre 2013 se dirigent quand même vers une cirrhose, une cirrhose décompensée, un cancer hépatocellulaire et/ou la mort causée par le VHC, et ce, d'ici 2070.³¹¹

301. La voie de la guérison est arrivée trop tard pour plusieurs membres des recours et, même ceux qui ont été guéris ont un foie ravagé et des problèmes de santé associés au VHC. Un aperçu des expériences vécues par les membres des recours et les membres de la famille démontre qu'ils ont assumé en entier le risque de progression de la maladie.

³⁰⁸ Dr. Lee critique le modèle médical de la révision 2010 (4^e révision du modèle médical) au motif qu'elle ne prendrait pas en compte les DAAs mais dans sa réponse à l'interrogatoire écrit, il reconnaît ne pas avoir pris connaissance du rapport portant sur la 4^e révision du modèle médical (ni du rapport portant sur la 5^e révision du modèle médical) en détail et il reconnaît que les premiers DAAs ont été approuvés au mois d'août 2011 (après que la 4^e révision du modèle médical a été complété). Il reconnaît également que les DAAs qui avaient été approuvés antérieurement à la date à laquelle le rapport médical (5^e révision pour la révision triennale au 31 décembre 2013 a été complétée ont été pris en compte dans cette dernière version du modèle médical) : Affidavit Lee #1, DC, vol.6, onglet 27, par. 58, pp. 2425-2426; Affidavit Lee #2, DC, vol. 11, onglet 30, exhibit B, par. 3-5, p. 4071.

³⁰⁹ Affidavit Peter Gorham # 4 du 8 avril 2015 [**Affidavit Gorham #4**], DC, 20, onglet 48, exhibit B, tableau D 4A, p. 7292, Affidavit Krahn #4, DC, vol. 20, onglet 47, exhibit A, tableau 13.1, pp. 7025-7026, affidavit Dr. Murray Krahn #5, souscrit de nouveau le 4 mai 2016 [**Affidavit Krahn #5**], DC, vol. 5, onglet 21, par. 7, pp. 2057-2058; Affidavit Border #6, DC, vol. 5, onglet 19, exhibit A, par. 14-16, p. 2000.

³¹⁰ Affidavit Border #4, DC, vol. 19, onglet 45, exhibit A, par. 81, p. 6761, par. 202, pp. 6785-6786, par. 208-210, pp. 6786-6787.

³¹¹ Affidavit Krahn #4, DC, Vol. 20, onglet 47(A), exhibit A, Rapport – Modèle medical, tableaux 13.1, 13.2, pp. 7025-7026-7027.

vii. Le fait que les membres des recours et les membres de la famille assument le risque d'insuffisance dans le Fonds en fiducie

302. Ce facteur est accablant. Le compromis essentiel fut que les gouvernements FPT n'assument aucun risque et que les membres des recours et les membres de la famille l'assument en entier. Le Canada et les gouvernements PT ont évité tout risque au point qu'ils ont écrit dans la Convention de règlement qu'ils refusaient toute opportunité ou obligation d'avoir leur mot à dire dans l'administration du risque.³¹²

303. En plus de la taille de la cohorte, la propagation de la maladie, la progression de la maladie et les retours sur investissement déjà discutés, certaines catégories de compensation, comme la perte de revenu, la perte de services domestiques, les dépenses variées et les médicaments non assurés sont quantifiés selon la situation et la preuve des membres des recours. Au tout début, des hypothèses très générales ont été faites notamment sur quel était le quantum des réclamations pour perte de revenu aux niveaux individuel et regroupé, et combien de réclamations il y aurait.³¹³ Ces hypothèses ont été précisées au fil du temps selon l'expérience des membres des recours. Ces fluctuations sont démontrées dans la ligne « gains et pertes » dans le tableau du paragraphe 76.

