

RÉCLAMATION NUMÉRO 2101

Province d'infection : Ontario

Province de résidence : Ontario

DÉCISION

CONTEXTE :

1. La succession de la personne décédée a présenté une demande d'indemnisation dans le cadre du Régime à l'intention des transfuses infectés par le VHC (le « Régime »), tel qu'établi en vertu de la Convention de règlement relative à l'hépatite C (1986-1990) (la « Convention »).
2. Par lettre en date du 22 avril 2004, l'Administrateur a refusé la réclamation, parce qu'il n'y avait pas de preuve suffisante à l'effet que le décès de la personne décédée avait été causé par le VHC.
3. La succession a demandé qu'un juge arbitre soit saisi de la décision de l'Administrateur.
4. Une audience de cette cause a eu lieu à Toronto, Ontario, le 2 novembre 2005 où il a été convenu de demander des renseignements médicaux supplémentaires. Les observations finales ont été présentées par écrit.

POINT EN LITIGE :

5. L'article 3.07 de la Convention de règlement prévoit que quiconque prétend être un membre de la famille d'une personne infectée par le VHC décédée doit remettre à l'Administrateur une preuve à l'effet que le VHC a causé le décès de la personne infectée par le VHC. L'article 3.07 prévoit ce qui suit :

Quiconque prétend être un membre de la famille, au sens du paragraphe a) de la définition de membre de la famille au paragraphe 1.01, d'une personne infectée par le VHC décédée doit remettre à l'administrateur, dans les deux ans suivant le décès de cette personne infectée par le VHC ou dans les deux ans suivant la date d'approbation ou encore dans un délai d'un an après que le réclamant a atteint la majorité, selon la dernière de ces éventualités à survenir, un formulaire de demande établi par l'administrateur accompagné des documents suivants :

(a) une preuve comme l'exigent les paragraphes 3.05(1)a) et b) (ou, le cas échéant, les paragraphes 3.05(3) ou (4)) et les paragraphes 3.05(5) et (6), à moins que la preuve exigée n'ait déjà été remise à l'administrateur;

(b) une preuve que le réclamant était un membre de la famille au sens du paragraphe a) de la définition de membre de la famille au paragraphe 1.01 de la personne infectée par le VHC.

6. La partie pertinente du paragraphe 3.05(1)(a) prévoit ce qui suit :

Quiconque prétend être le représentant personnel au titre du VHC d'une personne infectée par le VHC décédée doit remettre à l'administrateur ...un formulaire de demande établi par l'administrateur accompagné des documents suivants :

(a) la preuve que le décès de la personne infectée par le VHC fut causé par son infection par le VHC...

7. La réclamation de la succession a été refusée en vertu du paragraphe 3.05(1)(a) car l'Administrateur a conclu que la succession ne répondait pas aux critères d'indemnisation, parce qu'il n'y avait pas de preuve permettant de conclure que le VHC avait causé le décès de la personne décédée.

8. Le point en litige dans cette cause est donc de décider si la personne décédée était atteinte du VHC et si le VHC a causé son décès ou s'il a contribué de façon importante à son décès.

LES FAITS :

9. Les faits suivants ne sont pas contestés :

- La personne décédée était infectée par l'hépatite B pour laquelle elle était traitée par le Dr S. Chris Pappas, MD, FRCPP;
- la personne décédée a été admise au Sunnybrook Hospital le 1^{er} juin 1990. À l'époque, elle a reçu une transfusion de 11 unités de sang. Durant l'enquête de retraçage, les donneurs de 9 unités ont été déclarés VHC négatifs et les donneurs de deux unités n'ont pu être retracés. La personne décédée a reçu une transfusion subséquente le 1^{er} juillet 1992. Elle a reçu une autre transfusion, cette fois, de 6 unités de plaquettes après la période visée par les recours collectifs;
- la personne décédée est décédée en juillet 1996 alors qu'elle était à la dernière étape de la maladie du foie. Un carcinome hépatocellulaire était

également présent.

