

**DÉCISION DU JUGE ARBITRE
RECOURS COLLECTIFS RELATIFS À
L'HÉPATITE C
1^{er} JANVIER 1986 au 1^{er} juillet 1990**

Réclamant :	N° 1000277
Dossier numéro	416611-8
Province où a eu lieu l'infection :	Alberta
Province de résidence :	Alberta
Date :	Le 28 avril 2006

DÉCISION

1. Le 4 septembre 2001, l'Administrateur a rejeté la demande d'indemnisation du réclamant comme personne directement infectée, conformément au Régime à l'intention des transfusés infectés par le VHC en raison des résultats négatifs des tests de retraçage du sang du réclamant reçu au cours de la période visée par les recours collectifs et en raison du fait qu'aucune preuve suffisante n'a été fournie permettant d'établir que le réclamant a été infecté pour la première fois par le VHC par suite de l'une ou l'autre des dites transfusions.
2. Le réclamant a demandé qu'un juge arbitre soit saisi de la décision de l'Administrateur lors d'une audience.
3. L'audience a débuté à Edmonton, en Alberta les 13 et 14 mai 2002. Tel que convenu par les parties, elle a été ajournée au 7 août 2002, puis de nouveau au 19 et au 20 février 2003, puis au 20 janvier et au 17 mars 2005. Plusieurs conférences téléphoniques ont eu lieu entre les susdites dates. Le réclamant a personnellement été présent au cours de la première matinée de l'audience, mais a été représenté par son père par la suite.
4. Le père du réclamant a retenu les services d'un Conseiller juridique le 10 octobre 2002 pour l'aider jusqu'à la fin du renvoi.
5. Le 25 novembre 2005, les parties ont convenu de compléter la liste des pièces pour le présent renvoi et de soumettre toutes les observations par écrit avant le 21 mars 2006.
6. Cent une (101) pièces ont été présentées, y compris des notes dactylographiées sur les délibérations préparées par le juge arbitre lors des deux premières audiences.

La question

7. Les parties reconnaissent que dans le présent renvoi, la question est de savoir si l'appelant s'est acquitté du fardeau de la preuve selon la prépondérance des probabilités civiles à l'effet que l'infection a probablement été causée par une des transfusions reçues au cours de la période visée par les recours collectifs, tel que requis par l'article 3.04 de la Convention de règlement.
8. L'article 3.04 de la Convention de règlement prévoit ce qui suit :
 - (1) Malgré toute autre disposition du présent régime, si les résultats d'une procédure d'enquête démontrent que l'un des donneurs ou l'une des unités de sang reçues par une personne infectée par le VHC ou une personne infectée par le VHC qui s'exclut avant le 1^{er} janvier 1986 est ou était anti-VHC positif ou qu'aucun des donneurs ou des unités de sang reçues par une personne directement infectée ou une personne directement infectée qui s'exclut au cours de la période visée par les recours collectifs n'est ou n'était anti-VHC positif, sous réserve des dispositions du paragraphe 3.04(2), l'administrateur doit rejeter la réclamation de cette personne infectée par le VHC et toutes les réclamations ayant trait à cette personne infectée

par le VHC ou à cette personne infectée par le VHC qui s'exclut, y compris les réclamations des personnes indirectement infectées, des représentants personnels au titre du VHC, des personnes à charge et des membres de la famille.

- 2) Le réclamant peut prouver que la personne directement infectée ou la personne directement infectée qui s'exclut concernée a été infectée pour la première fois par le VHC par suite d'une transfusion de sang reçue au Canada au cours de la période visée par les recours collectifs ou que la personne indirectement infectée ou la personne indirectement infectée concernée qui s'est exclue du recours collectif dans le cadre duquel elle serait autrement un membre des recours collectifs a été infectée pour la première fois par le VHC par son conjoint qui est une personne directement infectée ou une personne directement infectée qui s'exclut ou un parent qui est une personne infectée par le VHC ou une personne infectée par le VHC qui s'exclut, en dépit des résultats de la procédure d'enquête. Il est précisé pour plus de certitude que les frais d'obtention de la preuve visant à réfuter les résultats d'une procédure d'enquête sont à la charge du réclamant, sauf décision contraire d'un juge arbitre, d'un arbitre ou d'un tribunal.
9. Le 15 janvier 2002, le réclamant a affirmé que les transfusions de sang demeuraient l'unique source la plus probable de l'infection, et les transfusions de la période visée par les recours collectifs étaient, selon la prépondérance des probabilités, la source la plus probable de l'infection, pour les raisons suivantes :
- (a) En raison de son âge, de son mode de vie et des traitements médicaux, il n'y avait aucune probabilité que des activités à risque élevé aient pu causer l'infection;
 - (b) Les produits du sang au Canada, durant la période visée par les recours collectifs, étaient moins sûrs que ceux introduits en juin 1990 en raison des procédures améliorées de dépistage et de détection des virus et d'un plus faible risque de contamination;
 - (c) Les transfusions de sang après 1990 provenaient de « sang irradié », ce qui a permis de réduire encore plus le risque d'infection après juin 1990, parce que l'irradiation du sang peut inactiver ou réduire les virus transportés par le sang.
 - (d) Les résultats des tests de retraçage ne sont souvent pas fiables.

Faits convenus

10. Aucune des parties n'a contesté les faits suivants :
- (a) Le réclamant est né le 1^{er} février 1985.
 - (b) Le 19 mars 2002, la mère du réclamant s'est avérée négative suite au test de dépistage de l'hépatite C

- (c) L'infection dans ce cas n'aurait pas pu survenir des suites d'activités à risque élevé, telles que l'utilisation de drogues illicites, de tatouages, de percements ou d'infections périnatales ou autres comportements sociaux à risque élevé.

La preuve

- 11. Un des documents déposés au moment de la demande d'indemnisation initiale a été un formulaire Tran 2 rempli par le docteur McGonigle en date du 22 août 2000 qui indiquait (à la page 5 de la section F - Vérification de la maladie, paragraphe 1) que les facteurs de risque comprenaient des transfusions de sang reçues en dehors de la période du 1^{er} janvier 1986 au 1^{er} juillet 1990.
- 12. Le père du réclamant a présenté le témoignage suivant :
 - (a) Au printemps de 1990, on a diagnostiqué que le réclamant était atteint d'un neuroblastome, un cancer dont le taux de guérison est inconnu au Canada;
 - (b) Le réclamant a subi une chirurgie le 2 mai 1990 pour lui enlever une masse sur la glande rénale au-dessus des reins; il a reçu une transfusion de sang le même jour;
 - (c) On lui a transfusé d'autre sang à deux reprises, soit le 31 mai et le 12 juin 1990;
 - (d) Le réclamant a reçu deux injections d'un produit de sang connu sous le nom de MZVIG le 22 juin 1990;
 - (e) En octobre 1990 il lui a fallu des globules rouges et de nouveau en décembre 1990 et en janvier 1991, il a reçu du MZVIG en raison d'une varicelle détectée à son école;
 - (f) Le réclamant a dû recevoir de nouvelles transfusions en dehors de la période visée par les recours collectifs, soit le 5 février 1991, le 1^{er} mars 1991 et en avril 1991;
 - (g) Le père du réclamant a fait des recherches au sujet d'autres traitements possibles et a découvert un programme expérimental en Floride qui pouvait offrir quelque espoir durant une période de six mois alors que le réclamant serait et demeurerait en rémission;
 - (h) Selon sa recherche, le père du réclamant estimait que les chances de succès se situaient à environ 50 pour cent;
 - (i) Le réclamant a été inscrit au programme de traitement que le père a décrit comme étant le « University of Florida Shands University Hospital »;

- (j) On a prélevé de la moelle osseuse du corps du réclamant au moyen d'un traitement d'irradiation proto-corporel (protobody) deux fois par jour pendant trois jours dans le but de détruire toutes les cellules cancéreuses. On lui a ensuite administré une chimiothérapie dite « oblitive chemotherapy » afin de détruire les cellules restantes et d'arrêter toute reproduction de sang;
- (k) Le 10 mai 1991, le réclamant s'est fait réinjecter sa propre moelle osseuse prélevée dans le corps;
- (l) Suite au processus susmentionné, le réclamant a dû recevoir d'autres transfusions afin de lui transfuser des plaquettes sanguines et favoriser la coagulation du sang;
- (m) Le réclamant a reçu environ 30 transfusions en Floride;
- (n) En raison des réserves de sang (pooling), le père du réclamant n'était pas certain si les 30 transfusions comprenaient des donneurs multiples;
- (o) Le père du réclamant ne savait pas s'il y avait des tests de détection de l'hépatite C à l'époque, à l'hôpital de la Floride;
- (p) Le réclamant avait contracté une jaunisse et les tests avaient indiqué des résultats anti-VHA positifs à l'époque ;
- (q) Le père du réclamant n'était pas certain de l'âge des produits de sang de la Floride, de la nature des dosages de remplacement en Floride ou du moment où on avait commencé à les utiliser;
- (r) Le père du réclamant savait que les produits de sang fournis en Floride comprenaient des globules rouges, des plaquettes sanguines et du plasma, mais il n'a pu vérifier la nature des produits ou les autres détails, à savoir si les produits pouvaient être vieux d'un an, quand ils avaient été testés ou quand les unités avaient été prélevées auprès des donneurs;
- (s) Le père du réclamant n'a pas cherché à faire inscrire le réclamant à un recours collectif américain touchant l'hépatite C;
- (t) Le réclamant est retourné de la Floride à l'Alberta le 9 août 1991;
- (u) L'irradiation a affecté les reins et le foie, de sorte que les reins ont cessé de produire l'hormone requise pour produire le sang;
- (v) En août 1991, le réclamant a reçu 2 autres unités qui ont augmenté son niveau d'hémoglobine à 15;

- (w) Le réclamant ne pouvait pas produire de l'hémoglobine et son niveau a alors chuté à 7;
- (x) Une autre transfusion a de nouveau augmenté son niveau d'hémoglobine, mais comme le réclamant ne pouvait toujours pas produire sa propre hémoglobine, le niveau a de nouveau baissé à 7;
- (y) Le réclamant a reçu de nouvelles transfusions de sang en décembre 1991, en février et en mars 1992;
- (z) En avril, on a commencé à lui transfuser des produits de sang artificiels et à lui donner des injections;
- (aa) En avril 1992, le docteur McGonigle, un médecin pédiatre albertain est devenu le coordonnateur du programme de traitement du cancer pour le réclamant;
- (bb) Le docteur McGonigle n'était pas au courant des détails des 30 transfusions en Floride;
- (cc) Le père du réclamant est devenu préoccupé en juin 1992 au sujet des transfusions de sang et en particulier, à savoir si le réclamant pouvait avoir contracté l'hépatite C; il a demandé aux professionnels responsables des traitements de lui transfuser des produits de sang artificiels;
- (dd) Le père du réclamant savait que les médecins responsables du traitement ne croyaient pas que les tests de détection de l'hépatite C donneraient alors des résultats concrets, car le réclamant était alors immunodéprimé;
- (ee) En raison des préoccupations de la famille du réclamant au sujet de l'hépatite C, on a effectué un test le 10 juin 1992 pour détecter l'hépatite A, B et C; ce dernier a révélé, *entre autres choses*, qu'il n'y avait aucun anticorps du virus de l'hépatite C;
- (ff) En octobre 1992, le réclamant a été exposé à une varicelle et a de nouveau reçu du MVZIG qui, selon le père du réclamant, a été la dernière fois où il a reçu des produits de sang;
- (gg) Cinq mois plus tard, les reins du réclamant ont commencé à produire des hormones et il a commencé à produire son propre sang;
- (hh) Dès 1998, le réclamant a commencé à faire des progrès et, même si ses reins étaient endommagés, ses reins fonctionnaient néanmoins à 50 %;
- (ii) La fonction hépatique du réclamant a semblé diminuer, ce qui a causé des

inquiétudes chez le père du réclamant qui était préoccupé par l'hépatite C et a demandé un test de détection de l'hépatite ;

