

DÉCISION

Réclamation n° 17930

Province où l'infection a eu lieu – Nouvelle-Écosse

1. Le réclamant a présenté une demande d'indemnisation à titre de personne directement infectée, conformément au Régime à l'intention des transfusés infectés par le VHC.

2. La demande du réclamant indiquait qu'il avait fait usage de drogues intraveineuses sans ordonnance avant la période visée par les recours collectifs.

3. Par lettre en date du 24 janvier 2011, l'Administrateur avait rejeté la demande d'indemnisation au motif que le réclamant n'avait pas présenté de preuve établissant, selon la prépondérance des probabilités, qu'il avait été infecté pour la première fois par le VHC des suites d'une transfusion de sang reçue au Canada au cours de la période visée par les recours collectifs.

4. Dans sa lettre de rejet de la demande d'indemnisation datée du 24 janvier 2011, l'Administrateur avait déclaré en partie ce qui suit :

« La Convention de règlement prévoit que l'Administrateur doit établir l'admissibilité d'une personne comme membre des recours collectifs. Le Protocole approuvé par les tribunaux (le 'PAT') portant sur l'usage de drogues intraveineuses sans ordonnance prévoit que l'Administrateur devra soupeser l'ensemble de la preuve obtenue incluant la preuve obtenue à la suite des enquêtes complémentaires prévues par le présent Protocole et déterminer si, selon la prépondérance des probabilités, la personne qui prétend être une Personne Infectée par le VHC a rencontré les critères d'admissibilité.

L'Administrateur a examiné avec soin tous les documents que vous avez présentés à l'appui de votre demande d'indemnisation. Un comité a examiné votre réclamation et a conclu comme suit :

La docteure Hoare, la gastroentérologue qui a rempli le formulaire du médecin traitant, a indiqué que vous aviez des antécédents de consommation de drogues intraveineuses sans ordonnance. En outre, le médecin traitant a indiqué par écrit ce qui suit : « À la fin de l'adolescence, il a fait usage de drogues intraveineuses durant quelques années mais il n'en a fait aucun depuis 1975 ». Vous avez confirmé ces renseignements dans

votre formulaire de déclaration Tran 3 et votre formulaire d'enquête sur les autres facteurs de risque.

Le 11 février 2009, l'Administrateur vous a informé par écrit que votre demande serait rejetée à moins que vous puissiez retourner le formulaire étayant des preuves supplémentaires au sujet de votre première infection dans laquelle vous indiqueriez votre intention de présenter de nouvelles preuves établissant, selon la prépondérance des probabilités, que vous aviez été infecté pour la première fois par le VHC des suites d'une transfusion de sang reçue au Canada entre le 1^{er} janvier 1986 et le 1^{er} juillet 1990. Vous avez déposé une attestation sous serment en date du 22 janvier 2010 ainsi que l'ensemble de vos dossiers médicaux.

En conformité avec le Protocole approuvé par les tribunaux (PAT), l'Administrateur a examiné tous les éléments de preuve présentés, y compris l'avis d'un médecin spécialiste expérimenté en traitement et en diagnostic du VHC et a établi, selon la prépondérance des probabilités, que vous ne répondiez pas aux critères d'admissibilité. L'Administrateur n'est pas en mesure de conclure que vous aviez été infecté par le VHC pour la première fois des suites d'une transfusion de sang reçue au Canada au cours de la période visée par les recours collectifs; par conséquent, votre demande d'indemnisation est rejetée. »

5. Le réclamant a demandé qu'un arbitre soit saisi du rejet de sa demande d'indemnisation par l'Administrateur. Sa demande de renvoi en précise les motifs :

« 1. Dans ma jeunesse, j'avoue avoir fait un mauvais choix en m'adonnant brièvement à la consommation de drogues par voie intraveineuse, mais comme je l'ai indiqué clairement à l'Administrateur des réclamations, j'achetais mes seringues à une pharmacie et je ne les partageais pas.

2. Même si je réalise qu'il peut se passer un certain nombre de mois ou d'années avant que tous les effets du virus se manifestent, j'estime que ce serait plus qu'une coïncidence que si j'avais contracté le virus avant 1975, je n'ai constaté aucun symptôme avant le début des années 90, soit peu de temps après avoir reçu des transfusions de sang contaminé en 1989.

