

CAUSE DE RENVOI DANS LE CADRE DU RÉGIME À L'INTENTION DES
TRANSFUSÉS INFECTÉS PAR LE VHC ÉTABLI EN VERTU DU RÈGLEMENT DES
RECOURS COLLECTIFS (1^{ER} JANVIER 1986 AU 1^{ER} JUILLET 1990)

NUMÉRO DE RÉCLAMATION :
Date de l'audience en personne :
Date de la décision :

13602
Le 2 octobre 2007
Le 28 novembre 2007

DÉCISION

A. Introduction

[1] La réclamante réside à Saskatoon, en Saskatchewan. Elle a présenté une réclamation dans le cadre du Régime à l'intention des transfusés infectés par le VHC (« le Régime »), qui constitue l'Annexe A de la Convention de règlement relative à l'hépatite C (1986-1990) (« la Convention de règlement »), à titre de représentante personnelle de la succession de R, sa sœur décédée. R était une ancienne résidente de la Saskatchewan et de l'Alberta qui est décédée à l'âge de 55 ans, le 12 décembre 2000, des suites d'une surdose de méthadone. La réclamante a demandé une indemnisation à titre de membre de la famille d'une personne infectée par le VHC qui, selon les allégations, était décédée des suites d'une infection causée par une transfusion de sang reçue au Canada au cours de la période visée par les recours collectifs.

[2] En vertu des modalités de la Convention de règlement et du Régime, « la période visée par les recours collectifs » (du 1^{er} janvier 1986 au 1^{er} juillet 1990 inclusivement) est la seule période de temps au cours de laquelle une indemnisation peut être disponible. En outre, alors qu'il y a plusieurs sources possibles d'infection en ce qui à trait au virus de l'hépatite C (« le VHC »), le Régime ne prévoit d'indemnisation que pour les personnes qui ont reçu, au cours de la période visée par les recours collectifs, des transfusions de produits de sang tels que définis, généralement, mais sauf exception, lorsque les donneurs ont subi le test de détection et s'avèrent anti-VHC positifs.

[3] R avait reçu une transfusion de sang à la naissance de son fils benjamin en 1974 au St. Paul Hospital de Vancouver. La Société canadienne du sang (SCS) avait confirmé qu'il n'y avait aucun dossier disponible à examiner au sujet de la transfusion de 1974. Elle avait reçu une autre transfusion de sang au Calgary General Hospital (CGH) en septembre 1989 lors d'une chirurgie visant à lui réparer une lacération au foie. La SCS avait confirmé qu'un total de 5 unités de sang avaient été transfusées le 3 et le 5 septembre 1989. La demande d'indemnisation en vertu du Régime¹ a été déposée le 9 janvier 2004. Le 18 novembre 2004, la SCS avait indiqué qu'une procédure de retraçage avait été effectuée au sujet de ces 5 unités, et avait révélé que 4 unités s'étaient avérées anti-VHC négatives et que le donneur d'une (1) unité était décédée et donc impossible à retracer. Comme cette procédure de retraçage n'avait pas été concluante, compte tenu de la preuve de transfusion au cours de la période visée par les recours collectifs, s'il n'y avait

¹ TRAN 1, pièce 1, p. 32 à 36.

pas eu de preuve d'utilisation de drogues intraveineuses sans ordonnance, l'Administrateur aurait accepté la réclamation. Cependant, dans sa demande et ailleurs, la réclamante avait indiqué que R avait fait usage de certaines drogues intraveineuses sans ordonnance.

[4] Après le dépôt de la demande, la réclamante, son conseiller juridique et les responsables de l'administration du Régime ont échangé de la correspondance. Le Protocole approuvé par les tribunaux, le PAT, portant sur l'utilisation de drogues intraveineuses sans ordonnance, semble avoir été adopté à la fin de février 2004. Ultérieurement, dans une lettre datée du 2 juin 2006², l'Administrateur a transmis à la réclamante les raisons suivantes à l'appui de sa décision de rejeter la demande d'indemnisation :

La Convention de règlement stipule que l'Administrateur établisse l'admissibilité d'une personne à titre de membre des recours collectifs. Le PAT portant sur l'utilisation de drogues intraveineuses sans ordonnance stipule que l'Administrateur doit soupeser l'ensemble de la preuve obtenue lors d'enquêtes supplémentaires requises en vertu des dispositions du PAT et doit établir si, selon la prépondérance des probabilités, la personne infectée par le VHC répond aux critères d'admissibilité.

L'Administrateur a examiné avec soin tout le matériel d'appui que vous lui avez fourni au sujet de votre réclamation. Un comité a examiné votre réclamation et a conclu comme suit :

Le Dr O, le médecin qui a rempli le formulaire du médecin traitant, a indiqué que la personne infectée par le VHC avait des antécédents d'utilisation de drogues intraveineuses sans ordonnance. En outre, le médecin a ajouté par écrit « traitée à la méthadone pour utilisation de drogues intraveineuses. ». Ces renseignements ont été confirmés dans le formulaire Tran 3 et le formulaire de déclaration des autres facteurs de risques remplis par la réclamante.

Le 4 mai 2004, l'Administrateur vous a informée par écrit que votre réclamation serait rejetée à moins que vous ne lui fournissiez une nouvelle preuve établissant, selon la prépondérance des probabilités, que la personne infectée par le VHC avait été infectée par le VHC pour la première fois par suite d'une transfusion de sang reçue au Canada entre le 1^{er} janvier 1986 et le 1^{er} juillet 1990. Vous avez déposé un dossier médical complet et une déclaration sous serment datée du 29 septembre 2005.

² p. 3 à 5

Conformément au PAT, l'Administrateur a tenu compte de toute la preuve déposée, y compris l'avis d'un spécialiste médical expérimenté en traitement et en diagnostic du VHC et a conclu que, selon la prépondérance des probabilités, votre réclamation ne répondait pas aux critères d'admissibilité. L'Administrateur ne peut pas tirer la conclusion que la personne infectée par le VHC a été infectée par VHC pour la première fois par suite d'une transfusion de sang reçue au Canada au cours de la période visée par les recours collectifs; donc, votre réclamation est rejetée.

[5] Le Conseiller juridique du fonds s'appuie sur l'article 3.01 (1) (a) du texte du Régime :

ARTICLE TROIS
PREUVE EXIGÉE AUX FINS D'INDEMNISATION

3.01 Réclamation par une personne directement infectée

1. Quiconque prétend être une personne directement infectée doit remettre à l'administrateur... :

- a. des dossiers médicaux, cliniques, de laboratoire, d'hôpital, de la Société canadienne de la Croix-Rouge, de la Société canadienne du sang ou d'Héma-Québec démontrant que le réclamant a reçu une transfusion de sang au Canada au cours de la période visée par les recours collectifs;
- b. un rapport de test de détection des anticorps du VHC, un rapport de test ACP ou un rapport de test semblable à l'égard du réclamant;
- c. ***une déclaration solennelle du réclamant, indiquant i) qu'...il n'a jamais utilisé de drogues intraveineuses sans ordonnance, ii) qu'à sa connaissance..., il n'était pas infecté par le virus de l'hépatite non A non B ou le VHC avant le 1^{er} janvier 1986, iii) l'endroit où le réclamant a reçu pour la première fois une transfusion de sang au Canada au cours de la période visée par les recours collectifs, et iv) le lieu de résidence du réclamant, tant au moment... où il a reçu pour la première fois une transfusion de sang au Canada au cours de la période visée par les recours collectifs qu'au moment de la remise de la demande aux termes des présentes.***
[C'est nous qui soulignons]

[6] Il est convenu que dans ces circonstances, la réclamante a respecté les dispositions de l'article 3.01 (1) (a), (b) et (c) (ii), (iii) et (iv). Cependant, à la lumière de l'aveu par la personne décédée de son utilisation de drogues intraveineuses sans ordonnance, la présente cause soulève la question à savoir si la réclamante a respecté les dispositions du «malgré» de l'article 3.01 (3) du Régime qui prévoit ce qui suit :