PREUVE ET OBSERVATIONS PRÉSENTÉES :

10. On a vérifié si la personne décédée était atteinte du virus de l'hépatite C. On a effectué des tests spécifiques pour vérifier l'infection en juin et en septembre 1995. Les résultats de ces tests indiquaient que la personne décédée était porteuse de l'anticorps du VHC, mais le test ACP n'a pu détecter le virus à l'époque.

11. Le médecin traitant de la personne décédée, le Dr El Kashab, a rempli le formulaire du médecin traitant, indiquant qu'il avait connu la personne décédée pendant deux ans. Lorsqu'on lui a demandé si le VHC avait contribué de façon importante à son décès, le médecin a répondu oui et a écrit :

le patient souffrait d'une hépatite B chronique – une infection supplémentaire par le VHC a contribué à la gravité de la maladie du foie et l'occurrence d'un hépatome qui a causé le décès.

12. Avec ces renseignements, l'Administrateur a obtenu l'avis d'un expert. L'avis daté du 1^{er} avril 2004 a été fourni par le Dr Gary Garber, professeur et chef de la Division des maladies infectieuses de l'Hôpital d'Ottawa.

13. Le Dr Garber a examiné le dossier du décédé et a relevé que son ACP était « VHC négatif » en 1995. Il a indiqué que cela signifie que le « patient n'était pas activement infecté par l'hépatite C ou à un niveau très faible d'infection ».

14. Le Dr Garber a également indiqué que la personne décédée était atteinte d'une hépatite B grave. Le Dr Garber était d'avis qu'« avec une telle maladie sérieuse en 1990 nécessitant une transfusion de sang, l'évolution naturelle de la maladie du foie à un stade avancé comprendrait le décès par suite d'une insuffisance hépatique ou d'un carcinome hépatocellulaire avec le temps ». En outre, le Dr Garber a émis l'avis suivant :

Il n'y a pas de données ou de preuve importante permettant de confirmer que l'infection par l'hépatite C a contribué à son décès, car les signes et les symptômes d'une maladie du foie au stade avancé étaient déjà présents au moment de sa transfusion d'hépatite C suspecte (et non démontrés).

15. Pour appuyer son renvoi, la succession a présenté le formulaire TRAN 2 rempli par le Dr Pappas, en date du 9 février 2004. Le Dr Pappas a traité la personne décédée de mai 1988 à janvier 1991. Le Dr Pappas a également indiqué que

l'infection par le VHC de la personne décédée avait contribué de façon importante à son décès. En outre, le Dr Pappas déclare :

L'exposition au VHC, dans un environnement d'hépatite B chronique établie, peut augmenter le risque de décompensation et de l'apparition du carcinome hépatocellulaire.

16. Le Dr Pappas a également fourni un rapport d'accompagnement, également daté du 9 février 2004. Dans ce rapport, il déclare avoir soigné la personne décédée de mai 1988 à janvier 1991. Il déclare ce qui suit :

Il n'y avait pas de caractéristiques clinico-biochimiques de sa maladie indiquant la présence d'une infection par le VHC avant cette date ou subséquemment, alors que je lui prodiguais des soins.

17. Le Dr Pappas a également signalé le test positif de l'anticorps du VHC, mais que le test ACP n'avait pas révélé de virus à l'époque. Le Dr Pappas a indiqué que :

Cette séquence de test serait compatible avec une exposition antérieure au VHC et le présent manque de répllication virale dans le sérum. Subsidièrement mais moins probablement, cette séquence est compatible avec une fausse épreuve immuno-enzymatique positive et aucune présence préalable ou simultanée du VHC. Enfin, il est possible que les tests ACP de l'ARN du VHC effectués à l'époque n'étaient pas assez sensibles pour détecter un faible niveau de virémie.

18. En réponse à d'autres demandes de renseignements au nom de la succession, le Dr Pappas a fourni, dans une correspondance en date du 11 janvier 2005, les explications supplémentaires suivantes sur les résultats négatifs du test ACP de la personne décédée :

Le test sérologique du VHC (le test de l'anticorps du VHC) [de la personne décédée] était clairement positif. On constate que chez la majorité des patients dont le test sérologique du VHC est positif (>75 %), on retrouve des preuves d'infection active par le VHC, tel que le démontre le test de l'ARN du VHC positif, lorsqu'il est effectué en utilisant une méthodologie sensible reconnue. Dans le cas de la

personne [décédée], une explication beaucoup plus probable pour le résultat négatif du test de l'ARN du VHC n'est pas l'absence d'une infection active mais l'administration d'un test non sensible (comme cela était le cas à l'époque en question)....

