

D É C I S I O N

Numéro de réclamation 100

Introduction

1. La réclamante, une résidente de Nouveau-Brunswick, est née le 29 juin 1956. Elle a présenté une demande d'indemnisation en tant que personne directement infectée par le virus de l'hépatite C (le VHC) selon les modalités du Régime à l'intention des transfusés infectés par le VHC (le Régime). Elle compléta un Formulaire de renseignements généraux du demandeur (TRAN 1), en la date du 31 octobre 2000, dans lequel elle affirmait avoir été infectée par le virus de l'hépatite C à la suite d'une transfusion sanguine effectuée au Canada entre le 1^{er} janvier 1986 et le 1^{er} juillet 1990, la période visée par les recours collectifs.

2. Dans sa lettre à la réclamante, en la date du 3 décembre 2002, l'Administrateur du règlement des recours collectifs, au nom du Centre des réclamations relatives à l'hépatite C 1986-1990, rejeta la demande au motif que la réclamante n'avait pas fourni suffisamment de preuve confirmant qu'elle avait reçu une transfusion sanguine au cours de la période de recours.

3. La réclamante compléta une Demande de renvoi, en la date du 3 janvier 2003, afin de saisir un juge-arbitre de la décision de l'Administrateur et j'ai été nommé pour entendre l'appel. L'audience s'est déroulée à Moncton sur six jours : le 30 mai 2003, le 24 janvier 2004, le 16 et le 17 août 2005 et le 6 et le 7 juin 2006. L'Administrateur fut représenté le 30 mai 2006 par Me John Callaghan et Me Maxime Faille et, par la suite, par Me Faille. Quant à la réclamante, elle a agi en son propre nom le 30 mai 2003 et, ensuite, par l'entremise de Me Honoré Bourque. Tout le témoignage fut donné sous serment. Dans l'intérêt de Me Bourque, les témoins présentés par la réclamante le 30 mai 2003, elle-même incluse, ont témoigné une deuxième fois lors de l'audience le 16 et le 17 août 2005. À la fin de l'audience le 7 juin 2006, j'ai indiqué que je rendrais ma décision dans un délai de 60 jours.

4. Il était convenu que la réclamante est une personne infectée par le VHC. Toutefois, pour toucher des prestations prévues par le Régime, la réclamante doit être une « personne directement infectée », telle que définie par l'article 1.01 :

« personne directement infectée », une personne qui a reçu une transfusion de sang au Canada au cours de la période visée par les recours collectifs et qui est ou a été infectée par le VHC, sauf :

- a. s'il est établi par l'administrateur, selon la prépondérance des probabilités, que cette personne n'a pas 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;

5. Selon cette définition, il incombait à l'Administrateur d'établir, selon la prépondérance des probabilités, que la réclamante n'a pas 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.

6. L'article 3 du Régime envisage deux façons d'établir que la réclamante a reçu une transfusion du sang au Canada au cours de la période visée : par l'entremise des dossiers médicaux ou par l'entremise d'une preuve indépendante et corroborante de celle fournie par la réclamante elle-même et des membres de sa famille :

3.01(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 :

- 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;

3.01(2) Malgré les dispositions du paragraphe 3.01(1)a), si un réclamant ne peut se conformer aux dispositions du paragraphe 3.01(1)a), il doit remettre à l'administrateur une preuve corroborante et indépendante des souvenirs personnels du réclamant ou de toute personne qui est membre de la famille du réclamant, établissant selon la prépondérance des probabilités qu'il a reçu une transfusion de sang au Canada au cours de la période visée par les recours collectifs.

7. Selon cet article, il incombait à la réclamante d'établir, selon la prépondérance des probabilités, qu'elle avait reçu une transfusion de sang au Canada au cours de la période visée.

8. Finalement, il faut également mentionner l'article 3.04 du Régime. Celui-ci oblige l'Administrateur de rejeter la demande si « une procédure d'enquête » lui permet de déterminer que l'un des donneurs du sang reçu par le réclamant avant la période visée était infecté par le VHC ou qu'aucun des donneurs du sang reçu par le réclamant pendant la période visée n'était infecté par le VHC :

3.04 (1) Malgré toute autre disposition du présent régime, si les résultats d'une procédure d'enquête démontrent que l'un des donneurs ou l'une des unités de sang reçues par une personne infectée par le VHC ou une personne infectée par le VHC qui s'exclut avant le 1^{er} janvier 1986 est ou était anti-VHC positif ou qu'aucun des donneurs ou des unités de sang reçues par une personne directement infectée ou une personne directement infectée qui s'exclut au cours de la période visée par les recours collectifs n'est ou n'était anti-VHC positif, sous réserve des dispositions du paragraphe 3.04(2), l'administrateur doit rejeter la réclamation de cette personne infectée par le VHC et toutes les réclamations ayant trait à cette personne infectée par le VHC ou à cette personne infectée par le VHC qui s'exclut, y compris les réclamations des personnes indirectement infectées, des représentants personnels au titre du VHC, des personnes à charge et des membres de la famille.

Partie A : La réclamante a-t-elle été infectée par le VHC avant sa prétendue transfusion sanguine?

9. Les observations écrites soumises de la part de l'Administrateur avant la première journée de l'audience n'ont pas soulevé la possibilité que la réclamante ait été infectée par le VHC avant sa prétendue transfusion sanguine au cours de la période de recours. L'auteur de ces observations se contenta d'expliquer le bien-fondé de la décision de l'Administrateur selon laquelle la réclamante n'a pas fourni suffisamment de preuve démontrant qu'elle avait reçu une transfusion sanguine pendant la période visée.

Cependant, au cours de l'audience, Me Faille a caractérisé trois éléments de preuve comme étant capables de remettre en question toute prétention voulant que la réclamante ait été infectée par le VHC pour la première fois par suite à sa prétendue transfusion pendant la période visée.

10. Premièrement, dans une lettre en la date du 18 février 1997 du Dr. K. M. Peltekian, le hépatologue traitant la réclamante, on lit ce qui suit :

This 40-year old lady ... has multiple risk factors for chronic hepatitis C including blood transfusions between 1984 and 1987 during surgery for hysterectomy and occupational since she had worked in the federal and provincial correctional centres, and more recently she has been working as the sheriff's coroner. This would definitely allow exposure with contaminated blood.