3.01(3) Malgré les dispositions du paragraphe 3.01(1)c), ***si le réclamant ne peut se conformer aux dispositions du paragraphe 3.01(1)c) parce qu'il a utilisé des drogues intraveineuses sans ordonnance, il doit alors... remettre à l'administrateur une autre preuve établissant selon la prépondérance des probabilités qu'...il a été infecté pour la***

première fois par le VHC par suite d'une transfusion de sang au Canada au cours de la période visée par les recours collectifs. [C'est nous qui soulignons]

B. Faits et résumé de la preuve

[7] La réclamante a cherché à obtenir le renvoi du rejet de sa réclamation par l'Administrateur devant un juge arbitre et a demandé une audience « en personne ». Il y a eu plusieurs délais alors que le Conseiller juridique de la réclamante tentait d'obtenir des instructions à savoir comment retenir un témoin expert. Ultérieurement, ces instructions ne lui sont pas parvenues. Il y a eu d'autres délais, lorsque le Dr Gary Garber, un expert en maladies infectieuses d'Ottawa, n'a pas été en mesure de témoigner au nom de l'Administrateur et l'audience a dû être remise. On a finalement tenu une audience « en personne » à Saskatoon le 2 octobre 2007. La réclamante a témoigné de même que le conjoint veuf de R. Carol Miller, la coordonnatrice des demandes de renvoi et d'arbitrage du Centre des réclamations relatives à l'hépatite C (1^{er} janvier 1986 -1^{er} juillet 1990) (« le Centre des réclamations »), a témoigné au nom de l'Administrateur. Le Dr Garber a témoigné par téléphone haut-parleur au nom de l'Administrateur. Les parties ont déposé des observations par écrit. La question sera jugée en fonction des documents écrits et des témoignages offerts par les parties.

(a) Preuve documentaire

[8] La preuve documentaire suivante a été offerte lors de l'audience :

- Pièce 1 - Le dossier du Centre de réclamations (pages 1 à 464)
- Pièce 2 - Documents non transmis à l'expert médical (pages 465 à 665)
- Pièce 3 - Le dossier médical transmis par l'Administrateur au Dr Garber (pages 1 à 405)

(b) Témoignages oraux

Témoignage de la réclamante

La réclamante

[9] R avait 6 ans de plus que la réclamante. Elles étaient particulièrement proches ayant grandi dans le nord de la Saskatchewan. Comme leurs parents étaient alcooliques, les enfants plus âgés devaient s'occuper de leurs frères et sœurs plus jeunes. La vie était difficile. R avait été victime d'abus physiques à la maison. Parfois, la réclamante et R habitaient avec leur grand-mère. La réclamante a fréquenté un pensionnat durant 6 ans et n'est pas certaine si elle et R avaient fréquenté le pensionnat

en même temps, mais croit que R avait terminé sa huitième année à cet endroit. Après le pensionnat, R a fréquenté l'école secondaire à St. Louis, en Saskatchewan. La réclamante a perdu trace de R lorsque R est partie avec son premier ami de cœur. R a donné naissance à 3 enfants avec cet ami de cœur avant leur séparation suite à une agression physique. R s'est retrouvée avec un deuxième ami et a donné naissance à d'autres enfants. La réclamante lui rendait visite de temps à autres. R a en définitive eu un total de 9 enfants. Elle a finalement déménagé à Vancouver où leur autre sœur habitait et la réclamante ne l'a revue que plusieurs années plus tard, au moment où R s'était remariée, cette fois avec un chauffeur de camion qui travaillait en Alberta et en Saskatchewan. La réclamante ne savait pas combien d'années R avait vécu à Vancouver. Elle n'avait eu aucune communication avec elle au cours de cette période et l'avait seulement revue à son retour en Saskatchewan avec son nouveau mari. La réclamante ne se souvenait pas quand R avait épousé son mari ou quand ils étaient revenus en Saskatchewan, bien qu'elle pensait que ce pourrait avoir été à la fin des années 80. R avait vécu avec son nouveau mari à plusieurs endroits en Alberta, y compris à Calgary, à Olds et à d'autres endroits avant leur déménagement en Saskatchewan. La réclamante avait déménagé à Swift Current pendant une certaine période de temps, probablement au cours des années 90 et R et son nouveau mari y vivaient également, de même qu'un certain temps à Prince Albert et à Saskatoon. R souffrait d'arthrite grave aux bras et aux pieds. Lorsque la réclamante voyait R en Saskatchewan, R prenait du Tylenol, des antidépresseurs et d'autres médicaments. R buvait également à l'époque et prenait du Nytol. Elle buvait tout ce qui contenait de l'alcool et ce qui pouvait l'aider à soulager sa douleur. Selon ce que la réclamante pouvait voir ou savoir, R ne faisait pas usage de seringues et ne prenait pas de médicaments oralement. On l'a interrogé au sujet du formulaire portant sur les autres facteurs de risque³ qu'elle avait signé le 5 avril 2004, sur lequel elle avait coché la case indiquant « Utilisation de drogues intraveineuses sans ordonnance » comme « des opiacés », période de temps « inconnue » et fréquence d'utilisation « plus de 10 fois, mais inconnue. » Les brèves parties du dossier écrites à la main n'étaient pas d'elle, mais avaient été remplies à partir de renseignements fournis à un associé de l'avocat de la réclamante provenant de oui-dires d'un membre de la famille, car la réclamante n'avait jamais vu R utiliser des drogues intraveineuses, elle ne savait pas quel type de drogues elle pouvait avoir utilisé et n'avait aucune connaissance du nombre de fois qu'elle les avait utilisées. Elle ne savait certainement pas ce que voulait dire le mot « opiacés » et ne pouvait pas clairement se souvenir où elle avait obtenu cette information. Elle n'avait pas vu de marques de seringues sur le corps de R. Elle présentait ces renseignements avec certains dossiers de santé à titre d'administratrice de la succession de R et n'avait aucune connaissance spécifique non plus de plusieurs questions abordées dans ces dossiers.

[10] En contre-interrogatoire, la réclamante a reconnu que :

- R avait environ 21 ans lorsqu'elle a déménagé avec son premier ami de cœur et vécu à Grande Rivière pendant une certaine période de temps.

³ Pièce 3, p. 32 et 33

- La réclamante a déménagé à Saskatoon vers 1975 – R vivait à Saskatoon lorsque la réclamante a déménagé à cet endroit.
- Puis, R a déménagé en C.-B. – la réclamante avait d'abord témoigné que ce déménagement avait eu lieu au début des années 70, mais plus tard elle a pensé que c'était en 1978 ou au plus tard, au début des années 80.
- La réclamante ne savait pas si R avait utilisé des drogues intraveineuses ou partagé des seringues à Vancouver ou ce qu'elle y avait fait, parce qu'elle avait totalement perdu contact avec R au cours de cette période. De même, elle n'avait eu aucune connaissance à savoir si R pouvait avoir utilisé des drogues intraveineuses et si tel avait été le cas, le nombre de fois qu'elle aurait pu les avoir utilisées ou si elle avait pu partager des seringues ou si elle avait utilisé des seringues stérilisées.
- C'était peut-être sa sœur aînée qui avait dit à la réclamante que R avait utilisé des drogues à Vancouver, mais elle ne pouvait pas se souvenir exactement ce qu'elle avait dit ou si la réclamante l'avait présumé. Elle ne se souvenait pas vraiment ce qu'elle avait à l'esprit quand elle avait rempli le formulaire sur les autres facteurs de risque.
- R était revenu en Saskatchewan à un certain moment durant les années 90, avec son nouveau mari. La réclamante habitait alors à Saskatoon.
- La réclamante n'avait eu aucune connaissance des habitudes d'utilisation de drogues de R entre environ 1978 et les années 90, lorsque R avait déménagé en Saskatchewan. La réclamante n'avait vraiment aucune connaissance des antécédents d'utilisation de drogues de R.