- (jj) Le test a eu lieu le 5 juillet 1999 et a donné un résultat positif à l'effet que le réclamant était infecté par le virus de l'hépatite C;
 - (kk) Le père du réclamant n'a jamais demandé les dossiers de l'hôpital de la Floride ou de détails sur les transfusions en Floride. Le père du réclamant a témoigné qu'il croyait que ce serait trop difficile de les obtenir.
13. La Société canadienne du sang (« SCS ») a transmis une lettre au coordonnateur des demandes de renvoi et d'arbitrage en date du 20 février 2002 (pièce 3) qui décrivait son programme d'avis de litiges pour les retraçages requis par l'Administrateur du Fonds, et qui a transmis les demandes au centre de service de sang régional approprié de la SCS qui a alors effectué l'enquête de retraçage et qui a reçu une demande de retraçage de l'Administrateur du Fonds le 6 novembre 2000.
 14. Dans la présente cause, une enquête de retraçage avait été entreprise en 1999 et avait confirmé que huit unités de globules rouges concentrées et de MVZIG 32 x 2 avaient été transfusées au réclamant entre le 12 décembre 1990 et le 31 mars 1992 au Cross Cancer Institute et que 6 unités de globules rouges concentrées et cinq de MVZIG avaient été transfusées entre le 2 mai 1990 et le 29 octobre 1992 au Alberta University Hospital.
 15. Suite à l'enquête de retraçage, on a établi que les trois donneurs des unités transfusées au cours de la période visée par les recours collectifs s'étaient subséquemment avérés anti-VHC négatifs.
 16. En ce qui a trait aux onze unités de globules rouges et cinq unités de MVZIG administrées après la période visée par les recours collectifs soit entre le 18 octobre 1990 et le 29 octobre 1992, dix donneurs des 10 unités de globules rouges transfusées après la période visée par les recours collectifs s'étaient par la suite avérés anti-VHC négatifs et le onzième donneur de l'unité numéro A-388525-9 avait reçu et signé une lettre recommandée de la SCS lui demandant de subir un test. Cependant, il n'a pas répondu à cette demande; il a reçu une demande subséquente qu'il a refusée le 29 janvier 2001.
 17. La SCS a utilisé le test de dépistage VHC 3.0 approuvé pour utilisation au Canada par Santé Canada en juin 1996.
 18. Tous les donneurs canadiens durant et après les recours collectifs ont été testés au moyen du test EIA 1.
 19. Le Conseiller juridique du Fonds a produit une lettre de Saskatchewan Health confirmant que le laboratoire provincial est le laboratoire de santé publique et de

référence pour la province; qu'il est accrédité par le collège des médecins et des chirurgiens de la Saskatchewan et qu'il utilise la technique AXSYM 1 system HCV3, version 1.00.1 de la société Abbott qui est une méthode de troisième génération de la méthode ELISIA (sic) (pièce 8)

20. Le Conseiller juridique du Fonds a transmis au père du réclamant en date du 15 avril 2002 un avis à l'effet qu'il s'appuyait sur la lettre de Saskatchewan Health, une copie d'information du site Web du fabricant du MVZIG-58, un produit mentionné dans les documents de transfusion comme étant exclu de la définition du terme « sang » dans la Convention de règlement relative aux recours collectifs, de même qu'une décision de la Cour d'appel de la Colombie-Britannique, numéro 1300750.

Témoignage des experts

21. Le Conseiller juridique du Fonds a déposé la décision numéro 1300750 portant sur les recours collectifs relatifs à l'hépatite C. Cette décision fait référence à un avis médical du docteur Frank Anderson qui précise qu'il est rare pour une personne infectée d'éliminer l'anticorps de l'hépatite C et qu'il ne semblerait pas possible de le faire en moins de 20 ans.
22. Le Conseiller juridique du Fonds a présenté un rapport du docteur Stephen Kleinman daté du 15 avril 2002 (pièce 11) accompagné de son curriculum vitae et indiquant que le docteur Kleinman est un spécialiste dans le domaine des infections d'origine transfusionnelle ainsi que le confirmaient ses six années à titre de président de l'American Association of Blood Banks Transfusion Transmitted Diseases Committee, à titre d'investigateur principal dans de nombreuses recherches importantes parrainées par le gouvernement américain portant sur les infections d'origine transfusionnelle et à titre d'auteur de nombreux articles et chapitres de documents scientifiques approuvés par ses pairs sur les maladies et les infections d'origine transfusionnelle, y compris l'hépatite C.
23. Le docteur Kleinman a témoigné en personne afin de donner son avis et de se soumettre à un contre-interrogatoire du père du réclamant.
24. Le docteur Kleinman a précisé que le test ELISA 3 est l'« exemple idéal » de test en vigueur pour détecter l'anticorps de l'hépatite C. Il a indiqué qu'il y a plusieurs fabricants des tests ELISA 3 pour l'anticorps de l'hépatite C en Europe, mais seulement deux en Amérique du Nord, et que le test utilisé par la SCS était le plus sensible de tous les tests évalués. Il a indiqué que la SCS utilise le test qui détecte le mieux l'anticorps de l'hépatite C et, d'après le niveau actuel de connaissance, on peut dire que chez les spécimens qui s'avèrent négatifs suite au test ELISA 3, l'anticorps de l'hépatite C est absent.
25. Dans son rapport, il a présenté certaines définitions, y compris la définition de séroversion suivante :

Séroréversion : s'entend de la perte de l'anticorps de l'hépatite C alors qu'il a été détecté préalablement. Pour que la séroréversion ait lieu, un spécimen prélevé chez un patient à une date ultérieure doit s'avérer anti-VHC négatif, alors qu'un spécimen prélevé à une période antérieure doit s'avérer anti-VHC positif. Dans un tel cas, la séroréversion a eu lieu. Le moment exact de l'occurrence de la séroréversion ne peut souvent pas être établi, en raison d'un intervalle important entre le moment des prélèvements des spécimens positifs et négatifs.

26. Quant à la question de la séroréversion, il a précisé qu'on ne savait pas jusqu'à tout récemment que les personnes antérieurement infectées par l'hépatite C pouvaient éliminer l'anticorps de l'hépatite C avec le passage du temps, mais on sait maintenant que la séroréversion peut avoir lieu, bien que rarement, et que ce phénomène est le résultat le moins fréquent associé à l'infection par l'hépatite C. Le taux de séroréversion semble relié au temps écoulé à compter du début de l'infection et la sensibilité du test utilisé pour détecter l'anticorps de l'hépatite C. Chez certaines personnes qui se sont débarrassées de l'infection par l'hépatite C, le niveau des anticorps de l'hépatite C diminue avec le temps, de sorte que l'anticorps devient indétectable même au moyen des tests les plus sensibles.
27. Le docteur Kleinman a examiné les données connues sur la séroréversion et a conclu, à partir des études qu'il a examinées, qu'il ne sera plus possible de détecter l'anticorps du VHC chez environ 5 % des personnes infectées par l'hépatite C à environ 20 ans après l'infection. Les études n'ont fourni aucune information à savoir si l'anticorps de l'hépatite C aurait été présent à des intervalles plus courts que l'intervalle de 17 à 20 ans mentionné dans les études.
28. Il a exprimé l'avis que la période de temps la plus probable chez les personnes ayant connues une séroréversion ou qui perdent l'anticorps de l'hépatite C se présente comme suit :
 - (a) Infection par l'hépatite C;
 - (b) Réaction anti-VHC positive au test ACP environ deux semaines après l'infection (Development of a positive Hepatitis C PCR test approximately 2 weeks post-infection);
 - (c) Réaction positive au test de détection des anticorps du VHC environ 2 à 3 mois après l'infection (Development of a positive Hepatitis C antibody test at 2-3 months post-infection);
 - (d) Perte du virus dans le sang périphérique dans un délai de 6 mois après le diagnostic d'hépatite C ou dans un délai de 8 à 9 mois du début de l'infection. Une telle disparition de l'infection se produit chez environ 15 à 20 % des personnes infectées par le VHC. La

majorité de ces personnes continueront à démontrer qu'ils sont porteurs de l'anticorps de l'hépatite C pendant plusieurs décennies;

- (e) Chez un petit nombre de personnes qui élimineront le virus, il y aura diminution des niveaux du nombre d'anticorps pendant des périodes prolongées, ce qui résultera en une absence documentée d'anticorps détectables environ 20 ans après l'infection.
29. Il a conclu qu'il serait rare qu'un donneur, qui s'avère anti-VHC négatif suite au test de détection, ait transmis l'hépatite C lors d'un don préalable, étant donné qu'il faudrait qu'un donneur qui se débarrasse subséquemment de l'anticorps de l'hépatite C (en soi un événement rare) ait fait un don au cours des neuf mois durant lesquels ce donneur était potentiellement infectieux.
30. Il a noté qu'une autre utilisation du test ACP pour l'hépatite C est dans le cas des personnes dont le système immunitaire est déprimé. De telles personnes peuvent être infectées par le virus de l'hépatite C et ne pas être en mesure d'avoir une réaction immunitaire. Il a précisé que les données des études indiquaient que le phénomène d'un test ACP anti-VHC positif et d'un test de détection des anticorps du VHC négatif chez les personnes infectées par le VIH était rare.
31. Il a précisé que MVZIG est l'abréviation de la Viricella Zoster Immune Globulin fabriquée par le Massachusetts Public Health Biological Laboratories qui est infusée aux patients gravement immunodéprimés pour l'immuniser contre le virus du Viricella Zoster qui est l'agent de la varicelle, étant donné que la varicelle peut être mortelle chez un patient immunodéprimé.
32. Ce produit est un type spécialisé d'immunoglobuline préparé à partir d'un pool de plasma provenant de plusieurs donneurs de sang différents et d'une épuration subséquente de l'immunoglobuline par un procédé de fabrication.
33. Le docteur Kleinman a noté que le test du 7 juin 1992 du réclamant s'était avéré anti-VHC négatif, mais il n'était pas clair pour le docteur Kleinman quelle version du test avait été utilisée (ELISA 1, 2 ou 3), dans quelle mesure le patient était immunodéprimé à l'époque et si cela suffisait à empêcher la fabrication d'anticorps pour combattre les virus étrangers. Si non suffisant pour empêcher la fabrication d'anticorps, le réclamant n'aurait pas contracté l'hépatite C avant le 1^{er} juillet 1990 parce que les personnes ayant des systèmes immunitaires normaux infectés par l'hépatite C produisent un anticorps contre l'hépatite C détectable en moins de deux ans même en utilisant des versions plus anciennes du test ELISA.
34. Le docteur Kleinman a énuméré les sources possibles d'infection autres que la transfusion de sang, y compris :
- (a) Les infusions de MVZIG;