11. Le Formulaire TRAN 2 a demandé au médecin traitant si la réclamante a « eu des antécédents médicaux relativement aux facteurs de risques suivants reliés à l'hépatite C ». L'« emprisonnement » y est mentionné comme étant un facteur de risque. Bien qu'il n'y ait eu aucune suggestion que la réclamante a été emprisonnée, on ne saurait contester l'opinion du Dr. Peltekian selon laquelle la réclamante a couru un risque accru d'infection par le VHC dans ses milieux de travail. Pourtant, lors de ses interrogatoires à l'audience, la réclamante a nié que ses anciens emplois l'ont mise en contact direct avec le sang des détenus ou d'autrui et l'Administrateur n'a présenté aucune autre preuve établissant, selon la prépondérance des probabilités, qu'un tel contact a eu lieu ou a effectué une transmission du virus à la réclamante.

12. Deuxièmement, les dossiers de l'Hôpital Hôtel-Dieu d'Edmundston indiquèrent que la réclamante reçut, le 20 mai 1979, une transfusion d'une unité d'un produit qui s'appelle Koate afin de traiter un problème gingival à la suite d'une extraction dentaire. La seule preuve médicale par rapport au Koate a été présentée à l'audience du 17 août 2005 par le Dr. Connolly Norman, le chef retraité de l'Hématologie & de la Médecine des transfusions de l'Hôpital régional de Saint Jean, le même hôpital où la réclamante prétend avoir reçu une transfusion sanguine pendant la période visée. Selon le témoignage du Dr. Norman :

a. la définition du sang stipulée par le Régime n'englobe pas le Koate mais le Koate est tout de même un produit sanguin souvent donné aux hémophiles afin de promouvoir la coagulation.

b. le Koate est reconstitué du sang de multiples donneurs et, pour cette raison, crée un plus grand risque de transmission de divers virus, y inclus le VHC, qu'un produit sanguin provenant d'un seul donneur ; chez des hémophiles, on a vu le taux d'infection de divers virus par le biais des transfusions de Koate monter jusqu'à 70% ou 80%.

c. en conséquence, on a commencé à traiter le Koate pour essayer d'empêcher de telles transmissions mais en 1979, l'année de la transfusion de Koate à la réclamante, ces mesures étaient moins efficaces qu'elles ne l'étaient à partir du milieu des années quatre-vingts; pourtant, le Dr. Norman a avoué que ses connaissances de l'efficacité des mesures en existence en 1979 étaient limitées.

d. la transfusion de Koate en 1979 constitua un facteur de risque dans les antécédents médicaux de la réclamante mais « it was not necessarily the cause » de son infection ; lors de son contre-interrogatoire, le Dr. Norman a reconnu qu'il n'avait aucune connaissance d'un cas où le VHC a été transmis par moyen d'une transfusion de Koate.

13. À mon avis, le témoignage du Dr. Norman n'a établi, selon la prépondérance des probabilités, ni que le Koate reçu par la réclamante en 1979 était porteur du VHC, ni que des mesures prises en 1979 pour empêcher la transmission du VHC par moyen d'une transfusion de Koate n'ont pas été suffisamment efficaces pour protéger la réclamante contre une telle transmission, ni que la réclamante a été infectée par le VHC par suite de sa transfusion de ce produit en 1979, avant la date de sa prétendue transfusion de sang.

14. L'Administrateur souligna un autre élément de preuve qui, selon lui, laissa soupçonner que la réclamante n'a pas été infectée par le VHC pour la première fois par suite à sa prétendue transfusion pendant la période visée. En cette occurrence, il invoqua deux opinions médicales relativement à l'évolution normale de l'hépatite C.

15. Dans une lettre en la date du 12 octobre 1999 du Dr. M. B. El-Safadi, le gastro-entérologue traitant la réclamante, on lit ce qui suit :

Elle a eu une biopsie hépatique au mois d'août et ils ont dit qu'elle était au stade 3 d'inflammation et 4 de fibrose, ce qui constitue une cirrhose

...

IMPRESSION : Hépatite C qui semble être agressive, ne répond pas à l'Interferon. Elle est présentement au stade de cirrhose. Je trouve tout de même qu'il est un peu inhabituelle [sic] que son hépatite C évolue en dedans de 10 ans si on présume qu'elle a attrapé ce virus en 1988.

16. Tout en reconnaissant qu'il n'était pas un médecin/clinicien, le Dr. Norman était aussi d'avis qu'il serait « unusual » de constater un délai de seulement dix ou douze ans entre la date de l'infection par le VHC et le stade de cirrhose. Pour lui, un délai de vingt ans serait « more likely, assuming that there was an infection in 1979 ». Lors de son contre-interrogatoire, le Dr. Norman était d'accord qu'un délai de seulement douze ans entre la date de l'infection par le VHC et le stade de cirrhose était possible.

17. À mon avis, ces opinions médicales laissent planer trop de doutes pour être invoquées en tant que preuve selon la prépondérance des probabilités.

18. Selon le rapport du Dr. M. Malatjalian, le pathologiste qui a fait la biopsie hépatique sur laquelle le Dr. El-Safadi a fondé son opinion, le résultat obtenu était seulement « suggestive of a possibility of cirrhosis ». Il faut constater aussi que le Dr. El-Safadi a trouvé l'évolution de la maladie chez la réclamante seulement « un peu inhabituelle ». Finalement, son rapport a parlé d'un délai de 10 ans alors que le délai entre la date de la prétendue transfusion sanguine reçue par la réclamante en septembre 1987, non 1988, et la date du rapport du Dr. El-Safadi constatant le stade de cirrhose en octobre 1999, était de 12 ans.

19. Quant au Dr. Norman, il semblait vouloir dire que l'évolution de la maladie aurait été plus compatible avec une infection en 1979 mais seulement si l'on présume qu'il y avait eu une infection en 1979. Si le Dr. Norman voulait dire qu'un stade de cirrhose en 1999 confirma, *sans autre preuve*, que la réclamante avait été infectée en 1979, il ne l'a pas dit. Et bien qu'il ait dit qu'un délai de douze ans entre la date de l'infection par le

VHC et un stade de cirrhose serait « unusual », il était d'accord qu'une telle évolution était possible. S'il voulait dire qu'une telle évolution était improbable, ça non plus il ne l'a pas dit.