19. On a fourni au Dr Garber la correspondance du Dr Pappas en date du 11 janvier 2005, et dans son rapport du 10 mars 2005 en réponse, il a traité de la question du test du VHC :

...La question suivante est le fait que le test ACP était VHC négatif. Peu importe si on est très tenté de questionner la sensibilité du test à l'époque, c'est néanmoins le test qui était disponible et similairement, c'est le test qui a été utilisé comme norme pour le programme d'indemnisation. Donc, à la lumière du fait que le test ACP s'est avéré négatif, peu importe le moment de l'infection par le VHC, il n'y avait pas d'infection d'hépatite C active. Le docteur Pappas a reconnu que c'était certainement une possibilité et a démonté la possibilité que le test des anticorps ou le test ACP pourrait avoir été une erreur. Peu importe, ce sont les résultats avec lesquels nous devons composer...

20. La succession souligne que le Dr Garber n'a pas traité directement de la possibilité que le test ACP de 1995 n'ait pas été assez sensible et soutient qu'il n'a pas complètement traité du fait que l'épreuve immuno-enzymatique était positive, alors que le test accompagnateur ACP était négatif. La succession soutient que les conclusions du Dr Garber à l'effet que la personne décédée n'était pas activement infectée par le VHC sont fondées sur une lecture directe du test ACP.

21. La succession soutient que même en supposant que les résultats du test ACP étaient exacts, il existe des données à l'effet que même avec un test ACP négatif (c'est-à-dire en deçà du niveau détectable), on peut toujours être activement infecté par le VHC. La succession note que le docteur Pappas indique que même si la lecture de l'ARN du VHC de la personne décédée était faible, celle-ci n'aurait pas pu être détectée par le test ACP de 1995 (ou par un test ACP probablement encore plus sensible), cela ne signifie pas qu'il n'avait pas une infection d'hépatite C active.

22. Spécifiquement, le Dr Pappas écrit dans son rapport du 11 janvier 2005 :

En outre, même si le niveau d'ARN du VHC était

faible et donc difficile à détecter, cela ne signifie pas une faible infection comme le docteur Garber le spécule. Il n'y a aucune corrélation entre les niveaux d'ARN du VHC et la gravité de la maladie, particulièrement chez des patients co-infectés par le VHB où, tel que noté dans les renvois fournis, les niveaux d'ARN du VHC peuvent être paradoxalement réduits par la progression de la maladie et le risque de décompensation est considérablement augmenté...

23. La succession a souligné qu'à l'appui de sa position, le docteur Pappas fournit des données de recherches médicales récentes sur la co-infection par le VHB et le VHC. Un de ces rapports porte sur la question des niveaux d'ARN du VHC chez des patients infectés par le VHB. Le rapport intitulé « VHB Surinfection in Hepatitis C Virus Chronic Carriers, Viral Interaction and Clinical Course » par Sagnelli a conclu que la détection du VHC était souvent difficile à effectuer et en fait, impossible chez les patients infectés par un VHB chronique :

On a également démontré l'inhibition exercée par le VHB sur le génome du VHC dans l'infection simultanée par le VHB/VHC chronique. Selon nos études multicentriques italiennes précédentes sur des patients atteints d'hépatite chronique, **la fréquence de ceux ayant des ARN du VHC dans le sérum était significativement plus élevée dans le groupe infecté par le VHC seulement (90,7 %) que chez ceux avec l'infection simultanée par le VHB/VHC chronique (65,2 %).** [C'est nous qui soulignons]

24. La succession a souligné que ces données indiquent que l'infection par le VHB peut en réalité empêcher la détection du VHC en supprimant la production des ARN du VHC. Elle soutient que l'infection chronique par le VHB de la personne décédée pourrait certainement avoir joué un rôle dans la détection des ARN du VHC dans son sérum et explique assez bien pourquoi la personne décédée s'est avérée VHC positive lors de l'épreuve immuno-enzymatique et négative lors du test ACP.
25. La succession maintient que ces données indiquent de façon convaincante que la personne décédée avait été co-infectée par le VHC. La succession soutient que l'épreuve immuno-enzymatique a démontré un résultat positif et on peut expliquer les tests ACP négatifs par des tests suffisamment insensibles à l'époque de même que par la preuve médicale récente qui démontre que l'infection par le VHB rend la détection du VHC plus difficile.