Le conjoint veuf de la réclamante

[11] L'ancien conjoint de R est né en 1948. Il a témoigné qu'il avait rencontré R à Vancouver et ne savait pas si c'était à la fin des années 70 ou au début des années 80. Il travaillait comme chauffeur de camion de longs parcours. R l'accompagnait souvent lors de ses voyages partout à travers le Canada et les États-Unis. Parfois, ils ne rentraient pas à la maison avant 2 à 3 mois. Ils possédaient une remorque à Saskatoon qu'ils n'utilisaient pas trop souvent et une cabine couchette dans le camion. Lui et R ont vécu ensemble de cette façon pendant deux ou trois ans avant de se marier. Après leur mariage, il a continué comme chauffeur de camion. Leur mode de vie nomade s'est poursuivi après leur mariage jusqu'au décès de R. Parfois, ils détenaient un appartement à Prince Albert où R habitait alors qu'il travaillait et vivait en appartement à Edmonton. Il tentait de venir à Prince Albert aussi souvent que possible, ce qui n'était pas souvent. Il passait la plupart de son temps à Vancouver et avait loué un appartement à Chilliwack, en C.-B. et y avait prévu le déménagement de R. R se sentait seule et voulait le voir davantage. Il n'avait pas vu R entre septembre et décembre 2000, mais lui avait parlé tous les jours par téléphone. En décembre 2000, ils ont fait le voyage de la Saskatchewan à la Colombie-Britannique pour ce déménagement. Alors qu'ils étaient en route, il a arrêté son camion sur le bord de la route pour dormir et quand il s'est réveillé, il a constaté que R était morte. Au cours de leur période de temps ensemble, la santé de R avait des hauts et des bas. Elle était épileptique et souffrait d'une mauvaise arthrite et de maux de tête. Les seuls médicaments

qu'elle prenait, selon lui, étaient de l'aspirine, de l'Elavil et du Dilantin, qu'elle ne prenait qu'oralement. Quand on le lui a rappelé, il a déclaré qu'il savait que R allait à la pharmacie quotidiennement pour y chercher de la méthadone liquide qu'il la voyait boire à partir d'une tasse de papier. Il savait qu'elle avait reçu un mauvais coup de poignard en 1989. Elle avait été hospitalisée durant une longue période de temps. Après être rentrée à la maison, elle n'avait plus été la même et était tout le temps malade. Son rétablissement avait pris beaucoup de temps. R n'avait pas de penchants dont il était au courant. Bien qu'elle ait consommé de l'alcool, ce qui présentait un problème en raison du Dilantin et des autres médicaments qu'elle prenait, il ne croyait pas qu'elle était alcoolique. Elle n'avait pas perdu la tête au point de ne pas savoir ce qu'elle faisait, mais elle prenait 2 à 3 verres à la fois, 2 ou 3 fois par mois. Il ne l'a jamais vu utiliser de la drogue ou n'a jamais vu son attirail. Il n'aurait jamais pu traverser la frontière avec cette sorte de matériel. Il ne pensait pas qu'il était possible que R puisse avoir pris des drogues intraveineuses quand il n'était pas avec elle parce qu'il ne voyait pas de marques de seringues et il savait que lorsqu'elle allait voir le médecin, il avait de la difficulté à trouver des veines pour retirer du sang. Il ne savait pas pourquoi R était traitée à la méthadone. Il a déclaré sous serment le 29 septembre 2005⁴ que R n'avait pas utilisé de drogues intraveineuses sans ordonnance ou utilisé d'attirail associé à des drogues intraveineuses sans ordonnance avant sa première transfusion de sang au cours de la période visée par les recours collectifs ou à tout autre moment. Elle n'avait pas partagé de seringues. En contre-interrogatoire il a reconnu que :

- Le coup de poignard de 1989 avait été reçu dans l'appartement de Calgary qu'ils avaient détenu pendant environ 2 à 3 ans auparavant. R l'accompagnait parfois sur la route et demeurait parfois à Calgary quand il voyageait. Parfois, elle demeurait à cet appartement durant des périodes d'au moins 2 à 3 mois de voyages au loin de sa part. Depuis le début de leur relation, elle ne l'accompagnait pas toujours sur la route. Il y a eu plusieurs périodes où ils ne se sont pas vus pendant 3 à 4 semaines à la fois.
- Il ne savait pas ce que R faisait quand il était absent et ne pouvait pas dire si elle utilisait ou non des drogues durant ces périodes.
- Il savait qu'il était dans la trentaine lorsqu'ils se sont d'abord rencontrés.
- Il ne savait pas alors que la méthadone était utilisée pour traiter la toxicomanie et n'était pas au courant des rapports d'hôpital qui faisaient état de ses antécédents d'utilisation de drogue intraveineuses. Cependant, il n'avait aucune raison de croire qu'il y avait des erreurs dans les dossiers d'hôpital et médicaux présentés.
- Il était possible que R ait pris des drogues intraveineuses quand il était absent.

Témoignage au nom de l'Administrateur

Dr Gary Garber

[12] Le Dr Garber est chef et professeur de maladies infectieuses à l'Université d'Ottawa. Il s'intéresse spécifiquement au VIH et au VHC et il a activement traité des

⁴ Pièce 3, p. 38 et 39

patients du VHC pendant environ 6 ans. Le Centre des réclamations lui a demandé de fournir un avis indépendant sur la prépondérance des probabilités, lorsqu'il y a plus d'une source possible d'infection, quant à la source la plus probable d'infection. Il n'avait pas connu la patiente en question. Ainsi, les renseignements dont il disposait lui venaient des documents en dossiers tels que fournis. Dans le présent cas, la question était la transfusion de produits de sang plutôt que l'utilisation de drogues intraveineuses. Il n'est pas un statisticien ou un expert en épidémiologie. Cependant, une partie de son travail consiste à examiner et à interpréter régulièrement des statistiques. Il a travaillé avec des centaines de patients qui avaient fait usage de drogues ou avaient présenté un syndrome de sevrage dans le passé. Une partie de son travail consiste à relever tous les facteurs de risques potentiels d'une personne qui pourrait avoir été exposée au virus de l'hépatite C. Le sang et les liquides organiques ne sont qu'un des facteurs de risques si elles sont infectées et si une autre personne entre en contact avec ceux-ci. Il était qualifié comme témoin expert, à donner une opinion probante sur le VHC, sur ses causes, sur ses origines, sur le diagnostic et sur le traitement.

