

**DÉCISION PORTANT SUR UNE DEMANDE DE RENVOI PRÉSENTÉE DANS LE CADRE DE LA
CONVENTION DE RÈGLEMENT RELATIVE À L'HÉPATITE C (1986-1990)
(Parsons c. La Société canadienne de la Croix-Rouge et autres)
Numéro de dossier du greffe : 98-CV-141369)**

ENTRE :

Le réclamant (numéro de dossier 1400858)

- et -

L'Administrateur

(sur une requête en opposition à la confirmation de la décision de la juge arbitre Judith Killoran rendue le 9 septembre 2005)

Motifs de la décision

WINKLER J. :

Nature de la requête

1. Il s'agit ici d'une requête en opposition à la confirmation de la décision d'une juge arbitre nommée conformément aux dispositions de la Convention de règlement relative au contentieux portant sur l'hépatite C pour la période du 1^{er} janvier 1986 au 1^{er} juillet 1990 visée par les recours collectifs. Le réclamant a présenté une demande d'indemnisation dans le cadre de la Convention, demande qui lui a été refusée par l'Administrateur chargé de veiller à la distribution du fonds de règlement. Le réclamant a interjeté appel du refus auprès d'une juge arbitre en conformité avec la procédure énoncée dans la Convention. La juge arbitre a confirmé la décision de l'Administrateur et a rejeté son appel. Le réclamant s'oppose maintenant à la confirmation de la décision de la juge arbitre par le présent tribunal.

Contexte

2. La Convention de règlement est de portée pancanadienne et a été approuvée par le présent tribunal de même que par les tribunaux de la Colombie-Britannique et du Québec. (Voir Parsons c. La société canadienne de la Croix-Rouge (1999), 40 C.P.C. (4e) 151 (Cour Sup., Ontario.)). En vertu de la Convention, les personnes ayant contracté l'hépatite C par suite d'une transfusion de sang ou de produits de sang spécifiés au cours de la période du 1^{er} janvier 1986 au 1^{er} juillet 1990 sont admissibles à divers degrés d'indemnisation selon le niveau d'évolution de l'infection par l'hépatite C.

Les faits

3. Le réclamant désire obtenir une indemnisation pour les dépenses qu'il a dû encourir en rapport avec les soins qui lui ont été prodigués par un naturopathe.
4. Le 20 octobre 2006, j'ai émis les motifs de ma décision portant sur l'appel du réclamant. J'ai alors refusé d'émettre une ordonnance définitive. J'ai préféré demander au Comité conjoint, au Conseiller juridique du Fonds et au réclamant de me présenter leurs observations concernant la portée des termes « traitements ou médicaments généralement reconnus » tels qu'ils sont utilisés dans le cadre de l'article 4.06 du Régime à l'intention des transfusés infectés par le VHC (le « Régime »), et à savoir qui doit porter le fardeau de prouver que des soins ou des médicaments sont « généralement reconnus ».
5. M. William Dermody a été nommé pour présenter des observations au nom du réclamant. J'ai reçu des observations de chacune des parties et j'en ai tenu compte. Bien que j'aie exposé les faits pertinents au présent renvoi dans mes motifs présentés antérieurement, je les reprends ici pour les besoins de la cause.
6. Le 12 avril 2001, la demande d'indemnisation du réclamant a été approuvée aux termes de la Convention de règlement. Le 2 mars 2005, le réclamant a présenté une demande de remboursement à l'Administrateur pour les soins qui lui avaient été prodigués par un naturopathe et dont le coût s'était élevé à 6 658,15 \$. Il a également demandé un remboursement pour des frais de voyage d'un montant de 1 985,59 \$.
7. Le réclamant a reçu les soins du naturopathe après avoir demandé à son médecin traitant de le référer. Le naturopathe lui avait administré des injections par voie intraveineuse qui avaient compris des vitamines, des minéraux, des antioxydants et des solutions homéopathiques. Le réclamant estime que les soins en question avaient amélioré sa santé de façon importante.
8. L'Administrateur a rejeté sa demande de remboursement au motif que les soins en questions n'étaient pas admissibles en vertu du Régime. Le réclamant a interjeté appel.
9. Dans le cadre de la procédure de renvoi, le Conseiller juridique du Fonds a écrit au médecin traitant du réclamant et lui a demandé si les soins administrés par le naturopathe étaient « généralement reconnus par le milieu médical pour le traitement du virus de l'hépatite C ou d'états pathologiques découlant du VHC ». En réponse, le médecin a déclaré ce qui suit : « En réponse à votre demande portant sur la question de savoir si les soins sont généralement reconnus par le milieu médical, je dirais qu'ils ne le sont pas ».
10. L'appel du réclamant a été entendu devant une juge arbitre le 9 septembre 2005. La juge arbitre a maintenu la décision de l'Administrateur de ne pas accorder d'indemnisation. Le réclamant a interjeté appel de la décision de la juge arbitre.