304. Le risque a été assumé, réalisé et administré avec succès par les membres des recours et les membres de la famille. Ces derniers ont payé des sommes importantes pour administrer ce risque. En plus des coûts de 4 353 611 \$ pour mettre en place le Fonds en fiducie et investir les fonds, ils ont payé 5 209 234 \$ en conseil actuariel, vérifications annuelles des coûts de la réévaluation triennale de la suffisance financière du Fonds, et des honoraires d'avocats et d'administration de 39 494 353 \$, incluant le démarrage et les processus de nomination de l'administrateur et du Fiduciaire et l'administration générale et d'autres frais pour 14 ans jusqu'à la date d'évaluation 2013, ce qui équivaut à un certain degré à administrer le risque, assurer la suffisance des fonds pour payer les réclamations selon les avantages prévus, et dégager le Capital excédentaire.

305. S'étant contractuellement assuré de n'avoir aucun désavantage inhérent au risque ou aucune obligation d'administrer le risque, le Canada tente maintenant de prendre avantage de l'administration fructueuse du risque assumée par les membres des recours et les résultats positifs obtenus.

306. Ce facteur milite en faveur de la recommandation du Comité conjoint.

viii. Le fait que les contributions des gouvernements FPT aux termes de la Convention de règlement sont plafonnées

307. Les gouvernements FPT ont reçu des quittances de tous les membres des recours et des membres de la famille en échange de payer ou de promettre de payer leurs parts respectives jusqu'à un montant maximal du règlement, mais pas plus dans aucune circonstance. Dans l'éventualité où il n'y en aurait pas assez pour compenser adéquatement les membres des recours et membres de la famille, ce serait tant pis pour eux – les gouvernements FPT n'avait aucune obligation additionnelle de fournir un financement supplémentaire.³¹⁴

³¹² Entente de règlement, DC, vol. 21, onglet 49, art. 1.10, p. 7320, art. 4.03, pp. 7322-7323.

³¹³ Affidavit Krishnamoorthy, DC, vol. 8, onglet 28, exhibit K, Rapport actuariel Eckler 1999, pp. 2960-2963, 2966-2967 et 2999, Parsons, DC, vol. 22, onglet 51, par. 58, pp. 7617-7618.

³¹⁴ Entente de règlement, DC, vol. 21, onglet 49, art. 1.10, p. 7320, art. 4.03, pp. 7322-7323; Accord de financement, DC, vol. 21, onglet 49(D), art. 4.05, p. 7460.

308. S'étant assuré que tout le risque était assumé par les membres des recours et les membres de la famille, n'ayant pas participé d'aucune façon à la création du Capital excédentaire, et n'ayant pas partagé aucune des dépenses relatives à l'administration du Fonds en fiducie ou de la Convention de règlement, tout octroi du Capital excédentaire au Canada avant de traiter des avantages compromis payables aux membres des recours et aux membres de la famille serait un cadeau tombé du ciel.

309. Considérant que le Comité conjoint a structuré ses propositions pour prévoir que tous les avantages rétroactifs et prospectifs qui pourraient devenir payables aux membres des recours et aux membres de la famille proviennent du Capital excédentaire, les gouvernements PT ne seront pas affectés donc pas requis d'accélérer leurs contributions, ou d'augmenter leurs paiements au-delà de leur part du montant négocié.

ix. La source de l'argent et des autres actifs dans le Fonds en fiducie

310. La source de l'argent et des autres actifs dans le Fonds en fiducie est principalement constituée des rendements d'investissement obtenus par les membres des recours et les membres de la famille. Les rendements ont été obtenus grâce à la stratégie et les habiletés des consultants d'investissement, les gestionnaires d'investissement, les actuaires, les comptables, le Fiduciaire, l'administrateur, les avocats des membres et le Comité conjoint, le tout supervisé par les Tribunaux, et payé par les membres des recours et les membres de la famille.³¹⁵

311. Considérant la position négociée du Canada à se dissocier de tout risque, de la mise en place du Fonds en fiducie et de son administration, le Canada n'a aucunement participé aux investissements du Fonds en fiducie³¹⁶ ou payé aucun des coûts directement liés au montant de 4 353 611 \$ pour mettre en place le Fonds en fiducie, ni au développement de la stratégie d'investissement ou aux coûts d'investissement annuels. Le Canada n'a pas non plus contribué à la mise en place des coûts administratifs et aux coûts actuariels et administratifs en cours totalisant 44 703 587 \$.