26. Dans son rapport du 11 janvier 2005, le Dr Pappas précise :

C'est sur la foi de la recherche médicale jugée par les pairs et sur mon expérience clinique et avis, que selon la prépondérance des probabilités, l'infection par le VHC a réellement contribué de façon importante au décès [de la personne décédée].

27. La succession souligne que cela contredit les conclusions du Dr Garber à l'effet que le décès de la personne décédée aurait pu avoir été causé par le VHB seulement, dont il est question au paragraphe 14.

28. Le Dr Garber fournit d'autres détails dans son rapport du 10 mars 2005 :

L'évolution naturelle d'une infection par une hépatite B avancée, même si elle est médicalement stabilisée, serait la détérioration définitive au fil du temps et c'est le groupe qui est à risque de contracter un carcinome hépatocellulaire et de mourir. En fait, l'évolution de sa maladie et sa détérioration en 1996 serait tout à fait compatible avec son infection par l'hépatite B, peu importe s'il avait contracté l'hépatite C ou non....

29. Dans son paragraphe de conclusion, le Dr Garber précise :

Compte tenu que sa détérioration et son décès subséquent sont tout à fait compatibles avec l'infection par l'hépatite B seulement, il n'y a aucune preuve pour soutenir le fait que l'infection active par l'hépatite C a contribué de façon importante à son décès. Il est purement spéculatif de conclure autrement, en l'absence de toute preuve qu'il y ait eu infection par une hépatite C active.

30. En réponse au point à l'effet que la personne décédée souffrait déjà d'une maladie du foie avancée en raison de son infection par le VHB, le docteur Pappas souligne que la maladie de la personne décédée et le décès ultérieur peuvent toujours avoir été causés ou renforcés par l'infection subséquente par le VHC :

...En se référant aux observations du docteur Garber à l'effet que les signes et les symptômes

d'une maladie du foie avancée étaient déjà présents au moment de l'infection par le VHC de la personne décédée, la question n'est pas de savoir qu'ils étaient présents, mais plutôt de savoir si la surinfection par le VHC a contribué de façon importante au décès de la personne décédée. Les patients peuvent présenter les signes et les symptômes d'une maladie du foie avancée, mais compensent au moyen d'une fonction hépatique adéquate jusqu'à ce qu'un autre événement, telle une surinfection par le VHC, apparaît et entraîne une décompensation du foie et la mort.

31. Dans le sens d'une surinfection par le VHC chez un patient infecté par le VHB, le docteur Pappas fait mention de publications médicales qui indiquent que les patients co-infectés par le VHC et le VHB sont beaucoup plus à risque de contracter une cirrhose et un cancer hépatocellulaire que ceux infectés par le VHC ou le VHB seulement. Par exemple, dans un article publié, Chun-Jen Liu et coll. précisent ce qui suit :

...En outre, on a démontré que les patients co-infectés par le VHC et le VHB sont beaucoup plus à risque de contracter une cirrhose ou un carcinome hépatocellulaire que ceux avec une infection par le VHC ou le VHB seulement.