- (b) La moelle osseuse infusée durant la procédure de greffe de moelle osseuse;
 - (c) L'exposition iatrogénique résultant de procédures/traitements médicaux invasifs;
 - (d) L'exposition périnatale (qui est cependant rare et pourrait être exclue par un test d'hépatite C de sa mère - ce qui a été fait dans le cas présent).
35. De ces possibilités, il a noté :
- (a) qu'elles pourraient se produire, mais qu'elles étaient rares;
 - (b) qu'elles avaient été documentées, mais qu'elles étaient extrêmement inhabituelles;
 - (c) qu'elles sont possibles.
36. Quant à la possibilité d'infection découlant d'un des trois dons durant la période visée par les recours collectifs, il a indiqué que :
- (a) des trois unités de sang reçues durant la période visée par les recours collectifs, un des donneurs a continué à faire des dons de sang pour un total de 59 fois à compter de la date de la transfusion du réclamant jusqu'en 2002 et s'est subséquemment avéré anti-VHC négatif et est exclu comme source de l'infection du réclamant;
 - (b) Les deux autres n'ont fait aucun nouveau don, mais ont de nouveau subi le test de détection des anticorps de l'hépatite C au début de 1999 et se sont avérés anti-VHC négatifs au test ELISA 3.
37. Dix des 11 donneurs des unités transfusées en dehors de la période visée par les recours collectif ont également subi le test subséquemment durant des périodes s'échelonnant de 2 à 7,5 années et se sont avérés négatifs. Quatre ont été testés au moyen de l'ELISA 2, quatre au moyen de l'ELISA 3 et deux au moyen d'un test non spécifié, mais le docteur Kleinman croit qu'il s'agissait probablement du test ELISA 3, étant donné que ce test a été lancé en 1999. Un de ceux qui ont donné du sang en dehors de la période visée par les recours collectifs a refusé de se soumettre à un deuxième test.
38. Lors de son témoignage oral, le docteur Kleinman a réitéré son avis à l'effet que même si la séroversion peut se produire, elle était le résultat le moins fréquent associé à l'infection par l'hépatite C. Il a affirmé que les meilleures données provenaient d'une étude américaine qui a démontré que 7 % de ceux chez qui on avait détecté l'anticorps de l'hépatite C au moyen du test ELISA 2 au milieu des années 70 avaient éliminé l'anticorps 20 ans plus tard. Il a examiné l'étude irlandaise et l'étude de l'Allemagne de l'est et a conclu que chez 5 % des personnes

infectées, on ne l'aurait plus détecté après 20 ans, mais les études ne disent pas si l'anticorps de l'hépatite C serait présent ou absent avant 17 ans. Il a conclu que la possibilité de séroréversion dans le cas d'un des donneurs durant la période visée par les recours collectifs était éloignée, parce qu'il aura fallu qu'un tel donneur ait fait un don de sang durant seulement un intervalle de 9 mois alors qu'il était infectieux.

39. Le docteur Kleinman a exprimé l'avis qu'il était peu probable que l'infection ait été causée par le MVZIG.
40. Il a examiné les probabilités et a estimé qu'il était plus probable que l'infection avait été causée par quelqu'un dont les résultats de test ne s'étaient pas avérés négatifs plutôt que d'un cas où quelqu'un aurait été infecté et qui aurait, par la suite, éliminé l'anticorps.
41. Il n'avait jamais entendu dire que du sang irradié pouvait réduire le risque d'infection par l'hépatite C. À son avis, les doses ne seraient pas suffisantes pour détruire les virus dans le sang.
42. Il a conclu que ceux qui ne sont pas testés sont plus à risque *a priori*.
43. Il a en outre indiqué que la proposition à l'effet qu'un donneur aurait pu avoir éliminé l'anticorps entre le moment du don et celui du test doit s'appliquer à tous les donneurs en 1992.
44. Le réclamant a présenté une lettre du docteur Paul Grundy datée du 23 avril 2002. Le docteur Grundy avait travaillé comme oncologue pédiatre du réclamant depuis avril 1990. Le rapport comprenait la note suivante :
 - (a) On a documenté le fait que l'enzyme hépatique du (réclamant), le sérum glutamo-oxalacétique transaminase (SGOT), était légèrement élevée le 19 juin, soit de 61 unités/litre par rapport à son niveau normal lors du diagnostic. Le SGOT est demeuré légèrement élevé, soit entre 44 et 94 entre juin et décembre 1990. La bilirubine est demeurée dans la gamme normale pendant cette période. Le réclamant recevait une polychimiothérapie, bien que l'on ne connaisse particulièrement aucun des agents qu'il recevait « comme étant la cause d'une hépatite chimique »;
 - (b) Il connaissait le réclamant depuis qu'on le lui avait présenté en 1990 et au meilleur de sa connaissance, le réclamant n'avait pas été ou n'avait probablement pas été associé à des activités à risque élevé de contracter le virus de l'hépatite C autres que les produits de sang qu'il avait reçu, selon ce qu'on en savait;

- (c) Il était également impossible pour le réclamant d'avoir été infecté par la greffe de moelle osseuse, étant donné qu'il avait reçu de la moelle osseuse autologue.
45. La pièce 27 consiste en un rapport de docteur Roggendorf daté du 7 mai 2002 qui examine des documents publiés dans l'ancienne république démocratique allemande et qui fait état de découvertes indiquant qu'après une infection par une hépatite C aiguë et une solution d'anticorps, différents antigènes survivent pendant plusieurs années, mais certains patients ont déjà éliminé les anticorps deux à trois ans après l'infection et ne présentent aucun marqueur sérologique d'infections passées. Comme tel, il est possible que ces personnes puissent avoir transmis le virus de l'hépatite C pendant la phase aiguë, par exemple, une transfusion de sang.
46. Les documents joints au rapport de docteur Roggendorf portaient sur les constatations découlant d'une étude de femmes infectées en Allemagne de l'Est qui avait reçu du sang contaminé d'une femme qui avait répondu aux exigences juridiques (niveaux de transaminase normaux et antigènes de surface d'hépatite B négatifs) le jour du don de sang et de nouveau lors d'un réexamen après 40 jours, mais avait rétrospectivement été reconnue comme porteuse du VHC.
47. Un échange de courriel entre le père du réclamant et le professeur Roggendorf de l'institut de virologie de l'Université d'Essen en Allemagne a confirmé l'avis du docteur Roggendorf à l'effet qu'environ 20 à 25 % des personnes infectées par le VHC peuvent éliminer le virus sur une période de plusieurs semaines ou mois et peuvent perdre leurs anticorps de l'hépatite C « entre dix ans ou plus » (sic).
48. On a également demandé au docteur Roggendorf s'il était possible que dans son étude est-allemande, des femmes pouvaient être passées d'un état anti-VHC positif à un état d'élimination du virus et des anticorps entre le moment de l'infection et celui du test. Il a indiqué que la chose était possible. Cependant « plusieurs des patients ont (sic) été testés fréquemment après l'exposition mais étaient négatifs. »
49. Une lettre du docteur Klaus Gutfreund datée du 24 mars 2003 a été présentée par le réclamant qui indiquait que le test de détection de l'hépatite C disponible en 1992 n'était pas très précis. À son avis, étant donné que le réclamant avait reçu des produits de sang en 1990 et qu'il avait un niveau de SGOT élevé, en l'absence d'une autre maladie du foie, il avait en toute probabilité contracté l'hépatite C par suite des transfusions de sang reçues en 1990. Son rapport n'a fait aucune mention des dons en dehors de la période visée par les recours collectifs.
50. Il est précisé que le docteur Gutfreund faisait partie de la division de gastro-entérologie de l'Université de l'Alberta et, d'après son en-tête de lettre, il pratiquait, faisait de la recherche et enseignait également dans le domaine de l'hépatologie, de la nutrition et de l'endoscopie thérapeutique. Il n'a pas témoigné, ni n'a été contre-interrogé et son curriculum vitae n'a pas été présenté.

Observations présentées par le réclamant aux dates d'audience de mai 2002

51. Le père du réclamant a présenté son *curriculum vitae* qui précisait sa formation professionnelle comme ingénieur et ses publications de recherches en analyse statistique sur les questions d'hydrologie et d'hydrogéologie. Il a semblé avoir appliqué ce type d'expertise professionnelle à la question des probabilités de l'infection dans le cas en cause, ce qui a entraîné une discussion et un débat de niveau très élevé même s'il n'avait pas de formation juridique ou qu'il n'avait pas retenu initialement un Conseiller juridique dans le cas du présent renvoi.
52. Il a contre-interrogé le docteur Kleinman sur son rapport et a présenté sa propre théorie statistique au docteur Kleinman.
53. Il a trouvé lui-même une déclaration du professeur Roggendorf datée du 7 mai 2002 qui a forcé le docteur Kleinman à exprimer un avis et à examiner et à tenir compte de cette recherche dont il ne semblait pas avoir été préalablement conscient.
54. Le père du réclamant a affirmé que les tests de dépistage et les dosages de remplacement étaient de niveau plus élevé aux États-Unis au moment du traitement du réclamant en Floride et étaient probablement plus sûrs à cet endroit qu'en Alberta. Cependant, il n'a présenté aucune preuve à l'appui de cette affirmation.
55. Il a soutenu que les produits de sang reçus par le réclamant entre mai 1991 et février 1992 étaient limités aux produits de sang irradié qui inactiveraient ou réduiraient les virus transportés par le sang et ainsi réduiraient encore plus les risques d'infection résultant de ces produits par un taux qu'on ne peut évaluer quantitativement.
56. Il a admis que la littérature de recherche ne confirme pas que l'irradiation réduit ou élimine l'hépatite C, mais il a affirmé que l'irradiation avait probablement l'effet de réduire le risque de contracter l'hépatite C par la suite.
57. Le réclamant a soutenu que la seule source possible de l'infection était les produits de sang et a affirmé qu'il était plus probable qu'elle ait été causée par les transfusions qui ont eu lieu au cours de la période visée par les recours collectifs :
 - (a) Les tests de dépistage et des dosages de remplacement étaient d'un niveau plus élevé aux É.-U. au moment du traitement en Floride et probablement plus sûrs à cet endroit qu'au Canada;
 - (b) Entre mai 1991 et février 1992, le réclamant avait reçu seulement des produits de sang irradié qui auraient réduit encore plus le risque

d'infection de ces transfusions mais le risque réduit ne pouvait pas être évalué quantitativement;

- (c) Le risque d'infection découlant d'une unique transfusion entre 1985 et 1990 était estimé entre 3 et 5 % mais après 1990, il avait chuté à un risque de 1 sur 111 000 ou selon le docteur Frank Anderson, à 1 sur 200 000 et en 2001, le risque avait chuté à 1 sur 1 000 000.