Norme de contrôle judiciaire

11. Dans une décision antérieure à l'instance en cause, la norme de contrôle judiciaire énoncée dans la décision *Jordan c. McKenzie* (1987), 26 C.P.C. (2e) 193 (confirmée par la Cour suprême de l'Ont., (1990), 39 C.P.C. (2e) 217 (C.A.) a été adoptée comme norme judiciaire à appliquer à des requêtes présentées par un réclamant rejeté qui s'oppose à la confirmation de la décision d'un juge arbitre. Dans la décision *Jordan*, le juge J. Anderson a affirmé que la Cour de révision « ne devait pas interférer avec le résultat, à moins qu'il y ait eu erreur de principe démontrée par les motifs du juge arbitre, une absence ou un excès de compétence ou une certaine erreur flagrante d'interprétation de la preuve ».

E

Analyse

12. Pour être admissible à un remboursement des frais de traitement, le réclamant doit satisfaire aux exigences énoncées à l'article 4.06 du Régime :

4.06 - La personne reconnue infectée par le VHC qui remet à l'administrateur une preuve satisfaisant ce dernier qu'elle a engagé ou engagera à l'égard de traitements et de médicaments généralement reconnus par suite de son infection par le VHC des frais qui ne sont pas recouvrables par le réclamant ou en son nom aux termes de tout régime public ou privé d'assurance-maladie a le droit de se faire rembourser tous les frais passés, présents ou futurs raisonnables ainsi engagés, dans la mesure où ces frais ne constituent pas des frais engagés pour des soins ou pour perte de services domestiques, aux conditions suivantes :

- a. les frais ont été engagés suivant la recommandation du médecin traitant du réclamant;
- b. si les frais ont été engagés à l'extérieur du Canada, le montant de l'indemnisation ne peut dépasser le moindre du montant de l'indemnisation payable si les frais avaient été engagés dans la province ou le territoire où le réclamant réside ou est réputé résider ou du montant réel des frais.

13. En outre, l'article 4.06 est repris par les dispositions du Protocole approuvé par les tribunaux (PAT) « Dépenses médicales non assurées et frais remboursables (articles 4.06 et 4.07 des Régimes à l'intention des transfusés et des hémophiles infectés par le VHC) » (le « PAT »). Les dispositions pertinentes du PAT sont les suivantes :

1. Pour les fins du présent protocole, « médecin traitant » désigne un médecin qui traite ou qui a traité la Personne Infectée par le VHC pour son infection par le VHC ou ses états pathologiques causés par cette infection. ...

3. En consultation avec un médecin spécialiste de l'une ou plusieurs des spécialités énumérées au formulaire Tran 2/Hemo 2 (« médecin spécialiste au titre du VHC »), l'Administrateur dressera une liste des médicaments et traitements recommandés ou prescrits dans le cas des personnes infectées par le VHC pour traiter leur infection par le VHC et les états pathologiques causés par cette infection, et qui sont approuvés de façon générale par la collectivité médicale (la « Liste des médicaments approuvés au titre du VHC »). L'Administrateur mettra à jour cette liste périodiquement, à sa discrétion. ...