[13] Le Dr Garber a rédigé un rapport en date du 15 mai 2006,⁵ dont voici les principaux extraits :

Il s'agit d'un dossier compliqué d'une femme qui a reçu une transfusion de sang liée à une de ses multiples grossesses (environ 13), où le sang des années 70 en question est impossible à retracer. Elle a par la suite subi une lacération au foie ... en 1989 à Calgary où elle a reçu 5 unités de sang. Quatre de ces unités ... se sont avérées anti-VHC négatives, la cinquième unité n'a pu être retracée, car le donneur est décédé. Au moment de son séjour à l'hôpital, les résultats de ses tests de fonction hépatique étaient légèrement élevés. Cependant, la lacération au foie pourrait elle-même être la cause de cette observation modeste. Il y a des antécédents d'utilisation de drogues intraveineuses ... documentés à plusieurs reprises. L'utilisation est documentée en 1989 comme remontant à environ 10 ans plus tôt. En 1994⁶, l'utilisation est documentée comme remontant à 6 ans plus tôt et à plusieurs autres reprises où il est fait mention qu'elle avait utilisé des drogues intraveineuses. On a également documenté le fait qu'on avait de la difficulté à atteindre ses veines en raison de ces antécédents. En plus, elle présentait un syndrome du sevrage et il on a fait des (sic) enquêtes sur le fait qu'elle a consulté plusieurs médecins pour obtenir des narcotiques. Elle ... avait alors été traitée à la méthadone en 1999 alors que le médecin avait noté en dossier qu'elle avait des antécédents d'utilisation importante de drogues intraveineuses. On a également documenté le fait qu'elle avait de la difficulté à se stabiliser avec le traitement à la méthadone et ... qu'elle avait des symptômes de retrait et qu'elle avait commenté qu'elle devrait examiner la possibilité d'obtenir des drogues dans la rue. Elle avait été admise à plusieurs reprises au service d'urgence en raison de problèmes de niveaux de conscience diminués, de surdoses de

⁵ Pièce 3, p. 456 et 457

⁶ En témoignage, le Dr Garber a précisé que cette date était une erreur et aurait dû être 1992 selon la pièce 3, p. 145.

drogues et d'ingestion d'alcool. Elle ... est décédée en 2000 et l'autopsie concluait que la cause principale de son décès avait été un arrêt respiratoire causé par une surdose de méthadone.

En 1994, un médecin a noté à la main qu'elle avait une cirrhose du foie. Il n'est pas clair d'où provenait ces renseignements et à une autre reprise en 1994, alors qu'elle avait des douleurs abdominales (sic), on a observé qu'elle avait une hépatite. Encore une fois, il n'y a aucun test de fonction hépatique à cette époque pour tirer une conclusion quelconque. Ni n'y a-t-il d'historique de jaunisse documenté à cette occasion ... Un test de détection du VHC avait été effectué en 1995 et les anticorps étaient positifs. Nous n'avons aucun résultat de test ACP. L'antigène de surface de l'hépatite B était négatif, il n'y avait aucun résultat d'anticorps ou d'anticorps nucléocapsidiques pouvant nous aider à dénoter d'autres contacts à risque.

Il est à noter que selon le rapport d'autopsie, il y avait preuve de changements graisseux au foie accompagnés de fibrose formant un pont et de fibrose périportale. Ces changements pourraient certainement être dus à sa consommation excessive d'alcool, mais pourraient également être causés par l'hépatite C ou une combinaison des deux. Cependant, ce qui est également pertinent, c'est qu'on a également découvert qu'elle était atteinte de pneumoconiose par le talc qui, en raison de la taille des particules de talc trouvées dans les poumons, pouvait, estime-t-on, provenir de certaines impuretés dues à l'utilisation de drogues intraveineuses. On remarque habituellement ces changements chez les gens qui ont des antécédents chroniques d'utilisation de drogues intraveineuses.

D'autre part, sa sœur ... a indiqué qu'elle avait effectivement utilisé des drogues intraveineuses plus de 10 fois mais ... qu'elle n'avait pas partagé de seringues. Son mari a déclaré qu'à sa connaissance ... elle n'avait jamais utilisé de drogues intraveineuses sans ordonnance. Il est clair que selon la preuve accablante en dossier, (sa) déclaration sous serment démontre une absence manifeste de connaissances...

Impressions et recommandations :

Il semble que cette personne avait connu une période prolongée d'utilisation de drogues intraveineuses suivie d'une longue période d'utilisation de narcotiques qui s'est poursuivie même lors du traitement à la méthadone. Les changements notés lors de l'autopsie indiqueraient une infection par le virus de l'hépatite C sur une période d'au moins 15 ans, ce qui concorderait certainement avec la période de temps pour laquelle l'utilisation de drogues intraveineuses a été bien documentée. D'autre part, il y a une unité de sang transfusée pendant la période de temps qui n'a pu être testée.

Selon la prépondérance des probabilités, il est beaucoup plus probable que cette personne ait été infectée par suite de l'utilisation de drogues intraveineuses que par une simple unité de sang qu'on n'a pas réussi à retracer. [C'est nous qui soulignons]

[14] Selon l'avis du Dr Garber, la fiche faisait état d'une tendance importante d'abus de drogues où les infirmières et les médecins notent : utilisation préalable de drogues illicites, utilisation de drogues de la rue, utilisation de drogues intraveineuses, syndrome de sevrage, hospitalisation due à une surdose de drogues et difficultés à insérer l'intraveineuse en raison d'absence de bonnes veines. Voici les notes spécifiques inscrites à la fiche qui ont servi de points d'appui au Dr Garber pour tirer ses conclusions :

1989 – Calgary General Hospital (CGH) : les notes de l'infirmière du service d'urgence⁷ au sujet de l'admission pour blessure due à un coup de poignard indiquent « **antécédents de drogues intraveineuses – il y a dix ans** ».

1990 – Dossier d'anesthésie pour chirurgie au cou du CGH⁸ – indiquant « **la patiente avoue qu'elle fait usage de drogues et qu'elle a utilisé toutes ses veines, y compris celles du cou**. Enfin, réussite à insérer une intraveineuse dans une des veines externes de son cou. « Les difficultés à insérer une intraveineuse peuvent se produire chez des non-utilisateurs de drogues intraveineuses, par exemple, ceux qui suivent des traitements de chimiothérapie chroniques pour le traitement du cancer.

1992 – Admission au CGH pour évaluation de douleurs au dos⁹ – référence à des « **antécédents d'utilisation de drogues intraveineuses, ~ il y a six ans** ».

1994 – Notes historiques¹⁰ - il y a une référence à une cirrhose du foie et à l'hépatite B – c'est la première référence à l'hépatite B – il n'y a pas assez d'information pour démontrer si oui ou non elle était atteinte d'hépatite B et si elle s'en était ensuite débarrassée ou si le mot VHC avait été mal transcrit ou non.

Avril 1995, rapport de laboratoire¹¹ - ce rapport indique une hépatite B négative et un anti-VHC positif. C'est la première référence au VHC dans les notes de fiche.

Mars 1999, première consultation pour méthadone de la Prince Albert Clinic¹² - on y fait référence à « **une utilisation prolongée de drogues intraveineuses** », « **épilepsie et dépression** », et que la patiente « **avait perdu 30 livres au cours des derniers 6 mois – consommation excessive** », et « **bonne candidate pour la meth.**»

⁷ Pièce 3, p. 107 à 109 – voir également p. 70 et 71

⁸ Pièce 3, p. 124

⁹ Pièce 3, p. 145 – voir également p. 188, antécédents thérapeutiques en date du mois d'août 1993, indiquant « mauvaises veines en périphérie, états de pt (temps de prothrombine) dus aux utilisations abusives de drogues intraveineuses antérieures »

¹⁰ Pièce 3, p. 221

¹¹ Pièce 3, p. 233

¹² Pièce 3, p. 310 – voir également le formulaire du médecin traitant (TRAN2) rempli par le médecin de R. à Prince Albert, qui indique que R. avait des antécédents d'utilisation de drogues intraveineuses sans ordonnance (pièce 1, p. 40, case 24) et qu'en plus, R. « a été traitée à la méthadone pour cause de drogues intraveineuses » (case 27, page 41).