Partie B : La réclamante a-t-elle reçu une transfusion sanguine au cours de la période de recours?

20. La réclamante n'a pas présenté le genre de preuve documentaire prévue à l'article 3.01(1)a) du Régime, c'est-à-dire, « 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 ». Pour faire la preuve de sa prétention qu'elle avait reçu une transfusion sanguine au cours de la période de recours, la réclamante invoqua l'article 3.01(2) du Régime et se fonda sur son propre témoignage et celui de quatre autres témoins : sa mère, sa sœur, son ami W. K. et son collègue de travail, F. C. Ils ont témoigné, tous les cinq, que la réclamante avait reçu une transfusion sanguine à l'Hôpital régional de Saint Jean le 8 septembre 1987. La réclamante a aussi présenté un témoin selon qui une transfusion sanguine aurait pu être indiquée pour la réclamante pendant ce même séjour hospitalier.

21. De sa part, l'Administrateur soutint que la réclamante ne s'est pas acquittée de son fardeau de la preuve en vertu de l'article 3.01(2) car, malgré le témoignage qu'elle a présenté, d'autres éléments de preuve éliminent toute probabilité qu'une telle transfusion avait eu lieu.

22. Voici maintenant les différentes étapes de ma présentation des questions et des données en jeu dans cette partie de la décision. Premièrement, j'expliquerai pourquoi, à mon avis, le témoignage des membres de la famille est admissible. Deuxièmement, j'exposerai le témoignage de la réclamante et de ses quatre témoins. Troisièmement, j'exposerai la preuve sur la question à savoir si la prétendue transfusion était indiquée.

Quatrièmement, j'exposerai les éléments de preuve qui, selon l'Administrateur, éliminent toute probabilité que la prétendue transfusion a eu lieu.

Le témoignage des membres de la famille de la réclamante était-il admissible?

23. L'Administrateur questionna la sûreté du témoignage de la réclamante et de ses témoins mais il ne contesta pas l'admissibilité du témoignage de la mère et de la sœur de la réclamante en tant que membres de sa famille. Pourtant, l'admissibilité de ce genre de témoignage a été récemment remise en question par les propos du Juge Winkler dans le dossier no. 1000114, le 8 novembre 2004, où il a accordé une requête visant à contester la confirmation de la décision #138 du juge-arbitre Reva Devins. Le juge Winkler a écrit :

La juge arbitre était liée par les dispositions du Régime de rejeter la preuve de la mère de la réclamante. Comme membre de la famille tel que défini par le Régime, la preuve de la mère ne pouvait pas servir à corroborer la preuve permettant d'établir la réclamation. Cependant, je conclus que l'utilisation de la preuve de la mère par la juge arbitre dans le but de rejeter la preuve de l'ancien ami constitue une erreur en principe. Si la preuve est inadmissible pour établir une réclamation, elle doit de la même manière être inadmissible comme base de rejet.

24. Avec tout le respect que je lui dois, je pense que les paroles choisies par l'honorable juge risquent de porter à la confusion. L'article 3.01(2) du Régime ne crée aucun empêchement relativement à l'admissibilité du témoignage du réclamant ou des membres de sa famille voulant que le réclamant ait reçu une transfusion sanguine au cours de la période visée. Il exige seulement qu'un tel témoignage soit corroboré par une preuve « indépendante des souvenirs personnels du réclamant ou de toute personne qui est membre de la famille du réclamant ». Il serait évidemment impossible de corroborer un tel témoignage sans qu'il soit admis en preuve. Il serait également impossible d'expliquer comment l'article 3.01(2) distingue entre l'admissibilité du témoignage du réclamant et celui des membres de sa famille alors qu'on ne saurait prétendre que le témoignage du réclamant n'est pas admissible à l'audience tenue pour déterminer son droit de recevoir une indemnité en vertu du Régime.

25. À mon avis, la bonne interprétation de l'article 3.01(2) est celle retenue par le juge-arbitre Jacques Nols dans sa décision homologuée #151, le 25 juin 2004 :

J'interprète la restriction imposée par le «indépendante des souvenirs...de toute personne qui est membre de la famille» de l'article 3.01(2) comme voulant dire que si seuls des membres de la famille témoignent, ce n'est pas en soi une preuve suffisante et acceptable. Par ailleurs, s'il y a une telle preuve indépendante, cette preuve s'ajoutera au témoignage des membres de la famille, ajoutant ainsi du poids à ces témoignages. [c'est l'auteur qui a souligné]

Témoignage de la réclamante

26. À l'audience le 30 mai 2003, la réclamante a témoigné qu'elle a été admise à l'Hôpital régional de Saint Jean le 1^{er} septembre 1987 pour une chirurgie qui a eu lieu le lendemain. Elle a attesté qu'elle était toujours à l'hôpital le 8 septembre 1987, proche de la Fête de travail, quand, vers 14:30 ou 15:00, une infirmière entra dans sa chambre et lui donna une transfusion d'une unité de sang. Elle a affirmé que l'infirmière, dont elle ne se souvenait plus du nom, lui a dit qu'elle avait besoin du sang pour se renforcer. La réclamante a témoigné qu'elle se souvenait de l'aiguille, d'un sac de liquide rouge et de la transfusion du sang dans son bras. Elle ne pouvait plus dire ce qui était écrit sur le sac. Elle a affirmé que sa mère, sa sœur, W. K. et F. C., sont tous venus la voir dans sa chambre de l'hôpital cette après-midi-là et qu'ils ont tous vu qu'elle recevait une transfusion de sang. Pour ce qui est de F.C., son collègue de travail, elle a dit qu'il est venu pour la faire signer ses feuilles de présence au travail.