3. Je crois qu'il est essentiellement injuste de rejeter ma demande d'indemnisation à savoir que le virus a été plus probablement contracté des suites de la transfusion du sang contaminé plutôt que par ma brève période de consommation de drogues par voie intraveineuse au moyen de seringues propres plusieurs années plus tôt, contrairement aux principaux avis médicaux fondés sur la prépondérance des probabilités. »

6. Une audience a été tenue le 8 décembre 2011 à Summerside, à l'Île-du-Prince-Édouard. Lors de l'audience, le réclamant était accompagné de son représentant personnel et l'administrateur était représenté par le conseiller juridique du Fonds, John

Callaghan. Les témoins lors de l'audience étaient la docteure Connie Hoare, le docteur Gary Garber, le réclamant et Carol Miller, infirmière autorisée. Le docteur Garber et Madame Miller ont rendu leur témoignage par téléphone.

7. Les faits suivants ne sont pas en cause :

(i) Le réclamant a fait usage de drogues par voie intraveineuse durant une certaine période de temps, soit entre 1973 et 1975 (la durée de l'utilisation en cause et la question de savoir s'il y a eu échange de seringues font partie du litige et je traiterai de ces questions plus loin).

(ii) Le réclamant a reçu des transfusions de neuf unités de sang en mai 1989 au Victoria General Hospital d'Halifax, en Nouvelle-Écosse, après avoir subi de multiples blessures dans un accident de voiture.

(iii) Le réclamant avait des antécédents de consommation excessive d'alcool, mais a cessé de boire en 1989 à la suite de son accident.

(iv) Le réclamant a été diagnostiqué comme ayant été atteint d'une infection d'hépatite C de niveau 3 en avril 2006.

(v) En septembre 2009, les examens de suivi ont démontré que l'infection avait évolué à une cirrhose de niveau 4 (quatre).

(vi) Après la présentation de sa demande d'indemnisation conformément au Régime à l'intention des transfusés infectés par le VHC en 2009, la Société canadienne du sang a procédé à une enquête de retraçage des neuf unités de sang qui avaient été transfusées au réclamant en 1989. Quatre unités se sont avérées anti-VHC négatives. Mais, il a été impossible de retracer les donateurs des cinq autres unités. En conséquence, la Société canadienne du sang n'a pas été en mesure de déterminer leur statut (c.-à-d. positif ou négatif).

8. Tel qu'indiqué plus haut, la preuve se contredit sur la question de la durée de l'utilisation par le réclamant de drogues par voie intraveineuse et sur l'échange de seringues. Lorsqu'il a consulté la docteure Hoare pour la première fois le 10 mars 2006, il lui a indiqué qu'il avait fait usage de « drogues illicites » vingt (20) à trente (30) ans plus tôt et plus précisément, qu'il avait « fait usage de méthamphétamine par voie intraveineuse une fois par semaine et de LSD deux fois par mois ». Le réclamant a également indiqué à la docteure Hoare qu'il avait fait l'échange de seringues avec d'autres personnes. Toutefois, lorsqu'il a rempli son « Formulaire d'enquête sur les autres facteurs de risque » le 8 octobre 2009, le réclamant a indiqué qu'il avait fait usage « de 'méthamphine'[sic] (de speed) » à trois ou quatre reprises entre 1973 et 1975 et qu'il n'avait pas partagé de seringues.

9. La docteure Hoare a précisé lors de son témoignage que le réclamant lui avait indiqué en août 2009 qu'il avait mal compris sa question sur l'échange de seringues et lui avait expliqué qu'il donnait parfois des seringues à d'autres personnes mais qu'il n'utilisait pas leurs seringues. Plus tard, le réclamant a indiqué à la docteure Hoare qu'il avait seulement fait usage de speed à trois ou quatre reprises au cours de la période de 1973 à 1975.

10. Dans le témoignage qu'il a donné lors de l'audience, le réclamant a reconnu qu'il « avait fait usage d'une bonne quantité de drogues ». Il a précisé qu'il ne pouvait pas être à 100 % certain, mais qu'au meilleur de sa connaissance, il « n'en aurait pas fait usage 104 fois par année... peut-être la moitié de cette quantité ». Il a ajouté qu'il travaillait cinq jours par semaine et « qu'il consommait de la drogue durant les fins de semaine ». Il a également indiqué que, même s'il s'adonnait habituellement à la consommation de drogues en compagnie d'autres personnes, ils n'échangeaient pas leurs seringues ou cuillères, bien que parfois, ils utilisaient la même eau. Le réclamant a déclaré qu'il achetait de nouvelles seringues en paquets de sept et qu'il donnait parfois une seringue propre à d'autres personnes. Lorsque le réclamant a été invité à expliquer pourquoi il avait indiqué dans son « Formulaire d'enquête sur les autres facteurs de risque » qu'il avait seulement fait usage de speed à trois ou quatre reprises et qu'il avait fourni les mêmes renseignements à la docteure Hoare, il a répondu qu'il n'en était pas tout à fait certain et que « quelque chose avait foiré ».