Rapport d'autopsie – Le 2 janvier 2001¹³ - Celui-ci fait référence à une **pneumoconiose** qui, dans le passé, faisait référence au « poumon noir », une condition associée aux mineurs. » La pneumoconiose « par le talc » fait référence aux particules se trouvant dans les poumons associées aux impuretés des drogues intraveineuses. Le rapport d'autopsie ajoute en plus ce qui suit :¹⁴

« On a pu trouver beaucoup de matériel étranger dans les voies aériennes et de l'interstitium dans les poumons. Le matériel étranger était cristallin et mesurait en moyenne 25 microns, ce qui est plus compatible avec du talc ou du matériel semblable. Ce matériel étranger a entraîné une réaction d'inflammation de corps étrangers partout dans les poumons avec une fibrose interstitielle dans certains secteurs, ce qui est plus probablement dû aux impuretés des drogues intraveineuses. Il y a certaines professions où on peut inhaler une grande quantité de talc. Cependant, dans ces cas, les particules de talc ont tendance à être plus petites. Des particules aussi grosses que celles trouvées dans le présent cas sont habituellement filtrées avant d'atteindre les poumons dans les cas attribuables à l'inhalation. » [C'est nous qui soulignons]

On a également constaté que l'inflammation chronique et la fibrose périportale du foie qui étaient « indicatives d'ingestion chronique d'alcool...même si la possibilité d'hépatite virale chronique ne peut pas être exclue ». Le décès a été attribué à une surdose de méthadone.

[15] Bien que la fiche n'indique pas la durée exacte de l'utilisation de drogues intraveineuses, un programme de méthadone est habituellement utilisé, non pour des utilisateurs occasionnels, mais pour des drogués de longue date et à forte consommation, typiquement de drogues illicites. La méthadone est utilisée pour réduire les états de besoin et pour le syndrome du sevrage. C'est un narcotique qui agit sur une plus longue période et qui métabolise lentement, qui aide donc à soulager les symptômes de retrait et stabilise les gens et les rend plus productifs. Les dossiers démontrant des pertes de poids de 30 livres en 6 mois indiquent clairement qu'il s'agissait du cas d'une personne aux prises avec un problème de syndrome de sevrage préoccupant au point où elle négligeait de se nourrir. La méthadone n'est pas exclusivement utilisée pour les utilisateurs de drogues intraveineuses. Les drogues intraveineuses agissent plus rapidement et leur approvisionnement n'est pas nécessairement fiable. En conséquence, les utilisateurs utilisent souvent les deux. La méthadone peut également être utilisée dans le cas de personnes qui abusent exclusivement de médicaments oraux.

[16] En termes d'évolution de la maladie, le Dr Garber a témoigné que bien que nous devions composer avec une science imparfaite, on ne voit pas de changements hépatiques importants avant au moins 15 ans après l'infection. Ils

¹³ Pièce 3, p. 26 à 31

¹⁴ p. 29

peuvent se présenter plus tôt (plus près de l'année seuil de 15 ans, mais toujours au delà de 15 ans) chez des personnes dont le foie est compromis, soit en raison d'abus d'alcool ou de multiples toxines comme le VIH et le VHC. Les constatations lors de l'autopsie du foie indiqueraient que la date de l'infection se situerait probablement vers 1985, ce qui concorde tout à fait avec les notes indiquées sur la fiche. Cela indique clairement que l'infection par le VHC remonte à une date antérieure à la transfusion de 1989. Il conclut qu'il était beaucoup plus probable que R ait été infectée par suite d'expositions multiples à l'abus de drogues intraveineuses qui semblent s'être produites sur une période de temps prolongée plutôt que par suite de l'infection attribuable à un très faible risque dû à une seule exposition à une unité de sang qui n'a pu être testée. Statistiquement, le faible risque que cette seule unité de sang pourrait avoir contenu le VHC se situait entre 1/1000 et 1/100, en comparaison d'un risque de plus de 50 % que les utilisateurs chroniques de drogues intraveineuses, au fil du temps, aient tendance à devenir anti-VHC positifs. Au cours des années 80, le VHC a augmenté rapidement au Canada chez les utilisateurs de drogues intraveineuses. Même si on avait utilisé un taux d'infection très conservateur par suite de l'utilisation de drogues intraveineuses comme 10 %, le risque de contracter le virus par suite de l'utilisation de drogues intraveineuses était au moins 10 fois plus élevé. Peu importe la méthode utilisée pour analyser la preuve, selon la prépondérance des probabilités, il était beaucoup plus probable que l'utilisation de drogues intraveineuses ait été la source d'infection dans le présent cas.

[17] En contre-interrogatoire, le Dr Garber a témoigné comme suit :

- Son avis à l'effet que R était une droguée est fondé sur le dossier médical.
- Bien qu'il y ait un certain nombre de références à l'utilisation de drogues, seules deux notes spécifiques dans les dossiers de soins de santé¹⁵ touchent à l'utilisation de drogues intraveineuses au cours d'une période spécifique, toutes les deux proviennent du CGH. L'une était datée de 1989 et faisait référence aux 10 années précédentes (1979) et l'autre était datée de mai 1992 (non pas 1994 tel que mentionné dans le rapport du Dr Garber), qui faisait référence à l'utilisation de drogues intraveineuses, ~ il y a 6 ans (autour de 1986). D'autres font référence à une consommation « excessive » sans mentionner de périodes.
- On lui a demandé si la note de 1992 pouvait avoir simplement été une répétition de la note déjà dans la fiche pour l'année 1989. Il ne serait pas étonné si ces deux notes avaient été rédigées indépendamment. On y indique « ancienne fiche » et il soupçonne que les anciens dossiers n'auraient pas été disponibles au service d'urgence. Il n'y a aucune mention dans l'une ou l'autre des notes quant au type de drogues utilisées, à la méthode ou à la fréquence d'utilisation de drogues intraveineuses. Il semble qu'en fonction de l'information limitée révélée par R à ses fournisseurs de services médicaux, il y a peut-être un écart de 10 à 3 ans avant sa transfusion en 1989 où elle démontre avoir fait usage de drogues intraveineuses pour la dernière fois.

¹⁵ Pièce E, p. 109 et 145.

- On y trouve une référence à l'usage abusif de comprimés par R et à l'obtention d'ordonnances multiples.
- Le traitement à la méthadone est conçu en vue de réduire les états de besoin et n'a rien à voir nécessairement avec la méthode d'ingestion. Il est possible de traiter à la méthadone une personne qui s'adonne uniquement à l'ingestion de comprimés, bien que ce soit peu probable, car il y a d'autres méthodes de traitement des personnes qui ne consomment que des comprimés. Les notes de 1999 n'indiquent pas si R utilisait ou non des drogues intraveineuses à cette époque, ou ne suggèrent pas spécifiquement si elle en utilisait après 1989.
- Un examen de l'état du foie de R fournit d'autres renseignements quant au moment probable de son infection. Dans ce cas, l'information la plus précise provient directement du tissu qui a été analysé lors de l'autopsie. En 1989, le tissu hépatique a également été examiné pendant la chirurgie visant à réparer la lacération. Cependant, l'examen était seulement superficiel et non microscopique. On lui a demandé de commenter le fait que le foie était considéré comme normal au moment des rapports de chirurgie¹⁶ et d'ultrasons abdominaux.¹⁷ Ceci a eu lieu 10 ans après les indications d'utilisation de drogues intraveineuses en 1979. Il serait relativement peu commun de constater suffisamment de cicatrisation du foie pour que les tests d'ultrasons en révèlent la présence après seulement 10 ans.
- L'utilisation d'alcool peut accélérer la manifestation de la maladie. Cependant, si une personne n'est pas alcoolique, il peut y avoir un délai de 20 à 25 ans avant que tous changements du foie ne se manifestent. Si R était alcoolique, son alcoolisme aurait pu accélérer la manifestation de la maladie (par opposition à 20 à 25 ans), mais ce serait nettement inhabituel de l'accélérer avant l'année seuil de 15 ans.
- Le Dr Garber n'était pas d'accord avec la déclaration à l'effet que l'on devrait pas s'attendre de constater d'importants dommages au foie causés par le VHC en moyenne aussitôt que 10 à 15 ans après le moment de l'infection.¹⁸ Il n'a pas établi le

¹⁶ Ex. 3, p. 76

¹⁷ Ex. 3, p. 99.