27. Le formulaire TRAN 1 demandait à la réclamante combien de transfusions sanguine elle avait reçu au cours de sa vie et elle a répondu « 1 ». À l'audience le 30 mai 2003, elle a confirmé qu'il s'agissait de la transfusion qu'elle avait reçue le 8 septembre 1987 à l'Hôpital régional de Saint Jean. Elle nia avoir reçu des transfusions de sang lors des deux autres interventions chirurgicales qu'elle avait subies à l'Hôpital Hôtel-Dieu d'Edmundston avant 1987. Me Faille lui demanda donc pourquoi elle a répondu par un point d'interrogation à une autre question posée dans le TRAN 1 à savoir combien de

transfusions sanguines elle avait reçu avant 1986 ? La réclamante a expliqué qu'elle ne savait pas comment répondre par rapport à la transfusion de Koate qu'elle avait reçu en 1979 à l'Hôpital Hôtel-Dieu d'Edmundston. Mais elle a ajouté qu'elle avait divulgué la transfusion de Koate au Dr. El-Safadi, ce qui, d'après elle, expliqua sa réponse positive, indiquée par une coche, à la question posée dans le formulaire TRAN 2 à savoir si la réclamante avait eu des transfusions sanguines en dehors de la période du 1^{er} janvier au 1^{er} juillet 1990.

28. Je constate que ces explications s'accordaient avec la preuve documentaire. Selon les dossiers médicaux de l'Hôpital Hôtel-Dieu d'Edmundston et l'Hôpital régional de Saint Jean, la réclamante n'a reçu aucune transfusion de sang lors de ses admissions à ces hôpitaux avant le 1^{er} septembre 1987. De plus, selon une note du Dr. El-Safadi, en la date du le 30 octobre 2002, ses connaissances relatives à la transfusion sanguine reçue par la réclamante à l'Hôpital régional de Saint Jean lui venaient de la réclamante elle-même et non pas des dossiers médicaux de ce dernier. Il était donc plausible que les connaissances du Dr. El-Safadi relatives aux « transfusions sanguines » reçues par la réclamante avant 1986 lui venaient aussi de la réclamante elle-même et cela malgré le témoignage de la réclamante, également plausible, qu'elle ne savait même pas si la transfusion de Koate en 1979 constituait véritablement une « transfusion sanguine ».

29. Quand la réclamante a témoigné la deuxième fois le 16 août 2005, elle a avoué qu'elle ne pouvait plus préciser bien des détails ayant trait à sa transfusion sanguine à l'Hôpital régional de Saint Jean au 8 septembre 1987 dont les suivants : dans quel bras elle a reçu la transfusion, combien d'infirmières l'ont branchée et si elles sont revenues pendant la transfusion, s'il y avait un deuxième sac ou seulement le sac de sang, les dimensions du sac de sang sauf pour faire une estimation approximative de 8 pouces par 4 pouce dans une forme rectangulaire, si les infirmières ont fait des commentaires en débranchant le sac, le temps que la transfusion a pris sauf pour faire une estimation approximative d'une heure et demie, la taille ou la configuration de sa chambre d'hôpital, sa porte, sa fenêtre ou son lit. Elle a également avoué qu'elle ignorait la raison pour laquelle un médecin aurait décidé qu'elle avait besoin du sang. Elle n'a reçu aucune visite

d'un médecin pour qu'il lui dise qu'elle en avait besoin ou lui demande son consentement d'en recevoir. Elle n'avait aucun souvenir de s'être plainte d'une faiblesse ou d'une détérioration de sa condition.

30. Pourtant, la réclamante se souvenait de la présence des visiteurs dans sa chambre cette après-midi-là. Sa mère et sa sœur cadette, âgée de 13 ou 14 ans, sont arrivées d'abord vers 14 :00 heures comme chaque journée de son séjour à l'hôpital. En suite, W. K. est arrivée, y faisant, pour la première fois, la connaissance de sa mère et sa sœur. La réclamante a décrit W. K. comme étant une amie depuis le début des années quatre-vingt quand elles ont fait des études ensemble. Le dernier à arriver, F. C., fut aussi présenté à sa mère et sa sœur quoique peut-être pas pour la première fois. La réclamante a affirmé qu'elle avait connu F. C. entre 1984 et 1989 quand ils travaillaient tous les deux pour le Ministère de la Justice du Nouveau-Brunswick comme shérifs adjoints et coroners au shérif. Elle souligna qu'ils n'ont eu qu'une relation de travail et qu'ils ne se sont pas vus entre 1989 et 2003 lorsqu'elle l'a contacté pour lui demander de témoigner dans cette instance.

31. La réclamante se souvenait du fait que W. K. et F. C. sont arrivés après le branchement du sang et que F. C. a fait une plaisanterie sur la ressemblance du sang et du vin. Selon la réclamante, F. C. a également réconforté sa sœur qui pleurait à la vue de la transfusion de sang que la réclamante était en train de recevoir. La réclamante a affirmé qu'elle avait signé les feuilles apportées par F. C. et qu'il est parti après quinze ou vingt minutes.

Témoignage de F. C.

32. Dans son affidavit du 31 décembre 2003, F. C. a déposé sur les faits suivants :

THAT on Tuesday September 8, 1987 while I was employed as a Deputy Sheriff for the Province of New Brunswick I did the following.

THAT I arrived at the Saint John Regional Hospital and went to the room of then Deputy Sheriff [la réclamante] arriving there at 2:30 p.m.

THAT upon entering her room I saw that she was receiving a blood transfusion at that time.

THAT I even tried to make a little joke of her transfusion by saying that she would be feeling better if that red stuff was wine rather than blood.

The reason I can swear to the time and date is that I have my Deputy Sheriff records, log book and my time sheet from that period.

That the reason I was there at that time was I was sent out to the hospital to get her if possible to sign her overtime and expense sheet so that she would be paid for them for the month of August 1987.

On trouve en annexe de cet affidavit le « Running Sheet » et une page du journal personnel de F. C. pour le 8 septembre 1987. Le « Running Sheet » confirma qu'il était allé à l'Hôpital régional de Saint Jean à 14:30 le 8 septembre 1987 pour obtenir la signature de la réclamante sur ses feuilles de présence et de dépenses. Son journal personnel fait pareil sans préciser l'heure de la visite ou les documents que la réclamante avait signés.

