

**PROTOCOLE APPROUVÉ PAR LES TRIBUNAUX****INDEMNITÉ DE DISTRIBUTION SPÉCIALE - INDEMNISATION POUR LA PERTE  
DE SERVICES DOMESTIQUES DANS LE CAS  
DES PERSONNES À CHARGE VIVANTES PRÉSENTANT UNE INVALIDITÉ  
TOTALE ET PERMANENTE**

(version modifiée - 2024)

**Ce protocole s'applique aux demandes des réclamants pour l'indemnité de distribution spéciale permettant de prolonger la durée des paiements pour perte de services, tel que prévu par les ordonnances/jugement de mise en œuvre de l'allocation de 2017.<sup>1</sup>**

1. Le présent protocole s'applique aux Personnes à charge reconnues qui sont totalement et définitivement invalides et aux Personnes à charge reconnues suite à une réclamation tardive qui sont vivantes et qui reçoivent ou ont reçu une indemnisation pour la perte des services domestiques de la Personne infectée par le VHC décédée et qui demandent l'indemnité de distribution spéciale permettant de prolonger les paiements pour perte de services au-delà de l'espérance de vie théorique calculée actuariellement de la Personne infectée par le VHC décédée dont elles étaient à la charge.
2. Pour que le réclamant soit admissible à l'indemnité de distribution spéciale permettant de prolonger les paiements pour perte de services, l'Administrateur doit être convaincu, selon la prépondérance des probabilités, que la Personne à charge reconnue ou Personne à charge reconnue suite à une réclamation tardive est atteinte d'une invalidité totale et permanente telle que définie au paragraphe 3 du présent protocole et que son invalidité totale et permanente satisfait aux exigences supplémentaires du paragraphe 4 du présent protocole.
3. Aux fins du présent protocole, on entend par "invalidité totale et permanente":
  - (a) une déficience mentale ou physique substantielle à long terme et d'une durée indéfinie ou qui est susceptible d'entraîner la mort; et
  - (b) pour les réclamants âgés de moins de 65 ans au moment de leur demande, la déficience mentale ou physique doit, de façon régulière, empêcher le réclamant d'effectuer tout type de travail substantiellement rémunérateur; ou

---

<sup>1</sup> Jugement du Québec daté du 29 novembre 2017, para. 12, Ordonnance de l'Ontario datée du 12 décembre 2017, para. 6, et Ordonnance de la Colombie-Britannique datée du 19 décembre 2017, par. 6

- (c) pour les réclamants âgés de 65 ans ou plus au moment de leur demande, la déficience mentale ou physique doit restreindre de manière significative la capacité du réclamant à accomplir les activités de la vie quotidienne.
4. Aux fins du présent protocole :
- (a) le médecin traitant du réclamant doit certifier que le réclamant est atteint d'une invalidité totale et permanente;
  - (b) le médecin traitant du réclamant doit également certifier la cause de l'invalidité totale et permanente du réclamant;
  - (c) la cause de l'invalidité totale et permanente du réclamant ne doit pas être liée à son âge; et
  - (d) la cause de l'invalidité totale et permanente du réclamant doit être antérieure à l'espérance de vie théorique calculée actuariellement de la Personne infectée par le VHC décédée.
5. Le fardeau de la preuve de son admissibilité incombe au réclamant. L'Administrateur aide le réclamant en lui indiquant quels types de preuves seraient utiles pour s'acquitter de son fardeau de preuve conformément au présent protocole.
6. Outre l'attestation du médecin traitant du réclamant, voici quelques exemples de preuve que l'Administrateur peut exiger pour déterminer si le demandeur est admissible :
- (a) les dossiers médicaux et cliniques de toutes les hospitalisations et de tous les médecins traitants du réclamant pour la période que l'Administrateur juge pertinente;
  - (b) une déclaration sous serment du réclamant; et
  - (c) un entretien ou une déclaration sous serment de toute personne qui, selon l'Administrateur, pourrait avoir des connaissances sur la déficience, sa durée ou les restrictions qu'elle impose au réclamant.
7. Si l'Administrateur n'est pas convaincu que les preuves et les informations fournies à l'appui de la demande du réclamant sont suffisamment complètes dans toutes les circonstances du cas particulier pour lui permettre de prendre une décision, il effectue les investigations supplémentaires suivantes :