¹⁸ J'ai demandé au Conseiller juridique de la réclamante de fournir toute documentation écrite sur laquelle il comptait contre-interroger le Dr Garber avant son témoignage. Comme il ne l'a pas fait, je ne lui ai pas permis de contre-interroger le Dr Garber sur son témoignage portant sur le dossier de réclamation no 1400543 au paragraphe 24, qui indiquait qu'il avait témoigné que généralement, on ne s'attendrait pas de voir des dommages importants au foie en rapport avec le VHC pour, en moyenne, une période de 10 à 15 ans à partir du moment de l'infection. Dans ce cas, j'étais le juge arbitre. Dans le cas présent, le Dr Garber a témoigné qu'il croyait qu'il avait dû y avoir une erreur dans cette décision car il n'aurait pas présenté de preuve à l'effet que des dommages importants au foie se seraient manifestés 10 à 15 ans après la date de l'infection par le virus de l'hépatite C. Le moment pertinent est 15 ans. Suite à l'audience du 2 octobre 2007 dans le présent cas, le Conseiller juridique de l'Administrateur m'a demandé de revoir mes notes de l'audience relative à la réclamation no 1400543, car les notes du Conseiller juridique indiquaient que le Dr Garber n'avait pas indiqué 10 à 15 ans, mais plutôt 15 ans. J'ai vérifié mes notes. Bien qu'elles indiquent 10 à 15 ans, on n'avait pas conservé d'enregistrement du témoignage du Dr Garber, dans ce cas, j'admets que mes notes pourraient ne pas avoir été précises. Je n'ai pas de raison de douter de la déclaration du Conseiller juridique à cet effet, en particulier, lorsque vue dans le contexte du témoignage du Dr Garber dans le cas devant moi qu'il a été conforme dans son témoignage à cet égard. Le Dr Garber n'a pas du tout été ébranlé lors du contre-interrogatoire sur son avis à savoir que 15 ans serait le moment le plus tôt où l'on pourrait s'attendre à voir d'importants dommages suite à une infection par le virus de l'hépatite C. En résumé, je n'ai pas suffisamment

point seuil de 15 ans qui est plutôt un point seuil bien établi par les experts du domaine, pour les patients présentant des facteurs de risque. Ce seuil permet aux professionnels d'évaluer l'urgence de la maladie, d'établir le besoin d'une biopsie du foie ainsi que les méthodes et le choix du moment du traitement. Du point de vue médical, il n'est pas indiqué de faire une biopsie du foie après 10 ans car on ne verrait pas de changements.

- Il n'y a pas de preuve indiquant que l'usage du Dilantin, de l'Aspirine et du Tylenol, les médicaments d'usage dans ce cas, aurait accéléré l'évolution de la maladie. En fait, la majorité des patients qu'il voit prennent divers médicaments et ou ont des antécédents de dépression et de maladie mentale. Le tableau réel de morbidité au fil du temps est relativement conséquent.
- Dans le cas présent, il n'y a pas eu de test pour vérifier la présence d'anticorps du VHB. Les dossiers indiquaient seulement un antigène de surface négatif, ce qui signifie seulement que la patiente n'avait pas d'infection évolutive. Cela ne lui indique pas si la patiente aurait pu avoir contracté l'hépatite B plus tôt. Si en fait elle avait déjà été guérie d'une infection causée par le virus de l'hépatite B, cela constituerait une autre indication de comportement à risques pouvant mener à une infection par le virus de l'hépatite B et une infection par le virus de l'hépatite C .
- La première référence à l'infection par le virus de l'hépatite C d'avril 1995¹⁹ n'indique qu'un résultat positif; il n'indique pas la date d'infection.
- Voici ce qu'indique le rapport du coroner²⁰ : « En consultation avec le médecin de famille de R (en Sask.), on a appris qu'elle luttait contre l'abus de drogues, d'alcool, de drogues illicites et de médicaments prescrits. » Le rapport d'autopsie indique qu'il y avait hypertrophie du foie et que la coloration était plutôt inégale.²¹ Le rapport ne parle pas de cirrhose. Le Dr Garber a indiqué que plusieurs choses peuvent causer des changements dans l'apparence du foie, y compris des événements terminaux et préterminaux. Une circulation réduite (R a cessé de respirer, ce qui a entraîné son décès) peut en être la cause. Ce rapport n'indique réellement pas ce qui se passe dans le foie. Il indique que c'est compatible avec l'ingestion chronique d'alcool bien qu'on ne puisse pas éliminer la possibilité d'une infection virale chronique. Comme l'incident a eu lieu en 2000 et que la transfusion avait eu lieu en 1989, on lui a demandé si cela avait pu friser l'année seuil de 11 ans et se rapprocher de l'année seuil de 15 ans. Il a répondu que bien qu'on pourrait s'attendre de constater une inflammation à la 11e année dans le cas où il s'agit d'un buveur excessif atteint du VHC, on ne s'attendrait pas de constater la présence d'une fibrose à cette étape. Ici, l'ensemble de la preuve le plus important indique une durée plus longue d'infection avant de constater des changements, soit plus de 15 ans. Le rapport du coroner n'indique pas un usage de drogues intraveineuses récent, mais il indique une compatibilité avec l'usage de drogues intraveineuses au cours des années 70 et 80.

confiance en la précision de mes notes antérieures pour douter du témoignage du Dr Garber de quelque façon importante.

¹⁹ Pièce 3, p. 233

²⁰ Pièce 3, p. 24

²¹ Pièce 3, p. 28

- Le rapport du coroner n'est pas concluant quant à savoir si le corps étranger présent dans les poumons était du talc ou une autre substance. Cependant, il s'agit d'une certaine preuve d'usage de drogues intraveineuses.
- Il est considéré contraire à l'éthique de demander des biopsies du foie dans le cas de personnes en santé. L'ensemble de la preuve a donc trait aux personnes atteintes d'une maladie – elles établissent le seuil. Il y a des points repère extrêmes de chaque bout de la gamme qui servent à établir des seuils, mais 15 ans est le minimum et non le point milieu.
- Le sexe et l'âge ne sont pas des facteurs de risque d'exposition. Les facteurs de risques ont trait à l'exposition au virus au moyen de drogues, de seringues, de cuillères et d'articles à mélanger partagés. Il est beaucoup plus facile de propager le VHC par l'entremise du sang que le VIH, en raison de la concentration du virus dans le sang.
- Si un patient reçoit une transfusion d'une unité de sang infecté, il n'est pas certain à 100 p. cent qu'il contractera le virus. Environ 15 p. cent des personnes portant les anticorps du VHC ne contractent pas l'infection, ce qui signifie qu'un donneur pourrait avoir été anti-VHC positif et ne pas avoir donné une unité de sang infecté. D'autres personnes pourraient être exposées et non infectées. Certaines se débarrassent du virus ou deviennent immunisées contre le virus. La majorité des personnes à qui on a donné une unité de sang infecté contracteraient le virus. Si l'on découvrait que l'unité de sang non retracée contenait le virus, cela ne mettrait pas fin à la question, parce que la personne aurait pu déjà avoir été infectée par le VHC suite à l'usage de drogues intraveineuses. Dans le cas présent, la preuve du syndrome de sevrage au cours d'une certaine période de temps n'appuie pas l'affirmation à l'effet qu'il n'y a jamais eu de partage de seringues ou d'attirail. Si un utilisateur de drogues invétéré a besoin d'un fix, les règles d'usage d'une seringue ou d'un attirail stérile ne sont pas nécessairement respectées. Si la personne sans veines périphériques dit à une infirmière qu'elle a déjà fait usage de drogues, cela indique clairement qu'elle a fait un usage important de seringues. Ce facteur entre autres fait pencher fortement la prépondérance des probabilités en faveur de l'Administrateur.
- Dans le cas présent, l'évolution de la maladie inique une infection par le virus de l'hépatite C avant 1989. Il serait possible que l'infection ait eu lieu au début des années 1970 par suite d'une transfusion de sang. Par ailleurs, cela n'est pas vraisemblable car il n'y avait pas beaucoup de cas d'hépatite non A-non B remontant au début des années 1970.