Observations présentées par le Conseiller juridique du Fonds aux dates d'audience de mai 2002

- 58. Le Conseiller juridique du Fonds a soutenu que même si les trois transfusions reçues au cours de la période visée par les recours collectifs avaient été soumises à la procédure d'enquête prévue par le Régime et qu'elles s'étaient avérées négatives, les trente transfusions subies aux États-Unis pourraient avoir compris un plus grand nombre de donneurs, en raison du pool. Puis, il y a eu 11 transfusions supplémentaires après la période visée par les recours collectifs. Le Conseiller juridique du Fonds a soutenu que, selon la prépondérance des probabilités à l'effet que l'infection aurait résulté d'une des trois transfusions reçues au cours de la période visée par les recours collectifs plutôt qu'en dehors de celle-ci, la probabilité devait être qu'elle avait résulté d'un des dons en dehors de la période visée par les recours collectifs.
- 59. Le Conseiller juridique du Fonds a noté que les procédures de dépistage portaient sur l'introduction d'un questionnaire de santé en vue d'identifier et d'éliminer les dons de sang des demandeurs qui sont des donneurs plus à risque ou qui ont reçu d'autres transfusions de sang et que le premier test de sang connu comme étant « l'ELISA » a été introduit en juin 1990.
- 60. Le Conseiller juridique du Fonds a contesté le fait que le sang irradié pouvait réduire le risque d'infection par le VHC.

Témoignage du Dr McGonigle

- 61. Le docteur McGonigle a exprimé l'avis que le niveau élevé de SGOT du réclamant en 1990 pouvait avoir été causé par une autre maladie à l'époque, mais il croyait qu'en rétrospective, la seule explication raisonnable était que le réclamant avait contracté l'hépatite C par suite de dons en mai et en juin 1990. Il croyait que cela était très probable en raison des transfusions au Canada, bien qu'il était au courant des 30 dons en Floride entre mai et août 1991.
- 62. Lorsqu'on lui a demandé quelle était la possibilité que tous les donneurs de la période visée par les recours collectifs puissent s'être avérés anti-VHC négatifs, il a répondu « Ce que je vois et ce que je sais... c'est qu'il semble que le (réclamant) avait contracté l'hépatite à compter de mai, juin ou juillet, quelque

temps en juin 1990, et qu'il était atteint d'une hépatite continue jusqu'à ce qu'il ait été diagnostiqué en 1998.

63. La raison de sa position était que les niveaux de SGOT ont été élevés sur une période prolongée, bien qu'il ait admis qu'ils avaient baissé à 50 en janvier 1991 et à 33 le 28 février 1991. Il a précisé que de multiples maladies différentes causant une hausse du niveau des enzymes hépatiques n'expliquent pas les résultats de SGOT/SGPT(sérum glutamopyruvique transaminase).
64. Il a témoigné qu'il était pédiatre général et qu'il avait pratiqué pendant 16 ans. Il avait une compréhension de généraliste de l'hépatite C et de son traitement. (Selon mon calcul, il aurait pratiqué la pédiatrie générale pendant environ 3 ans lorsqu'il a commencé à coordonner le régime de traitement du réclamant en 1992). Il n'avait aucun autre patient atteint de neuroblastome accompagné de problèmes d'hépatite C et de rein. Il avait environ six autres patients atteints d'hépatite C.
65. Le docteur McGonigle ne savait pas qui avait géré les soins du réclamant avant février 1992 et ne disposait pas des fiches médicales des pédiatres antérieurs.
66. Il a dit que le réclamant avait été testé de nouveau en 1999 parce que les tests étaient meilleurs, parce qu'il y avait une indication clinique à l'effet qu'il pouvait avoir contracté une hépatite continue et parce que toute autre cause habituelle de hausse aiguë des enzymes hépatiques tels que le virus Epstein-Barr, l'hépatite B et l'hépatite A, avait été vérifiée et que les tests avaient été négatifs.
67. Le docteur McGonigle a précisé qu'une lecture élevée de SGOT pourrait avoir été due à des maladies autres que la maladie du foie, à des cellules hépatiques endommagées, à une hépatite C ou autres maladies ou problèmes. Alors que le test SGOT était le test généralement utilisé à l'époque, le test SGPT a été introduit après cette époque et était reconnu comme étant plus spécifique pour les dommages aux cellules hépatiques.
68. Durant la période entre 1990 et 1998, les niveaux élevés de SGOT du réclamant n'étaient pas une cause particulière de préoccupation pour le docteur McGonigle, parce que (a) ils pouvaient avoir été causés par autre chose que l'hépatite C et, (b) ils n'étaient pas très élevés. Ils auraient été plus préoccupants si le SGOT avait augmenté et avait continué à augmenter ou avait été très élevé pendant cette période. Les niveaux étaient assez stables avant 1999, mais avaient beaucoup augmenté lorsqu'il a été testé de nouveau pour l'hépatite C en 1999. Le niveau de SGOT était moins que le double du niveau normal durant la majeure partie de cette période, si la normale signifie un peu moins que 50. Ils étaient de 60 ou 70 ou de 50 et augmentaient et baissaient un peu. Un niveau de SGOT d'environ 100 et plus serait plus préoccupant.
69. Le réclamant avait un niveau de SGPT de 84 en août 1991, puis de 74 plus tard en août, alors que le niveau de SGOT était de 82 et le SGPT de 101 en août. Le

dernier niveau serait préoccupant, s'il persistait, mais s'il a baissé, il indiquerait une agression qui s'améliorerait par elle-même.

70. Le docteur McGonigle ne connaissait pas très bien l'hépatite C en 1991 étant donné que le test était nouveau. Personne n'a cherché à tester le réclamant relativement à l'hépatite C avant février 1992 parce qu'étant donné son état, on ne se préoccupait pas beaucoup qu'il pouvait avoir contracté l'hépatite C.
71. En avril 1992, le niveau de SGOT du réclamant était de 58; le 8 juin 1992, son niveau était de 141. En juin 1992, les résultats pour l'hépatite A, B et C étaient tous négatifs. Le docteur McGonigle ne pouvait pas se souvenir si le niveau élevé de SGOT du 8 juin était ce qui avait été la cause du test d'hépatite C.
72. Le docteur McGonigle a semblé reconnaître qu'en 1991, les niveaux de SGOT et de SGPT pourraient avoir été expliqués par des facteurs contextuels autres que l'hépatite C.
73. Lorsque les choses ont continué de cette façon en 1992 et en 1993 et par la suite, il a dit rétrospectivement qu'il était clair selon lui que l'éclosion de l'hépatite C faisait augmenter les enzymes, même s'ils n'ont pas atteint pour lui le niveau de préoccupation jusqu'à juin 1992. La lecture de 141 était une augmentation importante par rapport au niveau précédent et était une forte indication d'hépatite virale possible.
74. Le docteur McGonigle ne pouvait pas prédire quand, après avoir contracté le virus de l'hépatite C, on se serait attendu que son patient enregistre une lecture de SGOT autour de 141 parce qu'il y avait également plusieurs variables. Il a dit que les lectures variaient considérablement de personne en personne et dépendaient entièrement de la manifestation d'autres états pathologiques lorsque des médicaments sont administrés contre l'immunodépression.
75. Il a reconnu que les médicaments contre l'immunodépression peuvent avoir fait augmenter les niveaux de SGOT dans le cas du réclamant. Il croyait que le réclamant prenait des médicaments contre l'immunodépression en 1990 et était immunodéprimé en 1992, ce qui aurait bien pu retarder l'augmentation des niveaux de SGOT.
76. Il n'a pu expliquer les niveaux de SGOT de 67 en avril 1990 ou de 61 en juin 1990. Il avait peu de doute que les niveaux élevés des enzymes pour la plus grande partie de cette période étaient reliés à l'hépatite C, mais a reconnu qu'il devrait exclure la lecture d'avril 1990.
77. Il ne savait pas ce qui avait causé l'augmentation en avril 1990, mais a dit que les enfants enregistrent de telles augmentations découlant de maladies telles que la mononucléose, le virus E-B, le CMV, l'adnovirus, la toxoplasmose et autres. Une

seule augmentation peut résulter d'une infection virale et peut être élevée pendant un certain temps et baissée par la suite au niveau normal.

78. Avec une hépatite aiguë due à des causes virales comme l'hépatite A, il peut y atteindre une soudaine augmentation dans un délai de jours ou de mois. L'hépatite C peut causer une infection accablante ou une faible inflammation chronique.
79. Il ne croyait pas que l'hépatite C avait commencé en 1991 parce qu'elle n'expliquait pas ce qui avait été observé dans les résultats du SGOT/SGPT.
80. Il n'était pas un expert en hépatite C pour commenter ou expliquer pourquoi les donneurs s'étaient avérés anti-VHC négatifs et n'avait aucune explication à cet effet. Il était conscient du fait que les dons de sang reçus au cours de la période visée par les recours collectifs avaient tous été vérifiés avant les transfusions, mais cela n'a pas modifié son avis.
81. Il ne pouvait pas non plus expliquer pourquoi il n'a pas ordonné un autre test de détection de l'hépatite C entre 1992 et 1998. Il ne voyait aucune raison de tester de nouveau parce que les niveaux du réclamant étaient élevés et bas, mais il était très stable cliniquement. Il ne pouvait pas dire s'il a été de nouveau préoccupé en juillet 1992 lorsque le niveau de SGOT a été de 262. Il a alors indiqué qu'il « a deviné » que sa préoccupation était continue, mais que l'hépatite C était une maladie relativement nouvelle et que lui et les autres membres de l'équipe ne savaient pas ce qui se passait dans ce domaine et que bien que les niveaux augmentaient et baissaient, ils n'ont jamais été significativement élevés.
82. Il a admis que le seul fondement pour sa conclusion à savoir que l'hépatite C avait été contractée en mai ou en juin 1990 était les niveaux de SGOT/SGPT. Il a admis qu'il y avait un facteur de risque autre que les transfusions de sang, tels que les procédures médicales, le travail d'endoscopie ou l'équipement contaminé qui pourraient avoir causé l'hépatite C.
83. Il n'était pas au courant en 1990 ou 1992 qu'il y avait une fenêtre entre l'exposition et le moment où le test détecte l'infection.
84. Pendant mon interrogation, il m'a dit ne pas se rappeler avoir lu les rapports écrits du docteur Kleinman ou du docteur Diaz-Mitoma. Il s'est rappelé avoir lu un rapport d'un médecin qui ne pensait pas que le réclamant avait contracté l'hépatite C par suite des transfusions de sang, mais n'avait aucune connaissance spécifique à cet effet.
85. Il m'a dit se rappeler qu'il avait rempli un Tran 2 et qu'il l'avait signé, mais ne se souvenait pas d'avoir coché la case indiquant que le réclamant avait, comme facteurs de risque au virus de l'hépatite C, les transfusions de sang en dehors de la période entre le 1^{er} janvier 1986 et le 1^{er} juillet 1990.

86. Il n'a examiné aucune des transfusions subies en Floride ou consulté les dossiers relativement aux dates, moments et nombres de transfusions.
87. Il n'avait pas consulté d'autres experts médicaux qui se spécialisent dans le secteur de l'hépatite C pour formuler son avis. Son avis était fondé sur sa connaissance de la famille du réclamant et le réclamant et que, sauf pour les procédures médicales et les transfusions de sang, il n'y avait aucun autre facteur de risque de contracter l'hépatite C à l'époque dans le cas du présent réclamant.
88. Il a reconnu que dans le présent cas, l'origine de l'hépatite C n'était pas bien établie, mais il a maintenu qu'il était probable que l'infection s'était produite autour de 1990 et était reliée aux transfusions reçues au cours de la période visée par les recours collectifs.
89. Il a ensuite ajouté : « **Je ne pense pas qu'il soit possible de prouver le cas d'une façon ou d'une autre et je pense qu'il y aura plusieurs avis et différences d'opinions de la part des professionnels médicaux sur le cas** ».
90. Il était d'accord avec l'avis des autres médecins d'Edmonton qui estimaient que l'infection s'était produite en mai ou en juin de 1990, mais il a admis qu'il ne les avait pas consultés et n'avait parlé à aucun d'eux directement du cas. Questionné à savoir s'il avait examiné ou avait tenu compte des avis opposés dans le but de réévaluer sa propre conclusion, bien qu'il ait dit l'avoir fait, il n'a pu expliquer dans quelle mesure il avait tenu compte et soupesé les points de vue opposés de ces experts. Il a précisé en disant : « Je suis certain que je les ai examinés si je les ai eus sur mon bureau et je me rappelle vraiment avoir vu un avis contraire ».