11. Selon la prépondérance des probabilités, je conclus que le réclamant a fait usage de speed, une drogue intraveineuse sans ordonnance, environ une fois par semaine

durant deux ou trois ans entre 1973 et 1975. Cette fréquence d'utilisation est compatible avec ce que le réclamant avait indiqué initialement à la docteure Hoare et avec le témoignage qu'il a donné lors de l'audience. Compte tenu de ce niveau d'utilisation, il est très improbable qu'il n'y ait pas eu à l'occasion d'échanges de seringues et d'autres attirails accessoires de drogues. Cela est particulièrement le cas, car les risques de tels échanges n'étaient pas connus à l'époque.

12. Pour les fins du présent renvoi à l'arbitrage, les dispositions pertinentes du Régime à l'intention des transfusés infectés par le VHC sont les alinéas 3.01(1)(c) et 3.01(3) tels que présentés ci-dessous :

3.01 Réclamation par une personne directement infectée

(1) Quiconque prétend être une personne directement infectée doit remettre à l'administrateur un formulaire de demande établi par l'administrateur accompagné des documents suivants :

(c) une déclaration solennelle du réclamant, indiquant
i) qu'il n'a jamais utilisé de drogues intraveineuses sans ordonnance...

(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.

13. On s'accorde à reconnaître que le réclamant ne pouvait pas se conformer aux dispositions du paragraphe 3.01(1)c), car il avait fait usage de drogues par voie intraveineuse. Par conséquent, il incombait, en vertu de l'article 3.01(3), qu'il présente d'autres éléments de preuve à l'Administrateur dans le but « d'établir, selon la prépondérance des probabilités qu'il... avait contracté le VHC pour la première fois des suites d'une transfusion de sang reçue au Canada au cours de la période visée par les recours collectifs ».

14. Le Protocole approuvé par les tribunaux, le « PAT », contient des directives complémentaires portant sur l'application de l'alinéa 3.01(3). Dans la présente cause, les dispositions suivantes du PAT sont particulièrement pertinentes :

Application du PAT

1. Le présent Protocole approuvé par les tribunaux s'applique :

a) lorsqu'il y a une admission à l'effet que la personne qui prétend être une Personne Infectée par le VHC a fait usage de drogue intraveineuse sans ordonnance;

Critères d'admissibilité lorsque le présent Protocole s'applique

2. L'Administrateur doit être convaincu selon la prépondérance des probabilités, que :

b) La Personne Infectée par le VHC a été infectée par le VHC pour la première fois :

- i. par une transfusion de Sang reçue au Canada pendant la Période visée par les recours collectifs;

3. Le fardeau de la preuve d'admissibilité repose sur le réclamant. L'Administrateur assiste le réclamant en lui conseillant le type de preuve qui sera utile pour s'acquitter du fardeau de la preuve en conformité avec le présent Protocole.

Enquêtes complémentaires

8. Lorsque la réclamation n'est pas rejetée en vertu du Protocole concernant les critères relatifs à la procédure d'enquête, l'Administrateur doit entreprendre les enquêtes complémentaires suivantes :

- a) obtenir, conformément à l'article 3.03 des Régimes, toute information additionnelle qu'il estime nécessaire afin de lui permettre de rendre une décision éclairée,

- b) obtenir une opinion médicale d'un spécialiste expérimenté dans le traitement et le diagnostic de l'infection par le VHC pour savoir si l'infection par le VHC et l'évolution de la maladie de la personne qui prétend être une Personne Infectée par le VHC correspondent davantage à une infection survenue au moment (selon le cas) de la réception de Sang, des transfusions sanguines reçues pendant la Période visée par les recours collectifs ou de l'infection indirecte plutôt qu'à une infection survenue au moment de l'utilisation de drogue intraveineuse sans ordonnance, et ce, à la lumière de l'ensemble de la preuve médicale.

9. L'Administrateur doit soupeser l'ensemble de la preuve obtenue incluant la preuve obtenue à la suite des enquêtes complémentaires prévues par le présent Protocole et déterminer si, selon la prépondérance des probabilités, la personne qui prétend être une Personne Infectée par le VHC a rencontré les critères d'admissibilité.

10. En soupesant la preuve selon le présent Protocole, l'Administrateur doit être convaincu que l'ensemble de la preuve est suffisamment complète sur toutes les circonstances du cas particulier pour lui permettre de rendre une décision. Si l'Administrateur n'est pas convaincu que la preuve est suffisamment complète, l'Administrateur doit rejeter la réclamation.