Carol Miller, inf. aut., coordonnatrice des demandes de renvoi et d'arbitrage

[18] Mme Miller a fait part de ses vastes connaissances dans la plupart des domaines de soins hospitaliers ainsi que de son expérience au Centre des réclamations depuis mai 2000, y compris son poste actuel en tant que coordonnatrice des demandes de renvoi et d'arbitrage. Elle a décrit le long processus appliqué à la demande présentée par la réclamante et à son rejet final. Depuis 2001, elle a également participé au comité qui traite de toutes les réclamations rejetées. Il existe un processus différent pour les personnes ayant des antécédents d'utilisation de drogues intraveineuses. Dans ces cas, le réclamant doit démontrer selon la prépondérance des probabilités qu'il a été *infecté*

pour la première fois par suite d'une transfusion. Dans le cadre du PAT, tous les dossiers médicaux et hospitaliers pertinents sont obtenus, examinés et transmis avec les résumés des documents qui traitent de l'utilisation de drogues intraveineuses ou de problèmes hépatiques, à un expert, dans le cas présent, le Dr Garber, pour qu'il fournisse un avis sur la source la plus probable de l'infection. Dans le cas présent, le comité sur l'utilisation de drogues intraveineuses a examiné la preuve qui, à la fois, appuyait et n'appuyait pas la position de la réclamante, selon les exigences du PAT.²² Suite à l'examen du rapport du Dr Garber, ainsi que du reste du contenu des dossiers, le comité a conclu qu'un examen de la preuve présentée à l'Administrateur n'établissait pas selon la prépondérance des probabilités que la personne infectée par le VHC avait 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.

[19] Lors du contre-interrogatoire, Mme Miller a reconnu que le formulaire sur les autres facteurs de risques ne fait pas référence aux représentants personnels. Les réponses indiquées sur le formulaire du comité sur l'utilisation de drogues intraveineuses²³ avaient été complétées durant la réunion de ce comité. Selon le PAT, chaque question doit être examinée de façon distincte. Le comité constitué de quatre personnes a accepté l'avis du Dr Garber et a déclaré à l'unanimité que la réclamation devait être rejetée. La réponse à chaque question a été dactylographiée par la suite par Mme Miller, en utilisant ses propres mots. Une lettre de rejet a été par la suite émise.

C. ANALYSE

[20] Le texte du Régime [article 3.01(3)] impose au réclamant qui a des antécédents d'usage de drogues intraveineuses le lourd fardeau de démontrer qu'il a été ***infecté pour la première fois*** par une transfusion de sang reçue au cours de la période visée par les recours collectifs. En même temps, ce n'est pas un fardeau insurmontable. Il est clair que les rédacteurs du Régime n'avaient pas l'intention d'exclure une personne de la protection prévue par le Régime uniquement en raison du fait qu'elle avait admis avoir fait usage de drogues intraveineuses sans ordonnance à un moment ou l'autre de sa vie. Une telle intention aurait été clairement indiquée.

[21] Les personnes ayant des facteurs de risques autres que celui d'être un utilisateur de drogues intraveineuses comme le tatouage, les perçages corporels, l'usage de drogues intranasales, la prison et ou l'incarcération, les relations sexuelles non protégées et autres procédures chirurgicales, n'ont qu'à prouver la transfusion de sang infecté afin de se prévaloir *prima facie* des dispositions du Régime. Dans les circonstances où une unité de sang non retraçable est présumée constituer une procédure d'enquête non concluante, le Régime accorde le bénéfice du doute à de telles personnes. Malgré la présence manifeste de facteurs de risques, de telles personnes n'ont pas à s'acquitter du lourd fardeau « d'inverser la charge de la

²² Pièce 1, p. 458 à 461

preuve » imposé à celles ayant admis avoir des antécédents d'utilisation de drogues intraveineuses, à qui on n'accorde pas le bénéfice du doute.

[22] Malgré le lourd fardeau imposé au réclamant qui a des antécédents d'utilisation de drogues intraveineuses, l'article 3.01 (3) du Régime reconnaît clairement la possibilité de prouver que la première infection est liée à une transfusion. L'article 10.01(1) de la Convention de règlement prévoit un rôle de supervision générale et continue des tribunaux, dont celui d'établir, entre autres,²⁴ A) si les restrictions de paiement de sommes intégrales à l'égard des régimes devraient être changées ou supprimées, en totalité ou en partie, et B) si les modalités des régimes devraient être modifiées par suite d'une insuffisance de ressources financières ou d'une insuffisance prévue de ressources financières du fonds en fiducie ». En particulier, la Convention de règlement prévoit que « les tribunaux rendront des jugements ou ordonnances sous la forme nécessaire pour mettre en oeuvre et faire exécuter les dispositions de la présente convention et superviseront l'exécution continue de la présente convention, y compris les régimes » ... y compris une déclaration que les tribunaux devront : ...

- (h) approuver, annuler ou modifier les protocoles présentés par le comité conjoint ou les conseillers juridiques des recours collectifs;
- (i) sur requête de l'administrateur, des conseillers juridiques du fonds, des vérificateurs, de tout conseiller juridique pour les recours collectifs, du comité conjoint ou du fiduciaire, fournir des conseils et des directives.

[23] En vertu de l'article 10(2) de la Convention de règlement, les PAT et les ordonnances donnant un éclairage sur de telles questions établies par les tribunaux ne seront en vigueur que lorsque l'ordonnance sera définitive. Le PAT sur l'utilisation de drogues intraveineuses sans ordonnance est un exemple du type de document que les tribunaux sont autorisés à émettre de par les dispositions de la Convention de règlement. Ce PAT établit les procédures d'interprétation et de mise en oeuvre de l'article 3.01(3) du Régime en accord avec d'autres dispositions du Régime. Ce PAT se situe dans une large mesure dans le droit de regard des tribunaux en vertu de l'article 10 de la Convention de règlement (rôle de supervision des tribunaux) et lie clairement l'Administrateur, les juges arbitres et les arbitres. Le PAT reconnaît les défis et les fardeaux uniques qui sont imposés aux réclamants ayant des antécédents d'utilisation de drogues intraveineuses sans ordonnance et en fait, contrairement à d'autres sections du Régime, prévoit même que dans de telles circonstances, l'Administrateur « assistera le réclamant en lui conseillant le type de preuve qui sera utile pour s'acquitter du fardeau de la preuve en conformité avec la présente PSO ».

²⁴ 10.01(1)(i)

[24] Je commence mon analyse de la preuve en conformité avec le texte du Régime et le PAT en notant que l'Administrateur ne cherchait pas à rejeter la réclamation dans le cas présent. Au lieu, l'Administrateur a respecté ses responsabilités lorsqu'il a interprété et appliqué le PAT avec professionnalisme et ouverture d'esprit. On peut dire la même chose dans le cas du Dr Garber. L'Administrateur et le Dr Garber ont appliqué les dispositions du PAT de manière appropriée. Je conclus que le témoignage du Dr Garber était non seulement persuasif, il était aussi convaincant. J'accepte son témoignage sans hésitation.

[25] Des questions importantes de crédibilité surgissent inévitablement lorsque on examine le témoignage de réclamants ayant des antécédents prouvés d'abus d'alcool ou d'autres drogues. Ces questions ont trait à l'honnêteté d'un réclamant, mais peut-être davantage à sa fiabilité, étant donné le manque de souvenirs clairs et un piètre jugement pouvant être liés à l'abus d'alcool ou d'autres drogues et au syndrome de sevrage. Cependant, ces questions n'excluent pas automatiquement l'admissibilité d'une personne aux avantages du Régime et doivent être soupesées soigneusement dans le contexte des situations individuelles de chaque cas. De telles questions de crédibilité sont assez difficiles à évaluer dans le contexte de réclamants vivants, qui peuvent témoigner quant à leurs situations personnelles et peut-être expliquer les écarts qui figurent dans les dossiers. Cependant, elles sont aggravées de façon importante dans le cas de personnes décédées, notamment lorsque, dans ces cas, les témoins ne vivaient pas de façon continue avec le réclamant pendant la période de temps concernée.