33. F. C. a participé à l'audience le 30 mai 2003 par téléphone et a attesté les faits supplémentaires suivants. La mère et la sœur de la réclamante étaient présentes dans la chambre de l'hôpital et il leur a parlé. Il a vu un appareil d'intraveineuse et un sac de plastique rouge attachés au bras de la réclamante mais il n'était plus certain lequel des bras. De son travail comme coroner au shérif, il savait très bien de quoi il parlait quand il dit avoir vu la réclamante en train de recevoir une transfusion sanguine. Après sa petite blague sur le sang et le vin, la réclamante a répliqué que ça faisait mal quand elle riait et il n'est pas resté longtemps.

34. Lors de sa comparution à l'audience le 16 août 2005, F. C. fut interrogé de nouveau par Me Faille et il affirma ce qui suit. Il travaillait pour le Ministère de Justice de Nouveau-Brunswick depuis 25 ans. En plus de la mère, qu'il avait déjà rencontrée, et la sœur de la réclamante, il se souvenait d'une troisième visiteuse dans la chambre mais il ne la connaissait pas. Bien qu'il ait pu faire un dessin rudimentaire de la chambre, il

oublia si c'était une chambre avec un ou deux lits. De son travail auparavant comme coroner au shérif, le sac de sang lui sembla tout à fait typique mais il ne l'a pas mesuré et il n'a pas remarqué s'il y avait un deuxième sac suspendu de l'appareil d'intraveineuse. Il apporta avec lui à l'audience, présenta et laissa Me Faille examiner tous les autres « Running Sheets » et son journal personnel pour le mois de septembre 1987 au complet. Il expliqua que jusqu'à 1992 il était obligé d'entretenir les premiers pour en soumettre des copies à son patron mais qu'il entretenait et gardait tous les originaux des deux genres de documents en sa propre possession permanente afin de protéger « my butt ». Il reconnut que les documents pour le 8 septembre 1987 ne faisaient aucune allusion au fait que la réclamante avait reçu, cette journée-là, une transfusion sanguine à l'Hôpital régional de Saint Jean mais il exclut fermement toute possibilité qu'il ait eu tort d'affirmer que cette transfusion avait eu lieu.

Témoignage de W. K.

35. Dans un affidavit en la date du 16 novembre 2000, W. K. a déposé ainsi : « I, W. K., witnessed [la réclamante] receiving blood following her hysterectomy surgery in the beginning of September 1987 at the Saint John Regional Hospital in Saint John, New Brunswick ».

36. Lors de l'audience le 30 mai 2003, W. K. a témoigné des faits suivants. La journée après la Fête du travail 1987, elle et sa sœur ont conduit de Moncton à Saint Jean pour rendre visite à la réclamante alors admise à l'Hôpital régional de Saint Jean. Elles sont arrivées à l'hôpital vers 14:00 ou 14:30 et toutes les deux sont entrées dans la chambre de la réclamante. W. K. a vu que celle-ci était branchée à un sac rouge. La mère et la sœur de réclamante étaient déjà dans la chambre et un homme est entré par la suite. La sœur de la réclamante pleurait. W. K. est restée dans la chambre de la réclamante à peu près vingt minutes. Elle se souvint que la réclamante était en train de recevoir du sang car pendant le voyage de retour à Moncton, elle et sa sœur discutèrent le fait que leur frère, un Témoin de Jéhovah, refuserait une transfusion sanguine.

37. Pendant sa deuxième comparution le 16 août 2005, W. K. a attesté les faits suivants. Après une période d'un an sans qu'elles se soient parlées, W. K. a appelé chez la réclamante environs la Fête du travail 1987 et appris qu'elle était à l'hôpital à Saint Jean. Elle a décidé d'aller la voir sans l'appeler à l'hôpital. Elle et sa sœur sont arrivées à l'hôpital à midi trente et y sont restées pour une période d'une heure ou deux. Elle ne pouvait plus dire dans quel bras la réclamante était branchée mais elle l'avait vu branchée à un sac rouge carré. Elle avait eu et vu des transfusions sanguines auparavant. Elle ne se souvenait pas d'un deuxième sac. La réclamante est restée branchée pendant toute sa visite. Avec l'arrivée de l'homme, ils étaient cinq visiteurs dans la chambre. Quand la sœur de la réclamante est devenue angoissée, W. K. l'a réconfortée. Tout comme F. C. avait fait un dessin rudimentaire de la chambre, W. K. en a fait un mais elle non plus ne se souvenait pas bien de sa configuration. Elle a témoigné de nouveau que le fait d'avoir vu la transfusion sanguine de la réclamante suscita une discussion entre elle et sa sœur par rapport à comment leur frère, un Témoin de Jéhovah, aurait réagi.

Témoignage de la mère de la réclamante

38. À l'audience le 30 mai 2003, la mère de la réclamante a témoigné qu'elle et son autre fille étaient dans la chambre de l'hôpital de la réclamante pendant une après-midi en septembre 1987 quand une infirmière est entrée pour poser un sac de sang. Elle n'était plus certaine si c'était une journée congé de l'école ou si son autre fille était absente de l'école mais elle s'est souvenu que son autre fille était devenue angoissée en voyant l'infirmière sortir l'aiguille. Elle affirma qu'une fois la poche de sang posée, un homme est arrivé pour faire signer à la réclamante des documents et il a réconforté son autre fille. Elle ne pouvait plus dire dans quel bras la transfusion avait été branchée ou s'il y avait d'autres lits dans la chambre.

39. À cause de son âge et sa santé, la mère de la réclamante a participé à l'audience le 17 août 2005 par téléphone. Elle confirma encore avec certitude qu'elle avait vu une garde malade insérer une aiguille et poser une poche pour donner une transfusion de sang à la réclamante. Elle se souvint aussi de la présence dans la chambre de son autre fille, de

F. C. et de W. K. Elle n'avait jamais rencontré W. K. avant cette journée. Elle a dit croire que la poche de sang a été posée entre 14 :00 et 14 :30.