6. Lorsque l'une des exceptions décrites ci-dessus s'applique ou si la demande d'indemnisation contient des items qui ne sont pas accompagnés de reçus,

l'Administrateur exigera que la personne infectée par le VHC lui fournisse un formulaire rempli par un médecin traitant confirmant qu'il a prescrit ou recommandé les items réclamés à titre de traitement ou de médication pour son infection par le VHC ou pour des états pathologiques reliés à l'infection par le VHC. Si le médecin traitant est un médecin spécialiste au titre du VHC, le médecin traitant devra confirmer que les traitements ou médicaments prescrits ou recommandés sont des traitements ou médicaments généralement reconnus au sein du milieu médical comme traitement pour l'infection par le VHC ou pour les états pathologiques causés par l'infection par le VHC. Si le médecin traitant n'est pas un médecin spécialiste au titre du VHC, l'Administrateur consultera un médecin spécialiste au titre du VHC qui lui indiquera si les items réclamés sont généralement reconnus par le milieu médical comme traitement pour l'infection par le VHC ou les états pathologiques causés par l'infection par le VHC.

a) La portée des termes « généralement reconnus »

14. L'article 4.06 du Régime stipule que le réclamant sera remboursé pour des traitements qui (i) ont été recommandés par son médecin traitant et ii) sont « généralement reconnus ». Tel qu'indiqué plus haut, j'ai demandé qu'on me présente des observations sur la portée des termes « généralement reconnus ».

15. M. Dermody, le Conseiller juridique du réclamant, soutient que pour que les traitements soient « généralement reconnus », ils doivent simplement être raisonnables ou légitimes et tenir compte de l'état de santé du réclamant. Il soutient que les termes du Régime n'exigent pas que les traitements soient « généralement reconnus par le milieu médical ». Il soutient qu'il faut uniquement que les coûts aient été engagés sur recommandation du médecin traitant du réclamant.

16. Les membres du Comité conjoint soutiennent qu'il appartient au milieu médical d'établir le cadre approprié des termes « généralement reconnus. » Le Fonds n'a donc pas à défrayer les coûts des traitements sauf si ces derniers sont jugés efficaces.

17. Le Conseiller juridique du Fonds soutient que ce qui constitue un traitement « généralement reconnu » est une question que doit être tranchée par un expert médical possédant une formation de spécialiste dans le domaine du VHC. En outre, le Conseiller juridique du Fonds soutient qu'il appartient à l'Administrateur de prendre une décision factuelle et, lorsqu'il y a appel, la décision appartient au juge arbitre qui doit tenir compte de l'état de santé du réclamant, de la portée des tests et des études liés au traitement et de son efficacité et sécurité.

18. En évaluant les arguments qui m'ont été présentés, j'ai tenu compte de l'analyse portant sur la cause *Flora v. Ontario Health Insurance Plan (General Manager)* 83 O.R. (3d) 721 (Ontario Div. Ct), aff'd [2008] O.J. No. 2627 (CA) tenue devant la Cour divisionnaire de l'Ontario. Dans la

cause en question, le tribunal a examiné la signification des termes « généralement reconnus en Ontario », termes qui font partie de l'article 28.4 (2) du Règlement 552 (le « Règlement ») de la Loi sur l'assurance-santé de l'Ontario, L.R.O. 1990, c. H.6 (« LAS »).

19. Dans la cause *Flora*, la partie appelante avait interjeté appel de la décision de la Commission d'appel et de révision des services de santé qui avait confirmé la décision du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (« RAMO ») de refuser de rembourser la partie appelante en rapport avec les coûts d'une greffe du foie. L'appelant avait subi le traitement en Angleterre.