312. En effet, si le Fonds en fiducie avait été investi au taux des bons du Trésor comme les gouvernements PT, les actuaires du Canada calculent qu'un déficit de 348 millions de dollars au 31 décembre 2013 serait survenu.³¹⁷ Ceci confirme que la différence de 604 millions de dollars qu'ils ont identifiée entre ce déficit théorique et leur position de 256 millions de dollars de Capital excédentaire est entièrement le fruit de la stratégie d'investissement réalisée pour et financé par les membres des recours et les membres de la famille.

313. En résumé, sans exception, tous les facteurs et critères que les Tribunaux peuvent considérer militent en faveur du Comité conjoint : accueillir sa requête et rejeter celle du Canada.

³¹⁵ Affidavit Border #6, DC, vol. 5, onglet 19, exhibit A, par. 55-59, p. 2008.

³¹⁶ Entente de règlement, DC, vol. 21, onglet 49, art. 1.10, p. 7320, art. 4.03, pp. 7322-7323; Accord de financement, DC, vol. 21, onglet 49D, art. 4.05, p. 7460.

³¹⁷ Affidavit Peter Gorham du 29 janvier 2016 [Affidavit Gorham #5], DC, vol. 6, onglet 26, exhibit B, par. 83-87, pp. 2324-2325.

PARTIE IV - ORDONNANCES RECHERCHÉES

314. Pour tous ces motifs, le Comité conjoint requiert les conclusions énumérées aux paragraphes suivants.

315. **DÉCLARER** que le Fiduciaire de la Convention de Règlement de l'Hépatite C 1986-1990 (la « Convention de Règlement ») détient 206 920 000 \$ d'actifs ne faisant pas l'objet d'une attribution actuarielle à la date du 31 décembre 2013 (le « Capital excédentaire »).

316. **ORDONNER** que les restrictions sur les paiements des montants pour les réclamations de perte de revenu prévues à l'article 4.02(2)(b)(i) du Régime à l'intention des transfusés infectés par le VHC et à l'article 4.02(2)(b)(i) du Régime à l'intention des hémophiles infectés par le VHC et pour la perte de soutien prévue aux termes des articles 6.01(1) du Régime à l'intention des transfusés infectés par le VHC et 6.01(1) du Régime à l'intention des transfusés infectés par le VHC, comme précédemment modifiées, ne soient pas autrement modifiées ou supprimées en tout ou en partie à ce stade-ci;

317. **ORDONNER** l'attribution d'actifs excédentaires au bénéfice des Membres des recours incluant les Membres de la famille en approuvant ce qui suit :

(a) le Protocole proposé pour les demandes de réclamations tardives suivant la date limite du 30 juin 2010, joint à l'Annexe « A », afin de permettre aux Membres des recours qui ont omis de faire leur première réclamation avant la date limite du 30 juin 2010, d'obtenir les formulaires de réclamation initiale et de voir leur réclamation traitée dans la mesure où ils auront convaincu un Arbitre que leur délai était dû à des raisons hors de leur contrôle ou qu'il existe une explication raisonnable pour leur délai;