Résultats des enquêtes

12. Bien qu'aucun de ces facteurs ne puisse être concluant dans une situation particulière étant donné que l'Administrateur doit considérer l'ensemble de la preuve, les facteurs suivants constituent des exemples de preuve favorable à une conclusion selon laquelle la personne qui réclame est une Personne Infectée par le VHC :

a) l'existence d'un donneur VHC positif pour une transfusion sanguine reçue au cours de la Période visée par les recours collectifs;

b) La personne qui prétend être une personne infectée par le VHC était âgée de moins de 18 ans au moment de la transfusion

c) une preuve fiable établissant que l'usage de drogue intraveineuse sans ordonnance a eu lieu après le 1^{er} juillet 1990;

d) une évolution de la maladie qui correspond davantage à une infection survenue au moment :

ii. des transfusions reçues au cours de la Période visée par les recours collectifs pour lesquelles un donneur ayant obtenu un résultat positif au test d'anticorps du VHC a été identifié ou pour lesquelles le statut du donneur est indéterminé; ou

qu'à une infection survenue au moment de l'utilisation de drogue intraveineuse sans ordonnance;

e) une preuve raisonnablement fiable établissant que l'usage de drogue intraveineuse sans ordonnance est postérieur, selon le cas, à la date de réception de Sang pour un hémophile, à la date des transfusions reçues pendant la Période visée par les recours collectifs ou à la date de l'infection indirecte alléguée;

f) une preuve raisonnablement fiable qui établit que l'usage de drogue intraveineuse sans ordonnance s'est limité à une seule occasion et a été fait avec de l'équipement stérile non partagé;

g) les dossiers médicaux ne révèlent pas d'antécédents d'hépatite non spécifique, d'hépatite B ou d'hépatite Non-A Non-B avant la date des transfusions reçues au cours de la Période visée par les recours collectifs ou avant la date de l'infection indirecte alléguée, selon le cas.

13. Bien qu'aucun de ces facteurs ne puisse être concluant dans une situation particulière étant donné que l'Administrateur doit considérer l'ensemble de la preuve, les facteurs suivants constituent des exemples de preuve défavorables à une conclusion selon laquelle la personne qui réclame est une Personne Infectée par le VHC :

a) absence de donneur VHC positif pour les transfusions sanguines reçues au cours de la Période visée par les recours collectifs;

b) une évolution de la maladie qui correspond davantage à une infection survenue au moment de l'usage de drogues intraveineuses sans ordonnance;

c) une preuve raisonnablement fiable qui indique que l'usage de drogue intraveineuse sans ordonnance a eu lieu à plus d'une occasion ou a été fait avec de l'équipement non stérilisé ou partagé;

d) les dossiers médicaux indiquent des antécédents d'hépatite non spécifique, d'hépatite B ou d'hépatite Non-A Non-B avant la date des transfusions reçues au cours de la Période visée par les recours collectifs ou la date de l'infection indirecte alléguée, selon le cas;

e) la personne qui présente la réclamation refuse de permettre à l'Administrateur d'interroger une personne qui, de l'avis de l'Administrateur, est susceptible de donner des renseignements sur l'usage de drogue intraveineuse sans ordonnance ou sur les antécédents de maladie de la personne qui prétend être une Personne Infectée par le VHC;

f) le dossier - donneur de la SCS ou d'Héma-Québec qui indique que la personne qui prétend être une Personne Infectée par le VHC :

i. a subi un test confirmant la présence d'anticorps de l'hépatite B;

ii. a donné du sang avant de recevoir les transfusions sanguines au cours de la Période visée par les recours collectifs ou avant la date de l'infection indirecte alléguée, selon le cas, et les tests sur les dons ou les receveurs des dons au cours de la période antérieure à la période visés par les recours collectifs ont par la suite confirmé la présence d'anticorps de l'hépatite C;

g) le dossier indique, de quelque autre manière, une infection par le VHC par un usage de drogue intraveineuse sans ordonnance survenu avant les transfusions reçues au cours de la Période visée par les recours collectifs ou avant la date de l'infection indirecte alléguée, selon le cas.

15. Il ressort du dossier que l'Administrateur a fait un effort concerté pour respecter les lignes directrices du PAT en prenant sa décision au sujet de la présente demande d'indemnisation. Parmi les sept (7) facteurs favorables au réclamant énoncés à l'article 12, l'Administrateur a conclu qu'un seul des facteurs en question s'appliquait dans la présente cause, à savoir que le réclamant n'avait aucun antécédent médical d'hépatite non spécifiée, d'hépatite non-A ou non-B avant de recevoir ses transfusions en mai 1989. En ce qui a trait aux facteurs défavorables au réclamant énoncés à l'article 13, l'Administrateur a estimé que deux d'entre eux

s'appliquaient : (1) le fait de ne pas avoir retracé, durant la période visée par les recours collectifs, de transfusions de sang provenant d'un donneur anti-VHC positif ainsi que (2) des éléments de preuve raisonnablement fiables qu'il y avait eu usage de drogues par voie intraveineuse à plus d'une occasion ou que l'utilisation avait fait l'objet d'un attirail non stérilisé ou échangé. L'Administrateur a également constaté que deux des cinq autres facteurs défavorables au réclamant n'étaient pas pertinents, car le réclamant n'avait jamais donné de sang et on ne lui avait jamais demandé la permission d'interroger qui que ce soit qui aurait pu être au courant de ses antécédents d'utilisation de drogue ou de maladie.