20. Le motif de la décision de la Commission d'appel de refuser de rembourser l'appelant avait été son interprétation et son application de l'article 28.4(2) du Règlement. En vertu du paragraphe 28.4(2), le traitement n'était pas un service assuré, c'est-à-dire que l'appelant n'avait pas droit au remboursement si le traitement n'était pas « généralement reconnu en Ontario comme traitement approprié pour une personne étant dans le même état de santé que la personne assurée ». Après avoir entendu le témoignage d'un certain nombre de médecins de l'Ontario, la Commission a conclu que, selon les critères en vigueur en Ontario, l'appelant n'était pas un candidat approprié pour une transplantation du foie. En conséquence, la Commission a conclu que l'intervention chirurgicale subie en Angleterre n'était pas « généralement reconnue en Ontario » et, par conséquent, le remboursement n'était pas autorisé dans le cadre des dispositions de l'article 28.4(2).

21. Lors de l'appel, J. Epstein, (qui parlait alors au nom) des tribunaux, a donné l'interprétation suivante de l'article 28.4(2) :

[99] Le libellé de l'article 28.4 du Règlement établit clairement que le but de la disposition est d'assurer à même les fonds pour soins de santé publique le remboursement des traitements obtenus à l'extérieur du Canada qui auraient été fournis aux résidents assurés en Ontario sans l'avoir été parce que le délai nécessaire pour obtenir les mêmes traitements en Ontario aurait entraîné le décès ou parce que de telles interventions n'étaient pas disponibles en Ontario...

[100] Il appartient au RAMO de décider si les exigences réglementaires sont satisfaites ou non en tenant compte de l'état de santé particulier de la personne visée ainsi que de la preuve médicale quant à l'acceptation générale en Ontario du traitement à donner à un patient dans un tel état de santé. La décision en question est de nature factuelle et tient compte de la spécificité de l'état de santé du patient, des aspects de nature clinique et des normes éthiques et professionnelles.

[101] Il est raisonnable de restreindre le financement des traitements médicaux hors du pays à ceux « généralement reconnus en Ontario comme étant appropriés pour une personne étant dans le même état de santé que la personne assurée ». Cette restriction permet de s'assurer que le financement de traitements médicaux subis à l'extérieur du pays soit juste et égal et qu'il respecte les normes médicales et déontologiques en vigueur en Ontario tout en protégeant les patients vulnérables de l'Ontario de manière responsable et rentable.

...

[103] Il n'existe aucune norme reconnue en matière de soins de santé au plan international ou mondial. Afin d'établir si le traitement est généralement reconnu comme étant approprié pour un patient, le RAMO s'appuie sur l'avis des médecins de l'Ontario dont les titres et qualités sont réglementés. La norme des traitements « généralement reconnus en Ontario » prévoit que le financement de traitements subis à l'extérieur du pays ne soit disponible que pour les traitements jugés en Ontario comme étant sûrs et efficaces.

[104] En outre, la norme pertinente aux traitements médicaux généralement reconnus en Ontario limite le financement public aux interventions établies par les médecins de l'Ontario comme ayant une certaine valeur clinique... [C'est nous qui soulignons]

22. Bien que l'article 28.4(2) du Règlement dont il est question dans la cause *Flora* soit formulé différemment de la disposition de l'article 4.06 du Régime – avec le qualificatif supplémentaire « en Ontario », l'analyse des tribunaux est néanmoins utile en ce qui concerne les points en cause ici.

23. Dans la cause *Flora*, les tribunaux ont conclu que ce qui constituait un traitement « généralement reconnu en Ontario » était « une question factuelle qui tenait compte des spécificités du cas de la personne, des aspects cliniques et des normes professionnelles et éthiques », et que le remboursement d'un traitement médical était limité aux traitements jugés « sûrs et efficaces » et « d'une certaine valeur clinique ». À mon avis, l'article 4.06 du Régime prévoit des exigences similaires.

24. Je ne suis pas convaincu par les arguments du réclamant selon lesquels l'article 4.06 ne relève pas du milieu médical. Le libellé indique clairement que l'article relève du milieu médical. Premièrement, il faut que le médecin traitant d'un réclamant recommande le traitement ou le médicament. Deuxièmement, les médicaments et le traitement sont, de par leur nature même, une question qui relève du milieu médical. Les articles 3 et 6 du PAT font spécifiquement référence au « milieu médical ».