32. En outre, dans une étude portant sur des patients infectés par le VHB chronique, Liaw YF et coll. ont trouvé que la surinfection par le VHC aiguë a entraîné « une incidence cumulée de cirrhose (48 % à 10 ans) et de carcinome hépatocellulaire (14 % à 10 ans, 21 % à 15 ans et 32 % à 20 ans) beaucoup plus élevée que la surinfection par le VHB aiguë ou l'hépatite B chronique active ».
33. Donc, la succession soutient que le facteur de surinfection supplémentaire par le VHC augmente de façon importante l'incidence du cancer hépatocellulaire par rapport à l'infection par le VHB seulement.
34. Le docteur Garber a reconnu que l'effet de l'infection par le VHC sur un patient infecté par le VHB peut être extrêmement grave :

... Je suis d'accord avec le docteur Pappas que cette co-infection peut clairement être problématique et dans un de ses renvois, il démontre clairement combien un patient infecté par l'hépatite C se détériore plus rapidement, lorsqu'il souffre d'hépatite B active. C'est pourquoi il est

pratiquement obligatoire de vacciner contre
l'hépatite B toute personne infectée par l'hépatite C.

35. La succession maintient qu'il existe une preuve importante démontrant que la personne décédée avait réellement contracté l'infection par le VHC en plus de l'infection par le VHB chronique.
36. En outre, la succession a soutenu que la preuve médicale démontre que l'infection par l'hépatite C augmente de façon importante les possibilités de cancer hépatocellulaire chez les patients atteints d'hépatite B et que la personne décédée est beaucoup plus à risque de contracter un cancer du foie et d'en mourir.
37. La succession soutient que la preuve de l'infection par le VHC de la personne décédée (en particulier, l'épreuve immuno-enzymatique positive), accompagnée de la preuve médicale non réfutée à l'effet que la co-infection par le VHC/VHB entraîne une incidence élevée de cancer hépatocellulaire et appuie la conclusion à l'effet que le décès de la personne décédée a été causé par l'infection par le VHC.
38. La succession a également souligné que pour réussir, il n'est pas nécessaire de prouver que le décès de la personne décédée a été causé par le VHC seulement. Plutôt, l'épreuve du droit consiste à prouver si le VHC a contribué ou non de façon importante à son décès. Par conséquent, la succession a soutenu que le fait que le docteur Pappas n'a pas réussi à déclarer que le VHC était la cause unique du décès de la personne décédée ne rend pas sa succession inadmissible à une indemnisation par le Fonds.
39. La succession a également soutenu que même si la recherche ne fait pas référence spécifiquement au cas de la personne décédée, il est toujours utile pour comprendre les fondements scientifiques de l'avis du docteur Pappas et qu'on devrait lui donner un poids important dans un processus décisionnel qui exige une compréhension de processus médicaux complexes.
40. La succession a également soutenu qu'en examinant la preuve, je dois accorder un poids important aux rapports fournis par le docteur Pappas. La succession a souligné que le docteur Pappas est un expert dans le domaine des maladies du foie et est présentement le directeur de la recherche clinique au Texas Liver Institute du St Luke Episcopal Hospital de Houston, au Texas. Il a également publié plusieurs articles sur des questions portant sur les maladies du foie et leur traitement.
41. La succession a également noté qu'en plus et peut-être ce qui est le plus important, c'est que le docteur Pappas a été le médecin traitant de la personne décédée pendant presque trois ans et comme tel, avait une connaissance étroite de l'état de santé de la personne décédée et de ses antécédents médicaux.

42. L'Administrateur a maintenu sa position à l'effet qu'il y a eu preuve insuffisante pour conclure que la personne décédée avait contracté le VHC au moment de son décès ou avant celui-ci. En outre, l'Administrateur a maintenu que la succession n'avait pas réussi à établir que le décès de la personne décédée avait été causé par le VHC.

ANALYSE :

43. L'article 3.05 (1) (a) de l'Entente prévoit comme test seuil d'une réclamation, la preuve à l'effet que le décès de la personne décédée a été causé par son infection par le VHC.

44. La succession doit donc établir que le décès de la personne décédée a été causé par son infection par le VHC. Tel que mentionné par le juge arbitre Outhouse dans la décision 157 :

La réclamante a le fardeau d'établir, selon la prépondérance des probabilités, que le décès de la personne directement infectée a été causé par l'infection par le VHC. On n'exige pas qu'une telle preuve soit absolue mais elle doit respecter le test civil de la « prépondérance des probabilités ».