16. L'Administrateur a également obtenu l'avis du docteur Garber quant à savoir si l'infection par le VHC et les antécédents de maladie du réclamant avaient été ou non plus compatibles avec une infection contractée au moment de la réception du sang ou avec une infection contractée à l'époque de la consommation de drogues par voie intraveineuse sans ordonnance telle qu'indiquée par l'ensemble de la preuve médicale. Le docteur Garber est un spécialiste des maladies infectieuses ayant à son crédit vingt-sept ans d'expérience. Depuis 1990, il occupe le poste de chef de la Division des maladies infectieuses à l'Université d'Ottawa et à l'Hôpital d'Ottawa. Il a mis sur pied une clinique en matière d'hépatite C à l'Hôpital d'Ottawa en 2000 et traite personnellement environ 200 patients atteints d'hépatite C en tout temps.

17. Le texte de la lettre du docteur Garber adressée à l'Administrateur en date du 10 décembre 2010 est reproduit intégralement ci-dessous :

J'ai examiné le dossier du réclamant dont il est question dans la présente cause tel que demandé. Brièvement, il s'agit d'un homme de 53 ans qui a été diagnostiqué comme ayant contracté une infection par l'hépatite C en 2006 après investigation suivant des épreuves indiquant des niveaux de fonction hépatique élevés. Il s'est avéré à la fois anti-VHC positif et positif au test de réaction en chaîne de la polymérase (PCR). Une biopsie du foie à cette date indiquait la présence d'une infection évoluant à un rythme modéré et accompagnée d'une inflammation de niveau 2 et d'une fibrose de niveau 3 (trois). Une biopsie subséquente en 2009 indiquait une fibrose de niveau 4 qui s'est maintenant transformée en une cirrhose. En 1989, il avait été impliqué dans un accident de voiture comme piéton. Il avait été heurté par la voiture.

Lors de cet accident, il semble qu'il aurait reçu des transfusions de 9 unités de produits sanguins dont quatre (4) seulement se sont avérées anti-VHC négatifs et cinq (5) n'ont pas été retracées. Il n'y a aucun doute que cinq (5) unités de sang non testées [sic] représentent un facteur de risque d'infection par le virus de l'hépatite C. Cependant, le réclamant admet qu'entre 1973 et 1975, il avait fait usage de drogues par voie intraveineuse. Le réclamant a déclaré qu'il avait fait usage de méthamphétamine à trois (3) ou quatre (4) reprises mais qu'il n'avait jamais partagé de seringues. Selon une note provenant des documents de la docteure Hoare en date de mars 2006, il aurait utilisé des drogues illicites vingt (20) à trente (30) ans plus tôt, il aurait fait usage de méthamphétamine par voie intraveineuse une fois par semaine et de LSD deux fois par mois, et la note indiquait qu'il aurait échangé des seringues avec d'autres personnes alors qu'il vivait à Toronto à l'époque. De plus, il aurait été un consommateur modéré d'alcool mais il aurait cessé d'en consommer en 1989. Il aurait également porté plusieurs tatouages, dont trois ou quatre faits maison.

En 1989, lorsqu'il a été admis à l'hôpital, il présentait des niveaux élevés de SGOT (sérum glutamo-oxalacétique transaminase) et de SGPT (sérum glutamopyruvique transaminase). Son niveau de SGOT a baissé sensiblement comme ce fut le cas d'autres marqueurs musculaires inflammatoires. Son niveau de SGPT est demeuré relativement stable durant cette période, soit entre 50 et 90 et bien au-dessus de la gamme normale. Il aurait été utile d'obtenir une lecture de son SGPT un mois plus tard. Il s'agit d'un test qui est beaucoup plus précis pour détecter une anomalie hépatique et qui aurait pu indiquer qu'il était déjà atteint de certaines maladies du foie à l'époque. Bien entendu, même si cela avait été le cas, il est impossible de dire avec certitude si le niveau élevé était dû à une infection d'hépatite C antérieure ou à sa consommation d'alcool.