(b.1) une augmentation de 10% en ce qui concerne: les montants fixes payables en vertu de l'article 4.01(1) du Régime à l'intention des transfusés infectés par le VHC et les sommes forfaitaires de 50 000 \$ (en dollars de 1999) et de 120 000,00 \$ (en dollars de 1999) payables en vertu des articles 5.01(1) et 5.01(2) du même régime; les montants fixes payables en vertu de l'article 4.01 du Régime à l'intention des hémophiles infectés par le VHC et la somme forfaitaire de 50 000 \$ (en dollars de 1999) payable en vertu de l'article 4.08(2) du même régime; la somme forfaitaire de 50 000 \$ (en dollars de 1999) payable en vertu de l'article 5.01(1) du Régime à l'intention des hémophiles infectés par le VHC, la somme forfaitaire de 120 000 \$ (en dollars de 1999) payable en vertu de l'article 5.01(2) du même régime ainsi que la somme forfaitaire de 72 000 \$ (en dollars de 1999) payable en vertu de l'article 5.01(4) du Régime à l'intention des hémophiles infectés par le VHC; à être payée rétroactivement et prospectivement;

(b.2) alternativement à (b.1), une augmentation de 8,5%, indexée au 1^{er} janvier 2014, en ce qui concerne: les montants fixes payables en vertu de l'article 4.01(1) du Régime à l'intention des transfusés infectés par le VHC et les sommes forfaitaires de 50 000 \$ (en dollars de 1999) et de 120 000,00 \$ (en dollars de 1999) payables en vertu des articles 5.01(1) et 5.01(2) du même régime; les montants fixes payables en vertu de l'article 4.01 du Régime à l'intention des hémophiles infectés par le VHC et la somme forfaitaire de 50 000 \$ (en dollars de 1999) payable en vertu de l'article 4.08(2) du même régime; la somme forfaitaire de 50 000 \$ (en dollars de 1999) payable en vertu de l'article 5.01(1) du Régime à l'intention des hémophiles infectés par le VHC, la somme forfaitaire de 120 000 \$ (en dollars de 1999) payable en vertu de l'article 5.01(2) du même régime ainsi que la somme forfaitaire de 72 000 \$ (en dollars de 1999) payable

en vertu de l'article 5.01(4) du Régime à l'intention des hémophiles infectés par le VHC; à être payée rétroactivement et prospectivement;

(c.1) une augmentation du montant fixe octroyé à un Enfant âgé de 21 ans ou plus à la date de décès d'une Personne Infectée par le VHC en vertu de l'article 6.02(c) du Régime à l'intention de transfusés infectés par le VHC et l'article 6.02(c) du Régime à l'intention des hémophiles infectés par le VHC, faisant passer cette indemnité de 5 000 \$ (en dollars de 1999) à 10 000 \$ (en dollars de 1999); à être payée rétroactivement et prospectivement;

(c.2) alternativement à (c.1), une augmentation du montant fixe octroyé à un Enfant âgé de 21 ans ou plus à la date de décès d'une Personne Infectée par le VHC en vertu de l'article 6.02(c) du Régime à l'intention de transfusés infectés par le VHC et l'article 6.02(c) du Régime à l'intention des hémophiles infectés par le VHC, faisant passer cette indemnité de 5 000 \$ (en dollars de 1999) à 9 600 \$ (en dollars de 1999), indexée au 1^{er} janvier 2014, à être payée rétroactivement et prospectivement;

(d.1) une augmentation du montant fixe octroyé à un Parent en vertu de l'article 6.02(d) du Régime à l'intention des transfusés infectés par le VHC et de l'article 6.02(d) du Régime à l'intention des hémophiles infectés par la VHC, faisant passer cette indemnité de 5 000 \$ (en dollars de 1999) à 10 000 \$ (en dollars de 1999); à être payée rétroactivement et prospectivement;

(d.2) alternativement à (c.1), une augmentation du montant fixe octroyé à un Parent en vertu de l'article 6.02(d) du Régime à l'intention des transfusés infectés par le VHC et de l'article 6.02(d) du Régime à l'intention des hémophiles infectés par la VHC, faisant passer cette indemnité de 5 000 \$ (en dollars de 1999) à 9 600 \$ (en dollars de 1999), indexée au 1^{er} janvier 2014, à être payée rétroactivement et prospectivement;