45. Comme la succession doit établir que le décès de la personne décédée a été causé par le VHC, le premier fait qui doit être établi est que la personne décédée avait contracté le VHC quelque temps avant son décès et non simplement l'anticorps. Cependant, tel que souligné par le docteur Garber dans sa correspondance du 1^{er} avril 2004, le test ACP négatif indique que le réclamant n'a pas été « activement infecté par l'hépatite C ou par une très faible infection ».
46. Tel que souligné par le Conseiller juridique de l'Administrateur, l'absence du virus ou autrement un faible virus, milite fortement contre l'établissement par la succession, selon la prépondérance des probabilités, que le décès de la personne décédée ait été « causé par son infection par le VHC ».
47. Dans sa correspondance du 11 janvier 2005, le docteur Pappas a suggéré que la raison « beaucoup plus probable » du résultat négatif du test ACP portant sur les ARN du VHC a été la faible sensibilité de détecter le faible niveau de virémie. Cependant, il n'explique pas son écart par rapport à sa correspondance précédente.

48. Spécifiquement, dans son rapport initial du 9 février 2004, le docteur Pappas a proposé trois interprétations possibles des résultats de test. Il est apparent qu'à l'époque, il était d'avis que l'explication la plus probable était que le test indiquait une exposition, mais sans répllication virale dans le sérum (c'est-à-dire aucun virus). Il a indiqué que c'était seulement « possible » que le test ACP des ARN du VHC effectué n'était pas, à l'époque, assez sensible pour détecter le faible niveau de virémie.
49. Alors que le docteur Pappas indique que son opinion subséquente exposée dans sa correspondance du 11 janvier 2005 est fondée sur un examen des publications médicales et sur son expérience, il n'est pas apparent pourquoi son examen de la probabilité à l'effet que la sensibilité possible du test ACP portant sur les ADN du VHC pour détecter un faible niveau de virémie ait changé de « possibilité » à « beaucoup plus probable ».
50. En outre, alors que la documentation de recherche présentée par le docteur Pappas et sur laquelle la succession s'est appuyée avait indiqué qu'on retrouve la présence du VHC chez 75 % de ceux qui ont une sérologie positive (c'est-à-dire l'anticorps), cela est peu utile pour la succession, car, il n'y a aucune façon d'établir si la personne décédée provient de ce groupe ou de celui des autres 25 %. Autrement dit, cela n'aide pas à établir si la personne décédée était atteinte du VHC. Même si le test effectué sur la personne décédée était inadéquat ou insensible, cela ne prouve pas que la personne décédée avait contracté le virus.
51. En outre, il n'y a aucune indication clinique à l'effet que la personne décédée était atteinte du VHC. Le docteur Pappas a traité la personne décédée de 1988 à 1991, mais indique que pendant son traitement, il n'a observé aucune « caractéristique clinico-biochimique de sa maladie indiquant la présence d'une infection par le VHC...»
52. Le docteur Garber a également indiqué que rien dans l'état pathologique de la personne décédée n'indiquait que la progression de sa maladie ait été reliée à quoi que ce soit d'autre que le VHB. Il note plutôt qu'il n'y a aucune indication que la personne décédée ait été atteinte du VHC pendant sa maladie. Il note en particulier qu'après la transfusion, il n'y a eu « aucune preuve pendant les trois mois subséquents qu'il y ait eu un changement dans le test de la fonction hépatique ou de sa condition clinique indiquant une infection d'hépatite C aiguë ».
53. Dans son rapport du 10 mars 2005, le docteur Garber note également que le docteur Pappas fait référence à l'apparition de changements cliniques importants quand une mono-infection devient une co-infection. Or, aucun changement clinique n'était présent dans le cas de la personne décédée. Plutôt, tel que souligné par le Conseiller juridique de l'Administrateur, la preuve indique qu'il n'y avait aucune indication clinique qu'elle était atteinte du virus, ce qui est compatible

avec le résultat négatif du test.