Témoignage de la sœur de la réclamante

40. La sœur de la réclamante avait 14 ans en septembre 1987. À l'audience le 30 mai 2003, elle a témoigné tout simplement qu'elle a vu une poche de sang sur un poteau sans préciser les circonstances bien que celles-ci eussent été élaborées par le témoignage précédent des autres témoins. Elle ne savait plus s'il s'agissait au moment de sa visite d'une journée congé de l'école ou si elle était absente de l'école.

41. À l'audience le 17 août 2005, la sœur de la réclamante confirma qu'elle avait vu une poche de sang branchée à la réclamante quand elle l'avait visitée avec sa mère à l'hôpital au début d'une année scolaire. Elle s'est souvenue aussi du fait qu'ayant peur du sang, elle était devenue angoissée à sa vue et qu'un homme l'avait réconfortée. Elle ne se souvenait plus des autres gens de la chambre.

La prétendue transfusion sanguine a-t-elle été indiquée ?

42. À l'audience le 5 juin 2005, la réclamante fit témoigner Mme Greta Doucet, une infirmière au Nouveau-Brunswick depuis 1964. Mme Doucet ne travaillait pas à l'Hôpital régional de Saint Jean pendant le séjour de la réclamante mais elle a examiné toute la documentation de l'hôpital ayant trait à ce séjour, du 1^{er} au 9 septembre 1987. Dans son rapport du 6 mars 2006, Mme Doucet a identifié plusieurs endroits où, selon elle, « la tenue des dossiers n'est pas conforme aux normes ou laisse à désirer ». Elle a également observé que ces dossiers « auraient facilement pu être modifiés ». Pourtant, *à condition qu'on se fie à leur valeur apparente*, je constate que ces dossiers racontent une histoire bien ordinaire. Je la résumerai ainsi.

43. La réclamante a été admise à l'Hôpital régional de Saint Jean le 1^{er} septembre 1987 se plaignant des règles abondantes et des douleurs abdominales. La décision a été

prise d'exécuter une hystérectomie le 2 septembre 1987. Un médecin a cru bon de commander deux unités de sang avant cette chirurgie, notant : « possible blood loss at surgery ...time of anticipated usage : for surgery tomorrow ». Pour réduire la possibilité d'une réaction transfusionnelle défavorable, l'hôpital a, comme d'habitude, effectué une étude de compatibilité entre le sang de la réclamante et deux unités de sang du même groupe sanguin tirées de la banque de sang de l'hôpital. Une fois préparées, ces deux unités de sang furent étiquetées et numérotées. Cependant, la réclamante a perdu seulement 100 cc's de sang au cours de la chirurgie du 2 septembre 1987 et, selon son hémostase, c'est-à-dire, son niveau d'hémoglobine, elle n'avait pas besoin d'une transfusion sanguine. Par conséquent, les deux unités de sang préparées pour la réclamante furent remises à la banque de sang le 4 septembre 1987 et n'étaient plus « disponibles ». La réclamante éprouva une convalescence parfois douloureuse et incommodante mais les notes d'infirmières pour l'après-midi du 8 septembre 1987 ne mentionnèrent ni de transfusion sanguine ni des visiteurs. Ces notes se lurent comme suit: « 2 pm : a good day » ; « 4 pm : resting quietly all afternoon ». Selon la note de sortie du médecin traitant, la période poste-opératoire avait été « uneventful ». La réclamante quitta l'hôpital le 9 septembre.

44. Pour contrer ce portrait d'un progrès normal, sans revirement, et pour appuyer sa prétention qu'une transfusion sanguine aurait pu être indiquée, le rapport de Mme Doucet affirma :

En ce qui concerne l'état de [la réclamante], je note aux pages 179 et 180, aux items 50, 52, 55 et 63 que cette dernière était sur une diète liquide claire les 4 et 5 septembre 1987. À mon avis, ceci démontre que sa condition était fragile ou assez sérieuse, ceci après le deuxième et troisième jour après son opération. D'habitude elle recevrait une diète beaucoup plus complète. Il y a toujours possibilité que [la réclamante] ait perdu du sang et que les infirmières n'aient pas mentionné ce fait. Quoi qu'il en soit, il semblerait y avoir des motifs pour lui donner du sang tel qu'allégué par [la réclamante].

45. Cependant, au cours de son contre-interrogatoire par Me Faille, Mme Doucet a très mal défendu cette prétention. D'abord, elle a avoué qu'on n'alimente pas un patient par l'entremise des transfusions sanguines alors qu'on peut le faire, tout juste comme on

l'a fait pour la réclamante, par l'entremise de « Ringer's lactate », un liquide clair donné aussi par voie de l'intraveineuse. Elle ne contesta pas les documents indiquant que l'intraveineuse fut enlevée le 5 septembre 1987, la journée où la réclamante a commencé à manger de la nourriture molle. Pour ce qui est d'une transfusion sanguine pour traiter une perte de sang, Mme Doucet a avoué qu'il aurait été normal de vérifier le niveau d'hémoglobine de la réclamante et avant et après la transfusion. Il s'ensuit que si la réclamante a reçu une transfusion sanguine pour cette raison, les infirmières responsables auraient négligé de noter trois choses : sa perte de sang, sa transfusion sanguine et ses niveaux d'hémoglobine. De toute façon, je constate que selon le témoignage de la réclamante et de F. C., la prétendue transfusion a eu lieu le 8 septembre 1987, trois ou quatre jours après les dates des « items » cernés par Mme Doucet. De plus, le Dr. Norman a aussi témoigné que si la réclamante est sortie de l'hôpital moins de 24 heures après cette prétendue transfusion, c'est parce qu'elle avait eu « an uneventful recovery », sans besoin d'une transfusion sanguine.

Existent-ils d'autres éléments de preuve qui éliminent toute probabilité que la prétendue transfusion sanguine a eu lieu ?