Témoignage du Dr Grundy

91. Le Dr Grundy a exprimé l'avis qu'en rétrospective, il lui semblait plus probable que l'hépatite C ait été responsable de l'évolution globale dans le présent cas. Lorsqu'on lui a demandé pourquoi il accorderait plus de poids à une explication qu'à l'autre, il a répondu « qu'en examinant tous ces facteurs différents, il lui semble plus sensé que l'hépatite C ait débuté en 1990 et que les explications des retraçages négatifs sont tels que discutés ». Il a ajouté qu'il accordait plus d'importance à la preuve d'une dysfonction hépatique en 1990 et 1991 que ne le faisaient les autres experts.
92. Il a admis qu'en formulant son opinion, il accordait plus de poids au fait que le patient semblait démontrer des symptômes ou indications à partir des tests de laboratoire d'une hépatite pour laquelle ils n'ont trouvé aucune autre bonne explication.
93. Il a précisé qu'il pouvait accepter comme possibilité l'explication que certains patients atteints d'hépatite C avaient vécu une séroréversion et il l'a expliqué en

indiquant que l'un des deux donneurs de la période visée par les recours collectifs qui n'avait pas fait d'autres dons avait vécu une séroréversion.

94. Le Dr Grundy est un pédiatre spécialisé en hématologie et en oncologie. Il a reconnu qu'il n'était pas un expert en matière d'hépatite C et que si on en voulait un, il faudrait s'adresser à un spécialiste en maladies infectieuses.
95. Il a ajouté que l'hépatite C affecte environ 10 à 15 de ses 500 à 600 patients.
96. Il a témoigné qu'il faisait partie d'une équipe de médecins qui a suivi le réclamant durant sa maladie et qu'il n'était pas le premier oncologue à le voir et que son état a été diagnostiqué comme étant une malignité ou un cancer du système nerveux autonome en évolution qui est prédominant surtout chez les jeunes enfants.
97. Il a également noté que ce n'est que plus tard que le Dr McGonigle a fait partie de l'équipe qui traitait le réclamant.
98. Le Dr Grundy a supervisé le traitement de chimiothérapie qui comprenait des cycles répétés de la même chimiothérapie. Un des médicaments, la dacarbazine, expliquerait les niveaux élevés de SGOT. Il a convenu que la dacarbazine pouvait causer des troubles hépatiques qui pourraient ensuite causer de légères augmentations des niveaux de SGOT/SGPT. Cependant à sa connaissance, il a dit ne pas avoir constaté que la dacarbazine affectait l'enzyme hépatique. Il a reconnu qu'il y avaient des occasions où on ne peut pas être certain de la cause de l'augmentation des niveaux de SGOT/SGPT.
99. Il surveille la fonction rénale et hépatique des patients à chaque semaine ou deux tout au long de leur chimiothérapie. Il a convenu que le SGOT n'est pas un marqueur spécifique de ce qui peut causer un trouble hépatique, mais pourrait être dû à une grippe, une inflammation hépatique ou une hépatite C passagère.
100. En clarifiant ce point pour moi, le Dr Grundy a déclaré :

« Il y a des occasions —en se référant spécifiquement à un cas comme celui-ci, lorsque le SGOT est élevé et que vous ne pouvez pas de façon concluante savoir s'il s'agit d'un niveau élevé pour une raison ou une autre. — Par exemple, nous utilisons une combinaison de chimiothérapie comprenant plusieurs de ces médicaments. Si le SGOT était élevé à cause d'un de ces médicaments, il ne serait pas possible de savoir —selon notre expérience, si c'était à cause d'un ou de plusieurs médicaments ou d'aucun de ces médicaments---ou pour une autre raison quelconque. Ce n'est qu'en examinant en partie des études de recherche et en partie au moyen d'autres évolutions de cas au fil du temps que parfois on est en mesure de cerner la cause de façon concluante.

101. Le Dr Grundy a ajouté que l'ampleur des niveaux de SGOT dans le présent cas n'était pas assez importante pour modifier son traitement ou pour l'amener à se renseigner davantage. Dans le cas des priorités quotidiennes, lorsque ces enfants sont gravement atteints par les maladies elles-mêmes, en utilisant une chimiothérapie qui peut être associée à des toxicités et effets secondaires graves, il accorde la priorité aux choses qu'il doit surveiller et à ce qui est préoccupant. La préoccupation devient plus sérieuse en rétrospective lorsqu'on examine les niveaux de SGOT et qu'on se rend compte qu'ils demeurent élevés.
102. Il a convenu que le réclamant avait subi des traitements de chimiothérapie pendant environ un an entre 1990 et 1991 lorsque les niveaux de SGOT étaient élevés, mais les niveaux élevés n'étaient pas préoccupants au point d'avoir à modifier le plan du traitement ou d'envoyer le réclamant ailleurs parce que :
- « à l'époque, il n'y avait pas d'autre(s) sorte(s) de causes de trouble hépatique dont nous nous préoccupions dans le cadre des autres priorités avec lesquels nous devons déjà composer. Il est certain qu'à cette époque précise, comme vous le savez, par exemple, l'hépatite C n'était pas ce qui préoccupait le plus les gens. »*
103. Il a convenu que les niveaux de SGOT n'étaient pas particulièrement déconcertants parce qu'on s'attendait que d'autres causes de nature non menaçante attribuables au traitement médical étaient responsables de l'augmentation des niveaux. Cela lui indiquait du moins qu'il y avait un processus continu qui n'était pas évident à l'époque, mais en examinant le tout en rétrospective, il lui a semblé qu'il s'agissait clairement d'un processus continu, ce qui est en fait, comme toute autre chose, une évolution anormale, à compter de 1990.
104. Il a convenu que :
- « oui, il y a d'autres causes possibles, et à l'époque, sur une base quotidienne, on pensait que certaines de ces autres causes l'étaient probablement, mais...ce qui est anormal ici, c'est le fait que l'évolution du cas a continué d'être anormale et la clé est que la chose a continué à évoluer au-delà de la période de traitement »*
105. Il a convenu qu'il était possible que certains des médicaments (de la chimiothérapie) auraient pu avoir causé des augmentations transitoires des niveaux de SGOT, bien qu'il ne le constate habituellement pas dans le cas de ces médicaments, mais même si tel avait été le cas, il a dit que la réaction aurait dû disparaître, mais le niveau de SGOT a continué d'être élevé.

106. Le traitement de chimiothérapie a pris fin entre le début et le milieu de l'année 1991 et à la fin du protocole recommandé, le réclamant était en rémission complète et l'est depuis ce temps.
107. Il a estimé que la chance de demeurer en rémission était de moins de 20 %. Ce n'était pas pratique courante à l'époque d'entreprendre une chimiothérapie à forte dose au moyen de cellules embryonnaires de secours. Le Dr Grundy a convenu que la radiation et la chimiothérapie sont utilisées dans le processus de la Floride et les deux auraient un effet transitoire sur les niveaux de SGOT pendant environ un mois.
108. Il a précisé qu'il n'y a pas lieu de prescrire des médicaments immunosuppresseurs durant cette procédure, mais après le dosage de chimiothérapie et de radiation, il a exprimé l'avis que le réclamant aurait été immunodéprimé pendant au moins un an. Pour cette raison, des patients comme le réclamant risquent d'être plus sensibles à l'infection et doivent donc être traités plus agressivement. Lorsqu'on lui a demandé si les niveaux élevés de SGOT dans le cas d'un jeune patient immunodéprimé pouvaient indiquer une infection virale ou autre, il a répondu :
- « Oui, je veux dire, oui, c'est possible, vous savez, de sorte que oui, je veux dire, plusieurs de ces choses comprennent de nombreux facteurs et encore une fois, il faut établir des priorités... »*
109. Il a ajouté qu'après le retour du réclamant de la Floride, il est devenu rapidement évident qu'il souffrait d'insuffisance rénale comme également de divers autres problèmes. À l'époque, on l'a examiné périodiquement pour ses niveaux élevés de SGOT sans en trouver la cause. Il a dit que chez les patients qui subissent une chimiothérapie, les enzymes hépatiques sont anormaux, mais :
- « cela ne signifie pas que nous pouvons toujours en trouver la cause... »*
[mais] une fois sorti de cette période où on peut accepter que c'était un niveau élevé transitoire lié à quelque chose, il devrait être normal.
- ...ses niveaux de SGOT au fil du temps n'étaient pas normaux, mais cela ne signifie pas que nous pouvions en expliquer la cause.*
110. Il a mentionné qu'il n'avait pas fait d'étude sur les niveaux anormaux de SGOT de ses patients, mais il aurait deviné que chez la plupart des patients, les niveaux de SGOT demeureraient pratiquement toujours près de la normale, sauf en cas de problème. Si, au moment où le traitement de chimiothérapie du réclamant a pris fin en mars 1991, et qu'il n'avait jamais constaté d'autre niveau anormal, il aurait probablement pensé que les niveaux élevés occasionnels observés durant la chimiothérapie ont dû être causés par la chimiothérapie. Mais ils ont continué d'être élevés. Ainsi, en rétrospective, le Dr Grundy a conclu qu'il y avait ici une tendance dans l'évolution du cas.