25. Par conséquent, les termes « généralement reconnus » relèvent clairement du milieu médical. Cela dit cependant, je ne peux pas accepter l'argument du Conseiller juridique du Fonds voulant que la question d'établir si un traitement particulier « généralement reconnu » relève de la seule discrétion d'un expert médical ayant une formation spécialisée dans le domaine du VHC. L'article 4.06 stipule clairement que la preuve doit être présentée à l'Administrateur et qu'une telle preuve « doit satisfaire aux exigences de l'Administrateur ». Qu'un traitement ou que des médicaments soient « généralement reconnus » par le milieu médical est une décision que doit prendre l'Administrateur en s'appuyant sur les preuves qui lui sont présentées.

26. Les membres du Comité conjoint et le Conseiller juridique du Fonds (dans son argument subsidiaire) soutiennent que le Fonds ne devrait défrayer le coût d'un traitement ou d'un

médicament donné que si ce dernier est efficace. L'argument est conforme à l'analyse de la Cour divisionnaire dans la cause *Flora*, et je trouve que l'argument est convaincant.

27. Le libellé de l'article 4.06 vise à limiter le montant de l'indemnisation payable à un réclamant pour des traitements et des médicaments qui sont « généralement reconnus » par le milieu médical. Les fonds prévus aux termes du Régime ne sont pas inépuisables. Le Régime ne devrait pas être tenu de rembourser les réclamants pour des médicaments et des traitements qui n'offrent aucune preuve objective évidente quant à leur efficacité et leur sécurité.

28. En résumé, il appartient au milieu médical d'établir le contexte approprié pour les termes « généralement reconnus » et le réclamant ne doit être remboursé que pour des médicaments et des traitements qui sont jugés sans danger et qui sont efficaces.

b) Le fardeau de prouver ce qui est un traitement « généralement reconnu »

29. Le Conseiller juridique du réclamant soutient qu'il appartient au Régime d'établir ce qui est un traitement « généralement reconnu », mais concède qu'il faut s'attendre à ce que le réclamant coopère et participe à en fournir une preuve satisfaisante.

30. Le Comité conjoint soutient que le fardeau incombe à l'Administrateur, notant que cette exigence est conforme au PAT (voir notamment les articles 3 et 6).

31. Le Conseiller juridique du Fonds soutient qu'en vertu du PAT, il incombe à l'Administrateur de dresser une liste des médicaments et des traitements qui sont généralement reconnus par le milieu médical et, à l'égard des traitements ou des médicaments ne figurant pas sur la liste des médicaments relatifs au VHC, le réclamant a le fardeau d'obtenir l'avis de son médecin traitant afin de savoir si le traitement est « généralement reconnu ». Toutefois, dans les cas où le médecin traitant du réclamant n'est pas un spécialiste du VHC, il incombe à l'Administrateur d'obtenir l'avis d'un spécialiste du VHC.

32. Le Conseiller juridique du Fonds soutient également que selon l'article 12 (préalablement l'article 10) du PAT, l'Administrateur doit payer des frais raisonnables au médecin traitant qui devra remplir les formulaires portant sur une demande d'indemnisation.

33. À mon avis, les observations du Conseiller juridique du Fonds sont conformes aux termes utilisés dans le Régime et, notamment, l'article 6 du PAT. Le réclamant est déjà tenu d'obtenir de son médecin traitant un formulaire dûment rempli indiquant que le traitement ou médicament a été recommandé par le médecin traitant. Si le médecin traitant est un spécialiste du VHC, il n'est pas déraisonnable d'exiger que le réclamant fournisse des précisions de son médecin traitant quant à savoir si le traitement ou le médicament est « généralement reconnu » par le milieu médical, tel que prévu au paragraphe 6 du PAT. Dans les cas où le médecin du réclamant n'est

pas un spécialiste du VHC, le fardeau incombe à l'Administrateur. Dans les deux cas, l'Administrateur doit payer les frais raisonnables engagés par un médecin traitant.