(e) un remboursement rétroactif des montants déduits pour les prestations d'invalidité du Régime de retraite du Canada (« RRC »), des régimes d'assurance invalidité, du régime d'Assurance-Emploi (« A-E ») et du Programme d'assistance territoriale et multi-provinciale (« PATMP ») des réclamations de perte de revenu et perte de soutien aux termes des articles 4.02 du Régime à l'intention des transfusés infectés par le VHC et 4.02 et 6.01(1) du Régime à l'intention des hémophiles infectés par le VHC, et l'abandon de ces déductions pour les réclamations de perte de revenu et perte de soutien à être payée prospectivement;

(f) une augmentation de 10% des montants payés pour perte de revenu et perte de soutien en vertu de l'article 4.02 du Régime à l'intention des transfusés infectés par le VHC et l'article 4.02 du Régime à l'intention des hémophiles infectés par le VHC, calculée sur une perte de revenu maximale de 200 000 \$ pour les années avant 2014 et calculée sur une perte de revenu maximale de 200 000 \$ avec indexation pour les années 2014 et suivantes, à titre de compensation pour les prestations de retraite diminuées à cause de l'invalidité; à être payée rétroactivement et prospectivement;

(g) une augmentation concernant le maximum d'heures admissibles pour une réclamation pour pertes de services en vertu des articles 4.03(2) et 6.01(2) du Régime à l'intention des transfusés infectés par le VHC et des articles 4.03(2) et 6.01(2) du Régime à l'intention des hémophiles infectés par le VHC, faisant passer ce nombre de 20 heures par semaine à 22 heures par semaine; à être payée rétroactivement et prospectivement;

(h) une augmentation du montant maximum payable pour l'indemnisation des frais engagés pour les soins en vertu de l'article 4.04 du Régime à l'intention des transfusés infectés par le VHC et l'article 4.04 du Régime à l'intention des hémophiles infectés par le VHC, le faisant passer de 50 000 \$ par année (en dollars de 1999) à 60 000 \$ par année (en dollars de 1999); à être payée rétroactivement et prospectivement;

(i) le versement d'une allocation de 200 \$ (en dollars de 2014) payable à un Membre de la famille (tel que défini à l'article 1.01 des Régimes) accompagnant une Personne infectée par le VHC à un rendez-vous médical nécessaire à cause de son infection par le VHC, en sus des frais remboursables aux termes de l'article 4.07(a) des Régimes; à être payée prospectivement;

(j) une augmentation du montant maximum payable pour les frais funéraires non-assurés prévu aux articles 5.01(1) et 5.02(1) des Régimes, le faisant passer de 5 000 \$ (en dollars de 1999) à 10 000 \$ (en dollars de 1999); à être payée rétroactivement et prospectivement; et

(k) le paiement des coûts associés à l'administration des recommandations décrites ci-devant aux paragraphes a) à j).

318. **ORDONNER** que tous les paiements rétroactifs soient effectués au moyen d'un versement global aux Membres des recours et/ou aux Membres de la famille ou à leur Représentant personnel tel que défini à l'article 1.01 des Régimes;

319. **ORDONNER** que toutes les sommes payables aux Membres des recours et aux Membres de la famille en vertu de la présente requête soient payées à partir du Fonds investi (tel que défini à la présente requête);

320. **ORDONNER** que le solde du Capital excédentaire doive être conservé dans le Fonds en fiducie, sujet à toute autre requête du Comité conjoint;

321. **ORDONNER** que le jugement à être rendu ne prendra effet qu'à partir du moment où des ordonnances similaires auront été rendues par la Cour supérieure de l'Ontario et la Cour suprême de la Colombie-Britannique;

322. **REJETTER** la Requête de la procureure générale du Canada pour l'attribution des actifs ne faisant l'objet d'une attribution actuarielle portant la date du 29 janvier 2016.

LE TOUT étant respectueusement soumis.

Ce 28^e jour du mois de mai 2016

Kathryn Podrebarac, Membre du comité conjoint

Harvey Strosberg, Membre du comité conjoint

J.J. Camp, Membre du comité conjoint

Michel Savonitto, Membre du comité conjoint