111. Il a précisé qu'à compter de la date du début de la chimiothérapie de mai 1990 à mars 1991, les médecins examinent ce qui est important à surveiller, d'une perspective de diagnostic ou de traitement en gardant à l'esprit qu'il y a 90 % de chances que le patient meurt de la maladie sous-jacente et de 10 à 15 % de chances qu'il meurt des suites du traitement. Il a reconnu qu'avec ces priorités, ils ne passaient pas beaucoup de temps à se demander ce qui pouvait causer une augmentation des niveaux de SGOT au cours de la chimiothérapie.
112. Lorsqu'on lui a demandé si la radiation pouvait affecter le foie et ainsi affecter les niveaux de SGOT et de SGPT dans le cas du traitement en Floride, il a répondu que même s'il n'était pas un spécialiste de la radiation, il croyait que cela pouvait se produire, mais ne pensait pas que la chose était très commune.
113. Il a noté que la dose totale de radiation était assez faible mais que tout son corps avait été irradié, ce qui pouvait causer certains effets indésirables. Il n'aurait pas reçu une dose très élevée dans le cas du foie. Le Dr Grundy a alors pensé qu'il était très peu probable de voir des niveaux élevés d'enzymes hépatiques suite à cette dose de radiation.
114. Lorsqu'on lui a demandé si les lectures des niveaux de SGOT avaient été faites avant ou après les traitements de chimiothérapie du réclamant, il a répondu « Je vais deviner qu'elles l'ont été dans les deux cas. » Lorsqu'on lui a demandé si les niveaux de SGOT avaient tendance à être bas avant la chimiothérapie et élevés après, le Dr Grundy a répondu qu'il pouvait trouver des exemples où ils augmentaient et baissaient et d'autres exemples où ce n'était pas le cas.
115. Lorsqu'on lui a demandé si le réclamant était immunodéprimé 10 ou 11 mois après le dernier traitement en Floride, le Dr Grundy a répondu
- « il est fort possible que tel était le cas. Je n'ai ----nous n'avons pas de bons—oui, il a certainement pu l'être. »
116. Le Dr Grundy ne savait pas qui avait décidé de faire subir le test de détection du virus de l'hépatite C en juin 1992 et ne se souvenait pas d'avoir été consulté à cet effet. Il ne se souvenait pas s'il y avait eu une discussion à l'époque quant à savoir si le test avait pu alors donner un résultat négatif en raison de l'immunosuppression ou si le résultat négatif pouvait même signifier quelque chose.
117. Il a dit que même si les tests n'indiquent pas ce que vous croyez être les problèmes, si le patient continue de les manifester, vous reprenez le test à une date ultérieure parce que le test pourrait ne pas être adéquat. Lorsqu'on lui a demandé pourquoi il n'y avait pas eu d'autre test de détection de l'hépatite C en janvier 1993 par opposition à 1998, il a répondu que ce n'était pas la plus haute priorité et ne savait pas pourquoi on n'avait pas fait de demande pour un autre test d'hépatite C alors que le niveau de SGOT était de 262 en juillet 1992.

118. Le Dr Grundy n'a pas entièrement écarté le test d'anticorps négatif de juin 1992. Il a convenu que le test négatif en juin 1992 aurait pu l'être parce que le réclamant n'était pas infecté par l'hépatite C ou aurait pu signifier qu'il était incapable de bâtir une réponse anticorps.
119. Le Dr Grundy a avisé le Dr McGonigle le 1^{er} octobre 1998 qu'il allait demander un retraçage en rapport avec les dons canadiens de la période visée par les recours collectifs et que la mère du réclamant demanderait un retraçage des dons en Floride. Il a expliqué que cette note n'était pas spécifique au patient; c'était une initiative auprès du Cross Cancer Institute et de la Croix-Rouge pour retracer les dons de 1986 à 1990. Il ne savait pas si on avait entrepris quelque chose au sujet du retraçage des dons en Floride.
120. Il ne pensait pas avoir les résultats du retraçage du réclamant dans ses dossiers.
121. Il a convenu que de courts segments ou des niveaux de SGOT ou un niveau spécifique de SGOT pourraient ne pas être un facteur à utiliser pour établir la source de l'hépatite C dans le cas présent. Il a dit :
- « il y a des sources inexplicables de variation dans les résultats individuels auxquels il faut faire attention. Nous travaillons toujours sur des tendances dans l'évolution des cas et à savoir si les tendances des résultats de laboratoire sont conformes à ce qui semble se produire chez le patient ».*
122. Il n'était pas d'accord que le niveau de SGOT en avril 1990 indiquait une pathologie hépatique préexistante parce qu'il n'y a eu aucune manifestation à cet égard, sauf pour l'hépatite C. Il n'a pas pensé qu'on pouvait accorder une importance quelconque aux niveaux élevés des soudaines augmentations de niveaux ou à leurs occurrences. Il a vu un certain nombre de patients dont les enzymes hépatiques étaient tout à fait normaux et pourtant, ils étaient anti-VHC positifs. Il est clair que la maladie et les niveaux de la maladie comme les enzymes suivent une tendance extrêmement variable.
123. Il n'était pas d'accord avec l'opinion du Dr Diaz-Mitoma, un virologue, qui a conclu que le réclamant avait contracté le virus de l'hépatite C après les transfusions qu'il a reçues en dehors de la période visée par les recours collectifs. Il a dit que d'autres parmi ses patients qui avaient contracté l'hépatite C ne présentaient pas de symptômes ou des constatations de laboratoire qui pouvaient démontrer clairement qu'ils avaient contracté l'hépatite C. Il a dit :
- « Nous avons tous ce genre de patients pour lesquels nous ignorons entièrement le fait qu'ils ont été infectés au départ, et leurs enzymes hépatiques augmentent et baissent considérablement. »*

124. D'après son expérience, le Dr Grundy n'a pas accordé d'importance au fait que le niveau élevé a lieu après une période de temps qui suit les transfusions en ce qui a trait à sa tentative de préciser exactement le moment de son apparition. Il a pensé que cela indiquait que le virus ou l'infection était devenu plus actif ou que le foie réagissait différemment à ce stade.
125. Lorsqu'on l'a interrogé sur la déclaration dans son avis écrit à savoir que « nous croyons que le dépistage en place pour les transfusions de sang reçues aux États-Unis étaient extrêmement sensibles et efficaces, il a indiqué qu'il avait « accepté d'autres choses que j'ai maintenant examinées à partir de certaines autres lettres d'autres médecins que vous m'avez transmises ».
126. Il a alors déclaré qu'il croyait que les autres experts donnaient leur avis sur quelle unité, selon la prépondérance des probabilités, était infectée par l'hépatite C plutôt que sur « le moment, selon la prépondérance des probabilités, où le patient avait été infecté par l'hépatite C », ce qui ne porterait pas sur l'efficacité des procédures de dépistage et le nombre d'unités, mais tiendrait compte des facteurs liés au patient. Il a choisi de reformuler la question, ce qui l'a amené à examiner plus strictement la tendance des niveaux de SGOT et ce qui lui a indiqué, en rétrospective, que le réclamant avait eu un problème de foie durant une longue période et une tendance continue de niveaux élevés de SGOT à compter d'avril 1990. La tendance existe sans qu'il y ait une explication et, si elle avait été attribuable à la chimiothérapie, elle aurait dû avoir disparu, mais ce n'a pas été le cas.
127. Il a alors dit que « les enzymes hépatiques peuvent redevenir normaux même lorsqu'il y a infection de l'hépatite C ».
128. On lui a demandé de commenter la distinction entre les niveaux de SGOT qui ont constamment augmenté et baissé avant les traitements subis en Floride et qui ont été continuellement élevés après ceux-ci : il a reconnu qu'il y avait cette variabilité, mais a affirmé que si on devait examiner une tendance ou l'autre, au fil du temps, l'infection persiste réellement et s'aggrave.
129. On lui a demandé d'expliquer comment, d'après sa théorie, les donneurs durant la période visée par les recours collectifs qui se sont avérés négatifs auraient pu causer l'infection chez le réclamant, et il a répondu en demandant si d'autres personnes plus compétentes que lui en la matière n'en avaient pas déjà parlé.
130. Lorsqu'on lui a posé une question au sujet d'un des commentaires de son rapport, à savoir que les données ne pouvaient pas prouver directement le moment de l'infection par l'hépatite C, mais qu'elles étaient compatibles avec l'infection par l'hépatite C au printemps de 1990, il a admis qu'il ne disait pas que l'hépatite C provenait des dons de sang des donneurs durant la période visée par les recours collectifs.

131. Lorsqu'on lui a demandé ce qu'il percevait comme étant la période où la séroréversion avait pu se produire, il a répondu qu'on en connaissait trop peu à ce sujet pour en indiquer les dates limites. Il a admis qu'il n'était pas un expert en la matière et qu'il n'avait pas fait beaucoup de recherche dans le domaine.
132. Il a répété n'avoir pas accordé beaucoup d'importance au fait que les niveaux de SGOT étaient plus élevés en 1992 qu'en 1991, mais plutôt au fait qu'ils étaient anormaux durant la période. Il a reconnu que l'on pourrait penser que la chimiothérapie était responsable de certains des niveaux enregistrés, que quelque chose d'autre pourrait avoir expliqué les autres lectures de niveaux et qu'enfin, l'hépatite C pourrait avoir été la cause d'autres lectures de niveaux.
133. Il m'a dit qu'il n'avait pas vu les données ou les rapports portant sur les traitements en Floride, mais il a ensuite indiqué que « je ne dis pas que je ne les ai jamais vus mais que je ne les ai pas examinés récemment, de sorte que je ne peux pas vous en faire des commentaires maintenant ». Il a dit que sa seule source d'information sur le nombre de transfusions provenait de la documentation qu'il avait reçue du juge arbitre au nom des deux parties.
134. Il ne savait pas s'il y avait eu ou non des retraçages au sujet de ces unités. Il a reconnu qu'il était également possible que les donneurs des transfusions de la Floride puissent avoir connu le phénomène de séroréversion.
135. Lorsque je lui ai demandé si l'hépatite C aurait pu avoir été contractée d'un donneur de la Floride, il n'a pas été en désaccord, mais a déclaré qu'essentiellement l'ensemble de sa perspective était que le réclamant semblait avoir un trouble hépatique à des niveaux de SGOT élevés avant son séjour en Floride. Il a également indiqué que leurs patients n'avaient contracté l'hépatite C que bien longtemps après, car le moment où ils deviennent infectés n'est pas cliniquement évident.

Preuve du Dr Diaz-Mitoma

136. Le Dr Diaz-Mitoma, chef du laboratoire de virologie régional de l'Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario a fourni une opinion écrite datée du 13 janvier 2004 (pièce 87).
137. Il était d'avis, après avoir examiné les dossiers cliniques et les rapports du médecin concernant l'état du réclamant, y compris les faits sur tous les dons de sang que, selon la prépondérance des probabilités, le réclamant n'avait pas été infecté pour la première fois par l'hépatite C par suite d'une transfusion de sang reçue au cours de la période visée par les recours collectifs, mais qu'il était plus probable qu'il avait été infecté soit par les transfusions reçues en Floride en 1991 ou par celle du 1^{er} février 1992 dans lequel cas aucune procédure de retraçage n'a eu lieu.

138. Il a conclu que le risque résiduel cumulatif de plus de 30 unités de sang reçues en dehors de la période visée par les recours collectifs est de 1 sur 200.
139. Il a conclu que la liste chronologique des enzymes du foie n'appuie pas l'allégation à l'effet qu'il ait été infecté par l'hépatite C au cours de la période visée par les recours collectifs, car ses enzymes hépatiques étaient anormaux avant de recevoir toute transfusion de sang.
140. Le Dr Diaz-Mitoma n'a pas été contre-interrogé.

Présentation écrite du réclamant en mars 2006

141. Dès le début de la présente audience, le réclamant a allégué que le système de retraçage était faillible. Cependant, après les raisons du jugement rendu par Pitfield, J. dans la cause numéro 53, il a indiqué que cet argument ne vaut plus relativement au présent renvoi.
142. Le réclamant affirme qu'il n'y a aucune preuve médicale ou autre, à l'effet que le réclamant aurait pu avoir contracté le VHC autrement que par une transfusion.
143. Le réclamant affirme que les donneurs durant la période visée par les recours collectifs auraient pu s'être avérés faussement anti-VHC négatifs en raison de trois possibilités :
- (a) il y a eu des erreurs dans les procédures de test;
 - (b) il y a eu une séroréversion;
 - (c) il y a eu une immunosuppression.
144. En ce qui a trait à l'argument sur la séroréversion, le réclamant a noté qu'une période de 9 à 10 ans s'était écoulée entre le moment des derniers dons de 2 des donneurs durant la période visée par les recours collectifs et celui de leur test subséquent, et selon le témoignage expert du Dr Roggendorf, la séroréversion peut se produire au cours d'une période aussi courte que trois ans. Malgré le point de vue contraire du Dr Kleinman, on soutient que je dois favoriser l'opinion du Dr Roggendorf.
145. On soutient ensuite que je ne peux pas présumer que l'état de santé des deux dits donneurs durant la période visée par les recours collectifs serait maintenant le même que lors de leur dernier don à cause de l'immunosuppression potentielle susmentionnée due à un traitement ou état pathologique sous-jacent. On a noté que le réclamant avait tenté d'obtenir les dossiers du donneur particulier auprès de la SCS pour appuyer cette position, mais j'ai rejeté cette demande et le réclamant a abandonné la poursuite après que le juge Pitfield ait rendu sa décision dans le cas numéro 53.