La question clé est de d'établir, selon la prépondérance des probabilités, la cause la plus probable de son infection. Le réclamant a des antécédents d'utilisation de drogues par voie intraveineuse, et il y a incompatibilité entre son attestation sous serment quant à la fréquence d'utilisation de drogues et celle documentée dans son dossier médical. Bien que le réclamant ait déclaré qu'il ne partageait jamais ses seringues, il y avait, au début des années 70, vraiment très peu de documents de recherche médicale ou profane mettant les gens en garde contre les dangers des échanges de seringues. On n'a certainement pas reconnu avant beaucoup plus

tard que même si on utilisait des seringues propres, le partage de diluants, de drogues ou d'accessoires pouvait faciliter la transmission de l'hépatite C. Il serait très improbable qu'un jeune homme âgé de 16 ans s'adonne à l'usage de drogues par voie intraveineuse de façon complètement isolée et sans la participation d'amis ou d'aides. Également, même s'il a fait usage régulier de drogues par voie intraveineuse, les chances qu'il aurait fait usage de techniques ou de partage de seringues, etc. seraient très élevées et clairement un risque élevé d'infection. De même, le fait d'avoir été tatoué de façon improvisée est problématique car à l'époque, les aiguilles étaient nettoyées avec de l'alcool, ce que l'on considère maintenant comme étant insuffisant. Ainsi, il est maintenant bien reconnu que même si on faisait usage d'aiguilles propres, la réutilisation des encres était un véhicule de transmission de l'hépatite C. Enfin, il y a la question des cinq unités de sang qui n'ont pas été testées. En 1989, on savait bien que l'hépatite C était reliée au système d'approvisionnement en sang au Canada. Pourtant, le risque d'usage de drogues par voie intraveineuse serait statistiquement beaucoup plus élevé.

Enfin, la question est qu'il était atteint d'une maladie du foie à un stade avancé en 2006, c'est-à-dire chez quelqu'un qui avait cessé de boire en 1989. Normalement, une infection par le VHC serait présente chez un patient pendant au moins 15 ans avant qu'il ne constate l'importance de son évolution. Cela indiquerait que la maladie aurait potentiellement été acquise vers 1990, mais certainement également bien avant cette date. On ne peut donc pas dire avec précision s'il avait été infecté en 1989 ou avant cette date, comme par exemple, durant les années 70 (soixante-dix). Selon la prépondérance des probabilités, je crois qu'il y a au moins un risque égal de possibilité qu'il ait contracté la maladie des suites de son usage de drogues par voie intraveineuse durant les années 70 que des suites de la transfusion de cinq (5) unités de sang en 1989, unités qui n'ont pas été testées.

Si vous avez d'autres questions, veuillez communiquer avec moi.» [C'est nous qui soulignons.]

18. Dans le témoignage que le docteur Garber a donné lors de l'audience, il a indiqué qu'environ 60 % de ses patients atteints d'hépatite C avaient été infectés des suites de l'usage de drogues par voie intraveineuse et par des tatouages. Il a précisé qu'il y avait peu de connaissance sinon aucune connaissance des risques associés au partage de seringues avant le début des années 80, et que c'était après ces années que les campagnes de sensibilisation du public sur les échanges de seringues ont débuté. Selon le docteur Garber, l'importance de la consommation de drogues est un facteur important à considérer lorsqu'il faut évaluer les risques. Il a déclaré que s'il y a eu de multiples utilisations, disons 100 fois, il y a beaucoup plus de chance qu'il y ait eu risque d'absence de précautions en matière de stérilité. Pour les personnes qui utilisent fréquemment des drogues par voie intraveineuse durant de longues périodes, le docteur Garber établit le risque d'infection à environ 20 % ou plus. Il précise que le risque d'exposition lié aux cinq unités de sang non testées durant la période visée par les

recours collectifs, bien que très réel, serait de l'ordre de 0,1 à 1 %. Quant au moment de l'infection, le docteur Garber a postulé que, compte tenu de l'évolution de la maladie, lorsque le réclamant a été diagnostiqué pour la première fois en 2006, et compte tenu de son évolution en cirrhose en 2009, il était possible et peut-être plus probable qu'il a été infecté avant 1989, mais en définitive, le docteur Garber ne pouvait l'affirmer avec aucun degré de précision. À son avis, l'un ou l'autre des événements, soit l'usage de drogues par voie intraveineuse entre 1973 et 1975, soit les transfusions sanguines en 1989, aurait pu être la source de l'infection du réclamant. En d'autres termes, à son avis, il s'agissait d'un « un cas de pile ou face », ce qui explique pourquoi il a conclu, dans sa lettre du 10 décembre 2010, qu'il y avait « au moins un risque égal de la possibilité » que le réclamant ait contracté l'hépatite C des suites de l'utilisation de drogues par voie intraveineuse durant les années 70 que de la transfusion des cinq unités reçues en 1989 qui sont demeurées non testées.