[26] Je conclus que le réclamant et le veuf de R ont été des témoins crédibles qui ont fait de leur mieux pour donner des témoignages complets et honnêtes. Cependant, ils ont tous deux eu beaucoup de difficulté à fournir un témoignage détaillé ou clair en rapport avec les allées et venues et activités de R pour une bonne partie de la période de temps pertinente. Il y a simplement trop d'écarts dans leur témoignage pouvant permettre d'établir que la première infection a eu lieu par suite de la transfusion de 1989. La réclamante a vécu une bonne partie de ces années dans une province différente de celle de R. Même durant des périodes où les deux habitaient en Saskatchewan, elles vivaient souvent dans des villes différentes. Le conjoint veuf de R a passé une bonne partie de son temps sur la route et n'était tout simplement pas en mesure de parler de ce qui se passait en son absence. Selon plusieurs faits relatés dans ses dossiers de santé, R était une historienne aux souvenirs vagues. Non seulement n'a-t-elle pas fourni de détails sur son abus de drogues non plus aux professionnels de la santé, il est évident qu'elle ne l'a pas fait avec ceux qui étaient le plus près d'elle. Même si le Conseiller de la réclamant a fait de son mieux avec les documents qui lui étaient disponibles pour atténuer les antécédents d'utilisation excessive de drogues intraveineuses de R, les dossiers sommaires antérieurs, notamment le paragraphe [14], dépeignent la nature et l'étendue du problème de façon graphique. La réclamante s'est souvenue d'avoir entendu des rumeurs de membres de la famille au sujet de l'abus de drogues intraveineuses mais ne se souvient pas de la source précise de l'information à l'effet que sa sœur avait utilisé des drogues

intraveineuses plus de 10 fois que ce qu'elle avait déclaré dans le formulaire sur les autres facteurs de risque.

[27] Selon les dossiers disponibles, il est tout à fait incontestable que R avait des antécédents importants et prolongés d'utilisation de drogues intraveineuses datant de la fin des années 70 ou du début des années 80. Dans les documents, on trouve de nombreuses indications d'utilisation de drogues intraveineuses sans ordonnance. Il n'y avait aucune preuve démontrant si l'attirail utilisé par R était non stérile ou partagé. De l'avis du Dr Garber, étant donné le syndrome apparent de sevrage de R et son importante accoutumance, il est probable qu'elle ait utilisé un attirail non stérile.

[28] Bien qu'il n'y ait pas de référence quelconque à l'hépatite B dans les dossiers médicaux de R, le Dr Garber a témoigné qu'il était difficile de tirer des conclusions concrètes à savoir si en fait, R avait été infectée par l'hépatite B en fonction des indications dans les dossiers. Il n'y a pas de preuve d'un don de sang antérieur. Il a précisé que s'il y avait eu des antécédents d'infection par l'hépatite B, cela aurait fourni une certaine preuve de comportements ou style de vie « à risque ».

[29] En examinant la question des **probabilités**, il devient nécessaire d'examiner la transfusion de 1989, puis l'usage admis de drogues intraveineuses sans ordonnance qui, selon la preuve, a eu lieu en premier. Bien qu'en effet, il soit encore **possible** que R ait été infectée par suite de la transfusion de sang de 1989, du point de vue statistique uniquement, je conclus que la **probabilité** est qu'elle ne l'était pas et qu'elle a été infectée plutôt par l'utilisation antérieure de drogues intraveineuses sans ordonnance. La preuve du Dr Garber sur l'évolution de la maladie est convaincante. Malheureusement, il n'y a pas de témoignage de la part de R pouvant expliquer les écarts dans ses rapports sur son utilisation de drogues. En outre, bien qu'il n'y ait aucune suggestion de malhonnêteté de la part de R, sa *fiabilité* comme historienne à cet égard est certainement très discutable, étant donné ses accoutumances claires et son syndrome de sevrage bien documentés.

[30] Le Conseiller de la réclamante a soulevé d'intéressantes et d'importantes questions qu'il importe d'examiner. Malheureusement, dans le cas de la réclamante, selon les faits devant moi, ces questions ne font que soulever des possibilités et ne correspondent pas au niveau de probabilité requis par le Régime et le PAT. La réclamante ne s'est pas acquittée du fardeau qui lui est imposé par le Régime d'établir, selon la prépondérance des probabilités, que R avait été en fait infectée pour la première fois par suite d'une transfusion de sang reçue au cours de la période visée par les recours collectifs. Le fait que la réclamante a le fardeau de la preuve dans les cas d'antécédents d'utilisation de drogues intraveineuses a été accepté et appliqué dans de nombreux autres cas dans le cadre de la Convention de règlement. Les rédacteurs du Régime, qui a reçu l'approbation des tribunaux, ont inséré des règles spéciales dans le cas des réclamations présentées par les utilisateurs de drogues intraveineuses ou en leur nom, exigeant un fardeau de la preuve plus rigoureux que le fardeau de la preuve requis pour les réclamants qui ne font pas utilisation de drogues intraveineuses. Le PAT offre d'autres

conseils à l'Administrateur relativement à l'interprétation et à l'application des modalités du Régime.

[31] Dans les circonstances, je ne peux pas conclure que l'Administrateur n'a pas appliqué de manière appropriée les modalités du Régime et du PAT à ces faits. En outre, je conclus que la réclamante n'a pas réussi à s'acquitter du fardeau de la preuve d'établir que R était probablement infectée par le VHC pour la première fois par suite d'une transfusion de sang reçue en 1989.

[32] Par conséquent, le pourvoi doit échoir. La réclamante n'est pas admissible à l'indemnisation. L'Administrateur est tenu d'examiner chaque demande et d'établir si, oui ou non, il y a preuve d'indemnisation requise. L'Administrateur n'a pas la discrétion d'accorder une indemnisation lorsque la preuve requise n'existe pas. La suffisance financière du Fonds dépend de l'examen approprié de chaque réclamation que fait l'Administrateur et de sa décision sur l'admissibilité du réclamant. De la même manière, le juge arbitre n'a pas la compétence de modifier, d'étendre ou d'ignorer les modalités de la Convention de règlement ou du Régime.

D. Décision

[33] Après avoir soigneusement examiné la Convention de règlement, le Régime, le PAT et la preuve documentaire déposée, par la présente, je maintiens le refus par l'Administrateur, de la demande d'indemnisation présentée par la réclamante.

[34] J'aimerais remercier Mme Miller et Mme Bain pour leur aide et leur courtoisie tout au long de ce processus. Je ferais preuve de négligence si je ne reconnaissais pas l'effort herculéen de M. Slusar à présenter le présent renvoi avec le meilleur éclairage possible, mettant tout en œuvre, dans des circonstances très difficiles. Il a travaillé bien au delà de ses tâches régulières et mérite nos félicitations.

[35] Bien que la vie de R ait été exceptionnellement difficile et remplie de défis, elle a été chanceuse de pouvoir compter sur des personnes qui voulaient sont bien. À cet égard, je voudrais reconnaître la réclamante et le conjoint veuf de R à respecter la mémoire de R de la façon la plus honorable possible qu'ils se sont conduits au cours du présent renvoi.

Fait à Saskatoon, Saskatchewan, ce 28^e jour de novembre 2007.

Daniel Shapiro, c.r., arbitre agréé, juge arbitre