146. Enfin, le réclamant soutient que le retraçage négatif n'est pas pertinent dans le présent renvoi et que la seule question est de savoir s'il a présenté des éléments de preuve suffisants pour conclure qu'il a été infecté pour la première fois par suite d'un des dons faits au cours de la période visée par les recours collectifs.

Lectures des niveaux de SGPT/SGOT

147. Le réclamant affirme que la preuve de ses experts a permis d'établir que la tendance des lectures de niveaux mentionnées plus haut appuyait leurs conclusions, à savoir que l'infection provient d'un des dons faits au cours de la période visée par les recours collectifs. Il y a eu dispute sur le sens de la lecture d'un niveau de SGOT enregistré lors des transfusions avant la période visée par les recours collectifs qui s'est avéré plus élevé que le niveau normal; cependant, le réclamant a soutenu que la preuve de ses experts établissait que, suite aux transfusions, les lectures globales des niveaux demeuraient constamment plus élevées que la gamme supérieure du niveau normal ou se situaient à ce niveau jusqu'au moment du test de détection positif de l'hépatite C en 1999.
148. Le réclamant soutient que ses experts ont établi qu'il ne fallait pas accorder d'importance aux augmentations et aux baisses individuelles soudaines des niveaux parce qu'il pouvait ne s'agir que d'un processus transitoire se produisant chez le patient au moment du test, comme une réaction à la chimiothérapie ou un rhume passager. Ils ont témoigné que le niveau de SGPT du réclamant immédiatement avant son test de détection positif de l'hépatite C était un des plus faibles. Ils ont exprimé l'avis que le niveau élevé de SGOT avant la première transfusion était anormal.

Présentation écrite du Conseiller juridique du Fonds de mars 2006

149. Le Conseiller juridique du Fonds soutient que
- (a) Le réclamant n'a pas présenté d'élément probant très convaincant et objectif mais qu'il a présenté une théorie qui s'appuie sur un trop grand nombre d'événements hautement improbables;
 - (b) La procédure de retraçage de la SCS a établi que les trois donneurs durant la période visée par les recours collectifs se sont avérés anti-VHC négatifs et qu'un donneur avait fait 59 autres dons de sang, y compris 2 dons en 1990 et n'a été retracé dans aucun des programmes de recherche de dons antérieurs ou de retraçage des donneurs. Les deux autres donneurs, bien que n'ayant pas fait de dons subséquents, se sont avérés négatifs après avoir subi un autre test lors du processus de retraçage. Ces deux n'ont pas participé aux programmes de recherche de dons antérieurs ou de retraçage des donneurs;

- (c) Il est pertinent et permis par l'autorité responsable de la présente cause d'examiner l'analyse de risque en vue de démontrer les probabilités qu'une infection se produise en raison des dons faits au cours de la période visée par les recours collectifs par opposition à ceux faits en dehors de la période visée par les recours collectifs;
- (d) Le Dr Kleinman a exprimé l'avis que le risque par unité de sang vérifiée au moyen du EIA-1 1.0 au Canada était de 0,06 %, alors que des études démontrent que le risque aux États-Unis était de 0,07 %. En outre, il a exprimé l'avis que le risque d'infection par les dons faits au cours de la période visée par les recours collectifs était de 6,2 %, le risque d'infection des transfusions canadiennes faites en dehors de la période visée par les recours collectifs était de 22,6 % et le risque américain pour les dons faits en dehors de la période visée par les recours collectifs était de 71,2 %. Il était d'avis que le facteur de risque diminuerait davantage, étant donné que les donneurs de dons faits au cours de la période visée par les recours collectifs étaient à la fois soumis à un dépistage au moyen du ETA-1 et s'étaient avérés anti-VHC négatifs à des dates ultérieures;
- (e) Il a en outre exprimé l'avis que, selon la prépondérance des probabilités, l'infection s'était probablement produite lors d'une des transfusions aux États-Unis et n'était probablement pas causée par un des dons faits au cours de la période visée par les recours collectifs;
- (f) Le Dr Diaz-Mitoma, chef des services de virologie d'un hôpital pour enfants en Ontario, a émis l'avis que la possibilité d'une infection causée par un don fait au cours de la période visée par les recours collectifs était « nulle ».

Examen des cas faisant autorité

150. La décision de Pitfield, J. dans la cause numéro 53 comprenait une analyse de la preuve prévue au paragraphe 3.04(2).

Voici ce qu'il a déclaré au paragraphe 14 :

Alors que la raison principale pour établir l'admissibilité est la procédure d'enquête, un réclamant peut présenter des preuves lors d'un renvoi à l'appui de la réclamation qu'il a été infecté pour la première fois durant la période visée par les recours collectifs, malgré un résultat d'enquête négatif. À mon avis, le paragraphe 3.04(2) ne permet pas à un réclamant d'effectuer sa propre procédure d'enquête. Le paragraphe prévoit qu'il peut y avoir des preuves qui établiraient que la source de l'infection, plus probablement que non ou selon la prépondérance des probabilités, était une transfusion reçue durant la période

visée par les recours collectifs. Ce n'est pas la réponse pour un réclamant qui tente de fournir de telles preuves à l'effet qu'un certain pourcentage infime de la population peut être infecté par des sources de VHC inconnues. Si une telle affirmation était la réponse, un réclamant ne pourrait jamais réfuter les résultats des enquêtes de retraçage, parce qu'il ne pourrait jamais prouver qu'il ne faisait pas partie de ce petit pourcentage de la population ayant pu être ainsi infecté.

La preuve que le réclamant aurait à présenter lors d'un renvoi comprendrait au moins les dossiers médicaux personnels et familiaux complets et des preuves détaillées sur tous les aspects de son mode de vie, y compris des preuves d'absence de possibilités d'être infecté par des seringues ou des injections, peu importe la manière et le but de sa réception.

Et au paragraphe 16 :

Il faudrait que la fiabilité de l'affirmation subjective de nature soit vérifiée par un renvoi à toutes les preuves objectives connues. Une des pièces comme preuve objective comprend les résultats de l'enquête de retraçage qui s'appuie sur l'application du protocole d'enquête approuvé et / ou conforme à celui-ci. Il faudrait que des preuves objectives contradictoires soient très persuasives si le résultat de l'enquête devait être réfuté.

Analyse

151. On ne peut s'empêcher d'avoir la plus grande sympathie et admiration pour le courage et le dur travail dont ont fait preuve le réclamant et sa famille au cours de cette histoire difficile. De plus, il ne serait pas facile de trouver un parent ayant consacré plus de temps et d'effort à étudier et à connaître toute la recherche connue sur chaque aspect de l'état pathologique de son enfant et des recours et redressements juridiques qui lui sont disponibles, que le père de ce réclamant.
152. Dans mon analyse qui suit, je ne veux pas que mon évaluation de la preuve soit perçue comme une critique de la conduite de la famille du réclamant ou des professionnels de la santé qui ont tous pleinement coopéré avec moi et ont fait tout ce qui était possible tout au long de cette procédure pour réagir en temps opportun afin de conclure cette audience.

Dossiers médicaux pertinents

153. Le Conseiller juridique du réclamant a affirmé que tous les dossiers médicaux pertinents avaient été présentés lors de cette audience. Cependant, il n'y a eu aucun dossier médical des pédiatres qui ont traité le réclamant entre avril 1990 et février 1992 avant la participation du Dr McGonigle. Le Dr McGonigle s'appuie sur les lectures des niveaux de SGOT/SGPT et sur l'état pathologique de son patient d'avril 1990 à février 1992, une période importante qui a précédé sa participation.

154. En outre, le réclamant n'a présenté aucun dossier d'hospitalisation disponible au sujet de 30 transfusions de sang reçues par le réclamant à l'institution traitante en Floride. Son représentant a indiqué qu'il croyait que ce serait trop difficile de les obtenir.
155. D'un autre côté, le témoignage du Dr Grundy laissait croire qu'il y avait ou aurait peut-être vu de tels dossiers. En outre, il a indiqué qu'il y avait eu une discussion entre lui et la famille du réclamant au sujet de retraçages à effectuer sur les dons en Floride, mais il semble qu'ils n'ont jamais eu lieu.
156. Ceci me porte à croire que la famille du réclamant et les témoins experts médicaux avaient examiné la possibilité, après que le réclamant se soit avéré anti-VHC positif, que l'infection aurait pu s'être produite en Floride et avaient estimé que les retraçages seraient pertinents à la cause de l'infection.
157. De plus, le représentant du réclamant n'a révélé l'existence des dons en Floride que le premier jour de l'audience portant sur le renvoi.
158. Cependant, à la date où on a révélé qu'il y avait eu des transfusions en Floride, le Conseiller juridique du Fonds a soulevé la question avec le représentant du réclamant et moi-même à savoir s'il ne serait pas plus probable que l'infection causée par l'hépatite C ait eu lieu lors d'une des 30 transfusions en Floride pour lesquelles il n'y a aucune preuve d'une demande de retraçage ou lors d'une des 11 autres transfusions au Canada qui ont eu lieu en dehors de la période visée par les recours collectifs autres que 3 transfusions qui ont eu lieu au cours de la période visée par les recours collectifs qui se sont toutes avérées négatives. Cela n'a pas semblé surprendre le représentant du réclamant, car il avait un argument très convaincant tout prêt à cette date sur la faiblesse de la théorie des probabilités soulevée par le Conseiller juridique du Fonds.
159. L'anomalie dans la preuve, à savoir si le Dr Grundy avait oui ou non examiné les dossiers hospitaliers de la Floride me laisse douter quant à savoir si le Dr Grundy avait obtenu les dossiers à un moment donné et les avait examinés ou si, de toute manière, il y avait un obstacle sérieux à la présentation de ces dossiers pour la présente audience.
160. Si le Dr Grundy avait examiné et exclu le lien avec les 30 transfusions de la Floride pour des raisons pouvant faire l'objet d'un examen, cela aurait été une preuve pertinente et convaincante à l'appui de l'allégation du réclamant. De plus, le fait que le Dr Grundy était au courant des dossiers de la Floride porte à croire qu'il n'aurait pas été impossible, voire même difficile à les obtenir. En outre, je note, d'après son témoignage, qu'il y a eu une discussion au sujet d'une demande de retraçage des donneurs de la Floride, mais aucune preuve ne m'a été présentée au sujet des résultats d'une telle demande ou d'un tel retraçage.