19. L'avis de la docteure Hoare sur la cause probable de l'infection du réclamant diffère de celui du docteur Garber. La docteure Hoare est une spécialiste de la médecine interne avec sous-spécialisation en gastro-entérologie. Tel qu'indiqué précédemment, elle a d'abord pris contact avec le réclamant le 10 mars 2006 et elle a participé à son traitement à compter de cette date. L'avis de la docteure Hoare sur la cause de l'infection par l'hépatite C du réclamant est énoncé dans sa lettre adressée à l'Administrateur en date du 21 juillet 2009, dont la partie pertinente se lit comme suit :

« [Le réclamant] est un de mes patients depuis plusieurs années. La biopsie de son foie datant de 2006 (ci-jointe) indique une fibrose formant un pont accompagné d'une hépatite C chronique. Il doit subir une autre biopsie au mois d'août 2009.

Bien que [le réclamant] arbore un tatouage qu'il a reçu alors qu'il était adolescent et a indiqué qu'il avait fait brièvement usage de drogues par voie intraveineuse il y a plus de 30 ans (à la fin de son adolescence), il n'a pas fait usage récent de drogues par voie intraveineuse, soit depuis les incidents du milieu des années 70.

Comme il ne semble pas présenter de symptômes du virus de l'hépatite C ou de maladie du foie depuis plusieurs années, soit après avoir reçu une ou plusieurs transfusions de sang à la suite d'un accident de voiture en 1989, je trouve raisonnable et très probable que la cause primaire de son hépatite C est due aux transfusions de sang contaminé reçues durant la période des années 1986 à 1990.

20. Par la suite, après le rejet de la demande d'indemnisation du réclamant, la docteure Hoare a déposé la lettre suivante datée du 3 mars 2011 à la demande du représentant personnel du réclamant :

« Le 3 mars 2011

À qui de droit :

Objet : [Le réclamant]

Date de naissance : 02-03-1957

J'ai traité [le réclamant] à deux reprises (soit en mars 2006 et en juin 2009) au sujet de son hépatite C. J'ai indiqué par écrit qu'il avait fait usage de drogues par voie intraveineuse 'de façon isolée' (remotely).

Il dit qu'il en avait fait usage entre 1973 et 1975 à raison de trois fois par année et qu'il n'avait jamais partagé de seringues. En raison de son accident de voiture en 1989, il avait reçu des transfusions de 9 unités de sang. Je dirais que du point de vue statistique, il aurait probablement contracté l'hépatite C des suites des transfusions et il devrait être admissible à une indemnisation.

Respectivement vôtre.

C. Hoare, MD, FRCPC (Associée du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada),
Médecine interne »

21. Le témoignage livré par la docteure Hoare lors de l'audience était conforme à l'avis exprimé dans ses lettres. Elle a reconnu qu'il y avait divergence entre les renseignements que le réclamant lui avait fournis en mars 2006 concernant l'étendue de son usage de drogues et le partage de seringues et les renseignements qu'il lui avait fournis plus tard sur le même sujet, tel que reflété dans sa lettre datée du 3 mars 2011. Toutefois, elle a précisé que les incohérences en question ne modifiaient pas son avis. Elle a également convenu que le terme « statistiquement » qui paraît dans sa lettre datée du 3 mars 2011 n'avait pas été un bon choix de terminologie, car son avis n'avait pas été réellement fondé sur une analyse statistique. Elle a dit plutôt que son avis avait été fondé sur les examens hématologiques effectués peu avant la chirurgie du réclamant en 1989 et l'évolution rapide de la maladie entre 2006 et 2009. Elle a indiqué que les examens hématologiques effectués en 1989 démontraient que les niveaux de sérum glutamo-oxalacétique transaminase (SGOT) et de sérum glutamopyruvique transaminase (SGPT) du réclamant étaient élevés et que son albumine était inférieure à la normale. La docteure Hoare et le docteur Garber ont indiqué que ces résultats pouvaient être des marqueurs d'hépatite C, mais qu'ils pouvaient également être attribuables à la consommation

d'alcool et à l'accident du réclamant. Toutefois, la docteure Hoare a jugé qu'il était important de signaler que lorsqu'elle a traité le réclamant en mars 2006, ses taux de SGOT et de SGPT étaient demeurés élevés, alors que son résultat d'albumine était revenu à la normale et était demeuré ainsi jusqu'en 2009 inclusivement. Compte tenu de ces renseignements, la docteure Hoare a conclu que ses taux élevés de SGOT et de SGPT en 1989 étaient dus à la consommation d'alcool et à l'accident du réclamant et qu'ils n'étaient pas des signes d'une maladie hépatique préexistante précoce. En ce qui concerne le moment du déclenchement de la maladie, la docteure Hoare a convenu avec le docteur Garber que ce n'était pas vraiment un facteur qui permettait d'établir si la source de l'infection du réclamant avait été l'usage de drogues par voie intraveineuse durant les années 70 ou les transfusions de sang en 1989.