34. Je voudrais cependant ajouter l'étape suivante au processus. Dans les cas où un spécialiste du VHC a déclaré que le traitement n'est pas « généralement reconnu » par le milieu médical, la question n'est pas nécessairement résolue. Le fardeau incombe alors au réclamant qui doit apporter la preuve convaincante du contraire. Tel qu'indiqué plus haut, que le traitement ou médicament soit « généralement reconnu » ou non est une question de fait qu'il revient à l'Administrateur de résoudre ou, en appel, à un juge arbitre; ce n'est pas une décision qui doit être tranchée uniquement par un spécialiste du VHC. Dans les cas où un spécialiste du VHC a informé l'Administrateur que le traitement en question n'est pas « généralement reconnu » par le milieu médical, le réclamant doit avoir la possibilité de présenter des preuves convaincantes du contraire.

c) L'appel du réclamant

35. J'en viens maintenant à l'appel du réclamant. Afin de satisfaire à l'article 4.06 du Régime, le traitement que le réclamant a reçu doit être « généralement reconnu » par le milieu médical. Il doit également avoir été recommandé par le médecin traitant du réclamant.

36. Le médecin traitant du réclamant a déclaré que le traitement homéopathique administré au réclamant n'était pas « généralement reconnu » par le milieu médical comme traitement contre le VHC ou comme traitement d'états de santé dus à une infection par le VHC. Par conséquent, conformément à l'analyse susmentionnée, le fardeau passe donc de l'Administrateur au réclamant. Il incombe donc au réclamant de présenter des preuves convaincantes établissant que le traitement qu'il a reçu était « généralement reconnu » par le milieu médical.

37. Le Conseiller juridique du réclamant soutient que les traitements liés au VHC demeurent en constante évolution. Il soutient qu'avant de recevoir son traitement homéopathique, le réclamant ressentait que son état de santé déclinait en raison de son infection par le VHC et que suite au traitement, sa santé s'était améliorée au point de pouvoir vivre de façon autonome. L'avocat du réclamant soutient que le traitement n'avait pas été une fantaisie ou sans aucun fondement scientifique, médical ou physiologique. Il affirme que personne n'avait remis en question le bien-fondé ou l'efficacité du traitement et que les coûts n'avaient pas été exorbitants.

38. Malheureusement, la preuve du réclamant ne dépasse pas le récit subjectif ou anecdotique du traitement reçu. Les preuves anecdotiques, c'est-à-dire un compte rendu personnel fourni par le réclamant à savoir qu'il avait trouvé bénéfique une forme particulière du traitement - dans la situation qui nous occupe, ne répondaient pas, selon moi, à une norme de « preuve convaincante ». En conséquence, le réclamant n'est pas admissible à un

remboursement des coûts de son traitement de naturopathie en vertu des modalités et conditions de la Convention de règlement.

39. Le médecin traitant du réclamant a recommandé un naturopathe mais seulement en réponse à la demande du réclamant. Il est donc plausible que la première exigence en vertu de l'article 4.06 du Régime ait été satisfaite. Étant donné que le réclamant n'a pas réussi à répondre à la deuxième exigence en vertu de l'article 4.06, il n'est pas nécessaire de décider si la première exigence a été satisfaite.

40. La demande du remboursement des frais de voyage présentée par le réclamant doit également être rejetée. L'article 4.07 prévoit le remboursement des frais de voyage, mais seulement si les dépenses en question sont liées à la « recherche d'avis médicaux ou de médicaments ou de traitements généralement reconnus ». Le traitement reçu par le réclamant n'était pas « un avis médical » et, comme indiqué plus haut, le réclamant n'a pas réussi à établir que le traitement était « généralement reconnu ».

Conclusion

41. À mon avis, la juge arbitre n'a commis aucune erreur de principe en ce qui concerne l'aspect compétence ou ne s'est pas méprise sur la preuve qui lui a été présentée. En conséquence, la décision de la juge arbitre est confirmée.

Signature sur original
Winkler J.

Décision rendue le 23 juillet 2013