161. Il y avait preuve à l'effet que le réclamant n'avait pas cherché à s'inscrire à des recours collectifs relatifs à l'hépatite C aux États-Unis, mais aucune preuve à savoir si de tels recours étaient oui ou non possibles en Floride ou dans les états avoisinants pendant la période en question.

Lectures des niveaux de SGPT/SGOT

162. Le réclamant a allégué que les dons faits au cours de la période visée par les recours collectifs ont dû avoir causé l'infection, car le réclamant avait des niveaux de SGOT variables mais élevés à compter d'avril 1990 et par la suite au cours de l'année et demie à compter du moment des dons faits au cours de la période visée par les recours collectifs. Le réclamant s'appuie sur le témoignage des trois médecins, le Dr Gutfreund, le Dr McGonigle et le Dr Grundy, ainsi que sur celui du Dr Roggendorf.
163. Ils soutiennent que je dois ignorer la lecture des niveaux de SGOT d'avril 1990, le test de détection négatif de l'hépatite C en 1992 qui était possiblement un faux négatif et m'appuyer sur les niveaux de SGOT qui variaient, mais qui étaient élevés, entre avril 1990 et avril 1991.
164. Je dois maintenant tenir compte des opinions du Dr McGonigle et du Dr Grundy, à la lumière de l'exigence d'examiner la fiabilité d'une affirmation subjective par rapport à toute preuve objective connue, y compris le résultat de retraçage négatif faisant suite à l'application et au respect du protocole de retraçage approuvé et établir si la preuve objective contradictoire était assez convaincante pour réfuter le résultat du retraçage.
165. Le Dr McGonigle est, sans doute, un médecin professionnel compatissant et soucieux dont le programme de traitement pour son patient et la famille de son patient est au cœur de ses préoccupations et avec raison. Il était fermement d'avis que la cause de l'infection avait été les transfusions qui avaient eu lieu au cours de la période visée par les recours collectifs. Cependant, je n'ai pas trouvé le fondement de son avis aussi solide, notamment,
- (a) il a admis qu'on n'avait pas beaucoup de connaissances au sujet de l'hépatite C entre 1990 et 1992 et qu'il n'avait pas d'expertise particulière ou beaucoup d'expérience pratique à cet égard;
 - (b) il n'avait pas obtenu les dossiers antérieurs des médecins pédiatres qui avaient traité le réclamant avant 1992 et donc, n'avait pas de connaissance personnelle sur l'état de santé du réclamant de semaine en semaine au cours de la période d'avril 1990 à 1992;
 - (c) il ne se souvenait pas clairement de l'état de santé du réclamant de semaine en semaine en 1992 lorsqu'il a assumé pour la première fois la responsabilité du traitement du réclamant qui accepterait ou

rejetterait tout symptôme d'infection virale qui pourrait expliquer les lectures périodiques élevées de SGOT;

- (d) il ne se souvenait pas clairement de ses préoccupations, mise à part le problème principal de cancer, au sujet de l'état prédominant du réclamant durant les années de 1992 à 1998, lorsqu'il a commencé à traiter le réclamant pour la première fois;
- (e) par exemple, malgré la lecture élevée de 262 des niveaux de SGOT en juillet 1992, il ne se souvenait pas avoir eu une assez importante préoccupation pour demander un autre test de détection de l'hépatite C.

166. Je ne peux accepter de m'appuyer sur sa conclusion pour un certain nombre de raisons. D'abord, il admet qu'elle est entièrement fondée sur les lectures des niveaux de SGOT/SGPT et soutient qu'aucune lecture individuelle n'est fiable. Deuxièmement, il n'a aucun rappel ou souvenir particulier de l'état du réclamant en 1992. Troisièmement, il admet qu'en formulant son opinion, il n'avait pas consulté d'autres collègues médicaux qui étaient plus compétents dans le domaine. S'il avait lu ou tenu compte des avis contraires dans le présent cas, il ne se souvenait pas clairement pourquoi il rejetait les opinions adverses. Je conclus que son opinion, à elle seule, ne répond pas à l'exigence d'un élément probant contradictoire objectif très convaincant.
167. Il est clair que le Dr Grundy est un oncologue pédiatre d'expérience compétent qui a de la compassion pour ses patients; je n'ai aucune hésitation à accepter sa preuve relative à son domaine d'expertise. Il est clair d'après moi que la priorité du Dr Grundy et de son équipe en 1990 et 1991 portait de façon tout à fait appropriée sur la question de survie du réclamant.
168. Cependant, le Dr Grundy a très clairement expliqué qu'il n'était pas expert dans le domaine des maladies infectieuses, de la radiation ou de l'hépatite C et qu'un petit nombre uniquement de ses patients sont atteints d'hépatite C. D'après son propre témoignage, il semble que certains des niveaux de SGOT élevés en 1990 auraient pu être dus à des conditions virales transitoires comme un rhume ou une grippe, et certains autres niveaux élevés auraient pu être dus à des produits de chimiothérapie. En outre, il a témoigné que certains patients atteints d'hépatite C présentent des niveaux de SGOT normaux. Je ne vois pas comment sa théorie à l'effet que le réclamant devait avoir été atteint d'hépatite C depuis 1990 uniquement parce que les niveaux de SGOT étaient élevés, face à toutes les autres preuves devant moi, respecte le test énoncé par Pitfield J.

Conclusions

169. Selon la preuve devant moi, je suis entièrement convaincue que, d'après l'âge du réclamant, son mode de vie et son traitement médical, il n'est pas probable qu'il

ait connu des activités à risque élevé et que celles-ci n'auraient donc pas causé son infection.

170. Je suis convaincue que les produits de sang au Canada datant de la période visée par les recours collectif étaient moins sûrs que ceux offerts en juin 1990 alors qu'il y a eu des procédures améliorées de sélection des donneurs et de détection de virus et un risque plus faible de contamination.
171. Je n'ai pas reçu d'élément probant convaincant permettant d'établir que :
- (a) les transfusions de sang après 1990 comprenaient du « sang irradié » qui réduisait davantage le risque d'infection après juin 1990 parce que l'irradiation de sang peut inactiver ou réduire les virus transmissibles par le sang;
 - (b) il y avait des erreurs dans les procédures d'évaluation du programme de retraçage dans le présent cas;
 - (c) le réclamant avait subi une thérapie immunosuppressive suffisante en date du 7 juin 1992 permettant de rendre non pertinent le résultat négatif du test de détection de l'hépatite C;
 - (d) le dépistage et le dosage de remplacement étaient de niveau plus élevé aux États-Unis au moment du traitement du réclamant en Floride ou qu'en conséquence, le processus de transfusions de sang était probablement plus sûr à cet endroit et à cette époque qu'en Alberta en mai 1990;
 - (e) le réclamant était libre des virus transitoires ou des effets des médicaments liés à la chimiothérapie de sorte qu'il est possible d'éliminer ces facteurs comme explication de certains ou de tous les niveaux élevés de SGOT au cours de la période entre avril 1990 et juin 1992;
172. J'ai examiné la preuve statistique à l'effet qu'un des donneurs au cours de la période visée par les recours collectifs aurait pu avoir connu le phénomène de séroréversion et note qu'aucun des éléments présentés par l'une ou l'autre des parties n'était concluant. J'ai noté que le Dr Kleinman était d'avis que bien que la séroréversion était possible, elle était très peu probable dans le cas présenté. Le Dr Kleinman a été assujetti à un contre-interrogatoire très intense et a fourni des explications et des réponses plausibles aux défis présentés face à ses avis et à leur fondement.
173. Bien que le père du réclamant a fait appel à des médecins traitants des réclamants très compétents et a présenté de bons articles de recherche en rapport avec la séroréversion afin d'appuyer son allégation à l'effet que le réclamant avait été

infecté par un don reçu au cours de la période visée par les recours collectifs et a fourni son propre témoignage émouvant et des arguments pertinents, je considère que le critère qui m'est imposé par la Convention de règlement relative à l'hépatite C est plus rigoureux.

174. Il est clair que la preuve relative à la séroréversion évolue et n'est pas encore bien établie dans le domaine de la recherche médicale. Il semble que l'argument mis de l'avant par le réclamant à l'effet que la séroréversion aurait pu se produire rend la chose également probable qu'un tel effet aurait pu se produire dans un cas ou l'autre des dons en Floride au moment du dépistage ou du don et donc, défait l'argument du réclamant à savoir que l'infection a probablement eu lieu dans uniquement un des trois dons reçus au cours de la période visée par les recours collectifs.
175. En conséquence, je ne suis pas convaincue que la théorie de la séroréversion mise de l'avant par le réclamant satisfait au test requis de l'élément probant convaincant étant donné les 30 dons de la Floride sans preuve de retraçage, et la preuve de 11 dons canadiens faits au cours de la période visée par les recours collectifs pour lesquels un seul donneur a refusé de se soumettre à un nouveau test.
176. Enfin, j'ai examiné la théorie de l'immunosuppression ayant un effet sur le test négatif du réclamant en 1992 et expliquant les résultats négatifs du retraçage.
177. Le témoignage du père du réclamant à l'effet que le réclamant était sans doute dans un état d'immunosuppression à la date du test négatif de l'hépatite C du 7 juin 1992 s'appuyait sur sa compréhension des points de vue des médecins traitants. J'ai trouvé que leurs points de vue n'étaient pas sans équivoque. Bien que le Dr McGonigle a conclu que le réclamant était dans un état d'immunosuppression au moment du test de 1992, il m'a semblé que le Dr Grundy avait plus d'expérience et avait traité le réclamant pendant une période plus longue. J'ai noté que l'opinion du Dr Grundy sur cette question n'a établi que ce n'était qu'une possibilité que tel était le cas. En outre, le Dr Grundy n'était pas prêt à ignorer la possibilité que le test du 7 juin 1992 était valide.
178. Tel que mentionné plus tôt, je n'étais pas convaincue, selon le test énoncé par le juge Pitfield, J. que les opinions des Dr McGonigle, Grundy et Gutfreund sur la signification des niveaux de SGOT/SGPT sont suffisamment bien fondées pour justifier qu'un des donneurs durant la période visée par les recours collectifs par opposition à un des donneurs canadiens en dehors de la période visée par les recours collectifs qui ne s'est pas soumis à un retraçage ou un des 30 donneurs américains ou plus a dû connaître une séroréversion et a causé l'infection du réclamant. En conséquence, je dois conclure que la théorie de l'immunosuppression sur les faits du présent renvoi ne répond pas à l'exigence d'un élément probant hautement convaincant.

179. Je note que dans le cadre de la Convention de règlement, l'Administrateur doit administrer le Régime à l'intention des transfusés infectés par le VHC en conformité avec ses modalités. L'Administrateur n'est pas autorisé à modifier les modalités du Régime. Ni l'arbitre ni le juge arbitre ne peut modifier les modalités du Régime lorsqu'il est appelé à revoir la décision de l'Administrateur.
180. En conséquence, je dois maintenir la décision de l'Administrateur.
181. Cependant, je considère qu'en raison de l'effort très sincère et considérable de ce réclamant afin d'établir le motif de son renvoi, il devrait avoir droit aux frais raisonnables qu'il a encourus afin de tenter de trouver une preuve lui permettant de réfuter les résultats négatifs du retraçage.

En date du 28 avril 2006

Signature sur original
Shelley L. Miller, c. r., juge arbitre

EDMDOCSISHMILLERII 1 3762~1