46. Quand on expose des éléments de preuve prétendument capables d'éliminer toute probabilité que la réclamante a reçu une transfusion sanguine au 8 septembre 1987 à l'Hôpital régional de Saint Jean, on doit commencer par préciser que, soustrayant le témoignage du M. Fortier mentionné ci-dessous, tous ces éléments de preuve proviennent des dossiers de cet hôpital ou des membres de son personnel qui ont témoigné à l'audience. Il est vrai que j'ai reçu en preuve plusieurs lettres de la Société canadienne du sang par rapport aux résultats des procédures d'enquête, telles que prévues par l'article 3.04. Il n'en demeure pas moins que dans la mesure où ces lettres nièrent le fait que la réclamante avait reçu une transfusion sanguine le 8 septembre 1987 à l'Hôpital régional de Saint Jean, elles ont tout simplement véhiculé les renseignements fournis par ce dernier. Par exemple, dans une lettre en la date du 29 septembre 2002, la Société a indiqué que lors du séjour de la réclamante en septembre 1987, l'Hôpital régional de Saint Jean n'avait fait aucune étude de compatibilité entre le sang de la réclamante et des

unités de sang tirées de sa banque de sang. Ces renseignements étaient, on le sait, inexacts et, par la suite, ont été corrigés par l'hôpital lui-même. Je ne fais aucun commentaire sur eux sauf celui déjà fait au début ce paragraphe.

47. Ce commentaire s'applique donc au premier élément de preuve important, celui trouvé dans une autre lettre de la Société, en la date du 8 août 2003, qui affirma que les deux unités de sang préparées pour la réclamante finirent par être transfusées à d'autres personnes. Étant donné qu'il n'y aucune preuve que l'hôpital a effectué d'autres études de compatibilités utilisant le sang de la réclamante, on pourrait avancer l'argument selon lequel la preuve élimine toute probabilité que la réclamante a reçu une transfusion de l'une ou l'autre des deux unités spécifiquement préparées pour elle ou d'une autre unité de sang ayant fait l'objet d'une étude de compatibilité avec son sang. Toutefois, il n'existe aucune preuve établissant que la réclamante aurait forcément eu une réaction défavorable ou visible si elle avait reçu une unité de sang n'ayant pas fait l'objet d'une étude de compatibilité avec son sang.

48. En revanche, selon le deuxième élément de preuve, celui-ci non contesté, on peut s'attendre à une réaction très défavorable et visible, même peut-être fatale, si un patient reçoit une transfusion d'une unité de sang qui n'appartient pas au même groupe sanguin que le sang de ce patient. Il était aussi convenu que la réclamante n'avait pas eu de telle réaction après sa prétendue transfusion. Étant donné que le sang de la réclamante était O(+), on pourrait donc avancer l'argument que la preuve élimine toute probabilité que la réclamante a reçu une transfusion d'une unité de sang d'un groupe autre qu'O(+) ou O(-), ce dernier étant « universel ».

49. Le troisième élément de preuve a été apporté principalement par Mme Diane MacLeod, la superviseure de la banque de sang à l'Hôpital régional de Saint Jean depuis janvier 1987 soit : à la période de la prétendue transfusion. Elle a témoigné deux fois : aux audiences du 24 janvier 2006 et du 6 juin 2006. Elle a décrit les procédés pour sortir des unités de sang de cette banque comme si ceux-ci n'avaient pas changé de façon significative depuis 1987 et, en effet, il n'y avait aucune indication qu'ils avaient changé

depuis ce temps. Selon son témoignage, aucune unité de sang n'aurait pu sortir de cette banque sans avoir été commandée par un médecin, numérotée et étiquetée. Mme MacLeod a présenté une copie d'une étiquette vierge (normalement jaune) en preuve et on pouvait lire les lignes laissées vides pour indiquer les renseignements suivants : le nom du patient, son numéro hospitalier, le nom de l'hôpital, la salle (« ward »), le nom du médecin traitant, le numéro de l'unité de sang, les initiales de la personne qui a fait l'étude de compatibilité, la date et le groupe sanguin du patient et de l'unité de sang. Une fois l'étiquette collée au sac de sang, un technicien de la banque de sang aurait complété un document intitulé « Record of Donor Units Issued » pour confirmer que l'unité en question, identifiée sur ce document par son numéro, avait été donnée à un porteur à une certaine date et heure pour livraison à sa destination. Pour livrer le sac de sang, le porteur aurait eu en main un autre formulaire qui voyageait avec le sac de sang. (Le nom de ce formulaire est donné ci-dessous.) Mme MacLeod témoigna que si une unité de sang n'avait pas été transfusée, elle aurait été remise à la banque et ce fait aurait été noté dans les dossiers de la banque. À cet égard, Mme MacLeod a attiré mon attention à la feuille dans les dossiers de la réclamante qui confirma que les deux unités de sang préparées pour elle furent remises à la banque de sang le 4 septembre 1987. Étant donné qu'il n'existe aucune preuve documentaire qu'une unité de sang a été commandée par un médecin, numérotée ou étiquetée pour transfusion à la réclamante après le 4 septembre 1987, on peut faire l'argument que le témoignage de Mme MacLeod élimine toute probabilité qu'une unité de sang a été commandée par un médecin, numérotée ou étiquetée pour transfusion à la réclamante le 8 septembre 1987.

50. Le quatrième élément de preuve s'est rapporté aux procédés à l'Hôpital régional de Saint Jean pour donner du sang, déjà sorti de la banque de sang, à un patient. Le témoignage sur cet élément a été présenté le 7 juin 2006 principalement par Mme Kim Roberts, une infirmière qui travaillait aussi à l'Hôpital régional de Saint Jean pendant la période de la prétendue transfusion mais dans l'unité de chirurgie et soins intensifs, pas dans l'unité de gynécologie où la réclamante se trouvait le 8 septembre 1987. Avec l'exception notée, il n'y avait, encore une fois, aucune indication que les procédés décrits par Mme Roberts avaient changé depuis 1987. Selon son témoignage, un sac de sang