- (a) obtenir les informations et dossiers supplémentaires que l'Administrateur, à son entière discrétion, juge nécessaires pour éclairer sa décision; et
  - (b) demander un avis médical et/ou un examen médical à un expert médical indépendant choisi par l'Administrateur sur toute question médicale qui, selon l'Administrateur, l'aidera à prendre sa décision.
8. L'Administrateur évalue l'ensemble des preuves et des informations obtenues, y compris les preuves et les informations obtenues dans le cadre des investigations supplémentaires requises par le présent protocole, et détermine si le réclamant remplit les critères d'admissibilité selon la prépondérance des probabilités.
9. Si l'Administrateur détermine que:
- (a) le réclamant ne remplit pas les conditions d'admissibilité énoncées au paragraphe 2 du présent protocole sur la base des preuves et des informations obtenues; ou
  - (b) les preuves et les informations obtenues ne sont pas suffisamment complètes dans toutes les circonstances du cas particulier pour lui permettre de prendre une décision après avoir entrepris toutes les démarches requises par le présent protocole;
- il rejette la demande de prolongation des paiements pour perte de services présentée par le réclamant.
10. Lorsque l'Administrateur refuse la demande de prolongation des paiements d'un réclamant en vertu du paragraphe 9 du présent protocole, il informe celui-ci de son droit de faire appel de la décision auprès d'un juge-arbitre ou d'un arbitre.
11. Une fois que l'Administrateur a déterminé que la Personne à charge reconnue ou la Personne à charge reconnue suite à une réclamation tardive a établi qu'elle est atteinte d'une invalidité totale et permanente en vertu du présent protocole, en vertu de l'indemnité de distribution spéciale permettant de prolonger les paiements pour perte de services, cette indemnisation sera payable jusqu'à la fin de sa vie tant que l'Administrateur est convaincu qu'elle demeure atteinte d'une invalidité totale et permanente conformément aux dispositions du présent protocole.
12. Au troisième anniversaire de la prolongation de l'indemnisation pour perte de services et à chaque troisième anniversaire subséquent de cette prolongation, l'Administrateur exige la preuve médicale d'une invalidité totale et permanente continue qu'il juge raisonnable dans

toutes les circonstances du cas particulier. Si la preuve médicale ne confirme pas l'existence d'une invalidité totale et permanente ou si la preuve médicale n'est pas fournie dans les 60 jours suivant la date à laquelle l'Administrateur a informé le réclamant que l'indemnisation cessera si la preuve médicale demandée n'est pas fournie, l'Administrateur cesse les paiements relatifs à la perte de services.

13. Lorsque l'Administrateur met fin à la prolongation de l'indemnisation pour perte de services en vertu du paragraphe 12 du présent protocole, il informe le réclamant de son droit de faire appel de la décision auprès d'un juge-arbitre ou d'un arbitre. Si les paiements pour perte de services sont interrompus parce que le réclamant n'a pas fourni de preuve médicale dans les 60 jours prévus au paragraphe 12, l'Administrateur informe également le réclamant qu'il peut demander le rétablissement de ces paiements en fournissant une preuve médicale d'invalidité totale et permanente.
14. Les paiements à effectuer en vertu du présent protocole seront rétroactifs au mois suivant immédiatement la date théorique calculée actuariellement du décès de la Personne infectée par le VHC, sauf lorsque les paiements doivent être versés à la suite d'une demande acceptée de rétablissement des paiements pour perte de services qui ont été interrompues en vertu du paragraphe 12.
15. L'invalidité totale et permanente d'un réclamant doit être certifiée par son médecin traitant en premier lieu. Une fois que l'Administrateur a déterminé qu'un réclamant est atteint d'une invalidité totale et permanente, la preuve médicale de l'invalidité totale et permanente continue qui peut être exigée de temps à autre peut être fournie par le médecin traitant du réclamant ou par une infirmière praticienne ou un autre professionnel de la santé similaire autorisé à fournir de tels services dans la juridiction du réclamant et qui est impliqué dans le traitement médical continu du réclamant.
16. L'Administrateur paiera un montant raisonnable pour les honoraires d'un médecin traitant, d'une infirmière praticienne ou d'un autre professionnel autorisé de la santé pour remplir tout formulaire et/ou pour obtenir des dossiers hospitaliers ou autres dossiers médicaux nécessaires pour étayer une demande de prolongation en vertu de cette indemnité de distribution spéciale. En évaluant un montant raisonnable pour les honoraires, l'Administrateur tiendra compte du *British Columbia Medical Association Schedule of Revised Fees for Uninsured Services* en vigueur le 1er avril 2022, après indexation en dollars d'aujourd'hui.