54. Par conséquent, je constate qu'il y a preuve insuffisante pour conclure que la personne décédée avait contracté le VHC à son décès ou avant.
55. Nonobstant cette découverte, j'aborderai également la question à savoir que si la personne décédée a, en effet, été infectée, le VHC a contribué de façon importante à son décès.
56. La succession a raison d'indiquer qu'en établissant si le décès de la personne décédée a été causé ou non par son infection par le VHC, le test est de savoir si le VHC a contribué de façon importante au décès.
57. Tel qu'indiqué plus haut, l'avis original du docteur Pappas était simplement qu' « il est **possible** que l'infection chronique par le VHC ait contribué à son risque accru de contracter une maladie du foie décompensée et ou un hépatome dans un environnement d'infection chronique par le VHB établie ». [C'est nous qui soulignons]
58. Bien que le docteur Pappas ait par la suite indiqué dans sa correspondance du 11 janvier 2005 que, selon « la prépondérance des probabilités, l'infection par le VHC a contribué de façon importante au décès de la personne décédée », cette constatation n'est fondée sur aucune preuve clinique en ce qui a trait à la personne décédée. Cet avis est plutôt fondé sur « la description publiée dans le rapport clinique complexe portant sur l'infection par le VHC et l'infection par le VHB ».
59. Tel que soutenu par le Conseiller juridique de l'Administrateur, la recherche seule ne constitue pas « une raison probable » – du moins, pas sans une preuve quelconque permettant d'établir que la personne décédée répond à certains critères personnels démontrés par la recherche. En fait, la recherche en soi ne constitue pas une preuve faisant autorité. Plutôt, dans un article soumis par la succession intitulé « HBV Super Infection and Hepatitis C Virus Chronic Carriers – a Viral Interaction and a Clinical Course », les auteurs précisent ce qui suit :

très peu de connaissance au sujet de l'infection simultanée aiguë par le VHB/VHC, car seulement quelques rapports de recherche de cas sont disponibles. Également, on en connaît peu sur l'infection aiguë par le VHB quand il apparaît chez les porteurs chroniques du VHC, mais quelques rapports de cas publiés sur le sujet indiquent un lien avec un signe clinique grave.
60. Il importe de noter à nouveau que le docteur Pappas n'a pas été témoin de signes

cliniques lorsqu'il a traité la personne décédée. Par conséquent, alors que le docteur Pappas a été le médecin traitant de la personne décédée pendant presque trois ans, son avis à l'effet que le VHC a contribué de façon importante à son décès semble être fondé sur la probabilité statistique exposée dans une recherche limitée qui, elle-même, est non concluante plutôt que sur ce qu'il a observé comme étant particulier au cas de la personne décédée.

61. Au contraire, le docteur Garber, cité dans les paragraphes 28 et 29 plus haut, indique qu'il a été incapable de détecter tout fondement pour établir que le VHC avait joué un rôle quelconque dans le décès de la personne décédée et que le cours de sa maladie et de sa détérioration serait tout à fait compatible avec son infection par l'hépatite B, qu'elle ait ou non contracté l'hépatite C. Il indique qu'il n'y a aucune preuve pour établir que l'infection par l'hépatite C active a contribué de façon importante au décès de la personne décédée et suggère qu'il serait purement spéculatif de conclure le contraire.
62. Pour les raisons exposées plus haut, je préfère l'avis du docteur Garber à l'effet qu'il n'y a rien dans le décès de la personne décédée qui puisse être attribué au VHC. Combiné à l'absence d'une preuve irréfutable à l'effet que la personne décédée ait été infectée par le VHC, je constate qu'il n'y a aucune preuve sur laquelle je pourrais conclure que le VHC a contribué de façon importante à son décès.

DÉCISION :

63. À la lumière des raisons exposées plus haut, je constate que la succession n'a pas été établie selon la prépondérance des probabilités que le décès de la personne décédée a été causé par le VHC.
64. En conséquence, je constate que l'Administrateur a eu raison de décider que la succession de la personne décédée n'était pas admissible à une indemnisation, dans le cadre de la Convention, car il n'y a aucune preuve suffisante démontrant que son décès a été causé par son infection par le VHC.
65. La décision de l'Administrateur de refuser à la succession de la personne décédée une indemnisation dans le cadre de la Convention de règlement relative à l'hépatite C (1986-1990) est maintenue.

FAIT À TORONTO, CE 21^E JOUR DE JUILLET 2005.

Tanja Wacyk, juge arbitre