22. Je suis convaincu que le docteur Garber et la docteure Hoare ont chacun et chacune exercé leur meilleur jugement professionnel dans l'élaboration de leurs avis respectifs. Le fait qu'ils aient tiré des conclusions différentes quant à la cause probable de l'hépatite C du réclamant est simplement le reflet des difficultés inhérentes à la cause. De toute façon, il s'agit ici d'un jugement serré. En appliquant son expertise et son expérience, le docteur Garber est d'avis qu'il y a au moins une probabilité égale que le réclamant ait contracté la maladie suite à l'utilisation de drogues par voie intraveineuse durant les années 70 plutôt que suite aux transfusions des cinq (5) unités de sang en 1989 qui sont demeurées non vérifiées. D'autre part, la docteure Hoare est d'avis que, selon la prépondérance des probabilités, le réclamant a plus probablement été infecté des suites des transfusions.

23. Selon l'article 3.01 du Régime à l'intention des transfusés infectés par le VHC, il incombe au réclamant qui a fait usage de médicaments sans ordonnance par voie intraveineuse de produire des preuves établissant, selon la prépondérance des probabilités, qu'il a été infecté pour la première fois par le VHC des suites d'une transfusion de sang reçue au Canada au cours de la période visée par les recours collectifs. Le PAT indique clairement que pour déterminer si le réclamant s'acquitte de ce fardeau, l'Administrateur doit soupeser l'ensemble de la preuve. Comme on m'a demandé, en ma qualité d'arbitre, de revoir la décision de l'Administrateur, je dois également tenir compte de l'ensemble de la preuve. De même, je dois tenir compte des facteurs favorables énumérés à l'article 12 du PAT ainsi que des facteurs défavorables énoncés à l'article 13 du même PAT.

24. Je ne peux rien trouver à redire quant à l'analyse de l'Administrateur portant sur les facteurs favorables et non favorables. Il est important, à mon avis, de signaler que le seul facteur favorable à la conclusion voulant que le réclamant se soit acquitté du fardeau de la preuve indiqué à l'alinéa 3.01 (3) est qu'il n'avait pas d'antécédents médicaux d'hépatite avant de recevoir les transfusions en 1989. Il n'y a eu aucun retraçage de transfusions sanguines reçues durant la période visée par les recours collectifs provenant d'un donneur anti-VHC positif. L'usage de drogues par voie intraveineuse a eu lieu avant les transfusions sanguines. En outre, il est clair que le réclamant avait fait usage de drogues par voie intraveineuse sur une base assez régulière durant une période de trois ans et qu'il n'a pas été en mesure de présenter de « preuves raisonnablement fiables démontrant que l'utilisation de drogues par voie intraveineuse sans ordonnance s'était limitée à une seule occasion et que cette utilisation avait été effectuée au moyen d'un attirail stérilisé et qu'il n'y avait pas eu de partage de seringues ».

25. En soupesant l'ensemble de la preuve, et eu égard à l'étendue de l'utilisation de drogues par voie intraveineuse sans ordonnance avant la période visée par les recours collectifs, à l'avis du Dr Garber et aux facteurs énoncés dans le PAT, je ne suis pas convaincu, selon la prépondérance des probabilités, que le réclamant avait été infecté pour la première fois par le VHC par suite de transfusions de sang reçues en 1989.

La probabilité que le réclamant ait été infecté par le VHC des suites de l'usage de drogues par voie intraveineuse est au moins aussi élevée, et peut-être plus élevée, que le risque d'infection par les transfusions sanguines. En conséquence, je trouve qu'il n'y a aucune raison d'infirmier le rejet de la réclamation par l'Administrateur.

26. Je reconnais, bien sûr, que la conclusion que j'ai tirée n'est pas compatible avec l'avis de la docteure Hoare sur la question ultime de la cause probable. Bien que je respecte l'avis de la docteure Hoare et que j'en ai fait un examen attentif, je ne suis pas convaincu que selon la preuve qui m'a été présentée, l'avis en question est correct. Je note, également que la docteure n'était pas familière avec les directives du PAT et que si elle en avait tenu compte, elle aurait pu arriver à une conclusion différente.

FAIT à Halifax, en Nouvelle-Écosse, ce 3^e jour de janvier 2012.

Signature sur original
S.BRUCE OUTHOUSE, c.r.,
Arbitre