destiné à un patient hors de la salle d'opération aurait été porté par un porteur à l'unité de l'hôpital où se trouvait le patient. Le porteur aurait eu en main un formulaire intitulé « dispense form » sur lequel auraient été indiqués le numéro de l'unité de sang, le nom du patient et le groupe sanguin. Le porteur aurait cherché le commis de cette unité de l'hôpital qui aurait, à son tour, cherché soit l'infirmière responsable de cette unité de l'hôpital soit l'infirmière responsable du patient en question. L'acte de recevoir le sang du porteur aurait confirmé par les signatures de deux infirmières sur le formulaire « dispense form ». Ces signatures auraient signifié que les infirmières en question avaient vérifié que les données indiquées sur l'étiquette du sac de sang correspondaient aux données indiquées sur le formulaire « dispense form ». Pourtant, en 1987, la politique de l'hôpital ne exigeait pas qu'une fois signé, le formulaire « dispense form » ait dû être gardé ou classé dans les dossiers du patient. Ce formulaire aurait donc été jeté au rebut. Ensuite, une seule infirmière aurait pu vérifier que les données indiquées sur l'étiquette du sac de sang correspondaient aussi aux données indiquées sur le bracelet hospitalier du patient et cette infirmière aurait pu faire les démarches pour effectuer la transfusion de sang. Si le patient n'avait pas été déjà branché, il aurait fallu le brancher à une intraveineuse. Parce que la transfusion de sang aurait dû être accompagnée d'une transfusion de chlorure de sodium, cette dernière aurait pu être commencée préalablement, avant la transfusion du sang, ou effectuée conjointement - « piggy back » - avec la transfusion de sang. L'infirmière qui avait exécuté la transfusion de sang l'aurait indiquée dans le dossier du patient mais pas nécessairement dans l'immédiat. Ce dossier se serait trouvé dans la même unité et sur le même plancher que le patient. Étant donné que le dossier de la réclamante n'indique pas qu'elle a reçu une transfusion sanguine, on peut faire l'argument selon lequel le témoignage de Mme Roberts élimine toute probabilité que la réclamante a eu une transfusion sanguine pendant son séjour à l'Hôpital régional de Saint Jean le 8 septembre 1987.

51. Bien que le témoignage sur le troisième et le quatrième élément de preuve ait été apporté *principalement* par Mme MacLeod et Mme Roberts, le témoignage de l'une était entièrement compatible avec celui de l'autre. De plus, malgré le fait que le Dr. Norman et de M. Antonin Fortier, un assistant de médecin employé par l'Administrateur en tant

qu'évaluateur des demandes, n'oeuvraient pas au sein de l'Hôpital régional de Saint Jean en 1987, leur témoignage était aussi compatible avec celui Mme MacLeod et Mme Roberts. Vu leur importance pour mon analyse du prochain élément de preuve, élaboré ci-dessous, je souligne ici trois autres observations faites par ces témoins. Premièrement, le Dr. Norman a corroboré le témoignage de Mme MacLeod lorsqu'elle affirma que si une unité de sang est sortie de la banque de sang sans être par la suite transfusée, cette unité de sang aurait été remise à la banque de sang et ce fait aurait été noté dans les dossiers de cette banque. Deuxièmement, selon le Dr. Norman, une unité de sang ayant fait l'objet d'une étude de compatibilité serait restée bonne à transfuser au patient pour lequel elle a été préparée pendant les 48 heures suivantes ou peut-être pour une période plus longue sur demande. Cette observation était concordante avec le témoignage de Mme MacLeod. Elle confirma qu'une unité de sang qui était sortie de la banque de sang sans être transfusée par la suite, aurait été remise à la banque de sang pour une période d'attente ne dépassant pas 48 heures mais, ajouta-t-elle, une telle remise aurait été aussi confirmée dans les dossiers de la banque. Pour sa part, M. Fortier a également affirmé que selon les procédés normaux, si une unité de sang sort de la banque de sang d'un hôpital sans être par la suite transfusée, cette unité devrait être remise à la banque de sang et ce fait devrait être noté dans les dossiers de cette banque. Troisièmement, selon le témoignage de Mme MacLeod, presque la moitié de la population, soit 45%, a du sang du groupe O(+) ou O(-).

52. Le cinquième élément de preuve était une vérification des unités de sang émises le 8 septembre 1987 par la banque de sang de l'Hôpital régional de Saint Jean. Selon les rapports du 14 janvier 2005 et du 7 février 2006 de Mme Kathy Perrin, « RN, MHS, Consultant Quality & Risk Management » de la Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique, 27 unités de sang ou de plasma ont été émises cette journée-là pour six patients. Mme Perrin affirma qu'avec une seule exception, les notes d'infirmières, dont les copies furent attachées à son deuxième rapport, confirmèrent que chacune de ces 27 unités de sang ou de plasma fut transfusée au bon patient. Dans son rapport du 14 janvier 2005, Mme Perrin expliqua pourquoi les notes d'infirmières n'existaient plus pour un des

six patients mais comment elle put tout de même affirmer que ce sixième patient, et non la réclamante, a reçu les unités de sang en question.

On this date 27 units were issued from transfusion medicine for 6 different patients within the hospital. With this knowledge the patient's health record [that is, the health record for each of the six patients] was reviewed to confirm transfusion through review of nursing progress notes. This was verified in all but one of the patient's records as the nursing notes had been discarded. This "thinning process" of the chart has now been halted. If this patient had not received the units of blood tested and issued to him there would be a record of these two units being "non-issued" and units being cross-matched for another patient. This was verified by a review of the ledger as well as the disposition sheet. It is important to note that the two units I have referred to are grouped as A(-) blood type. [The claimant's] blood type is O(+). If [the claimant] had received these units she would have had a transfusion reaction. The permanent transfusion record was reviewed and there were no reactions in the entire building from August 30, 1987 to September 10, 1987.

53. On pourrait évidemment faire l'argument que les rapports de Mme Perrin éliminent toute probabilité que la réclamante a reçu, par erreur, une transfusion sanguine destinée à un autre patient. Pourtant, ces rapports ne se sont pas tenu compte des trois observations soulignées à la fin du paragraphe 51. Si une unité de sang aurait pu rester bonne à transfuser pour au moins les 48 heures suivantes sa préparation et sa sortie de la banque de sang, il aurait mieux valu vérifier le chemin pris par chaque unité de sang O(+) ou O(-) émise par la banque de sang dans les 48 heures ou même plus avant la prétendue transfusion à la réclamante. Effectivement, me fiant à la documentation attachée au deuxième rapport de Mme Perrin, je constate que quatre unités du sang du groupe sanguin O(+) ont été émises le 7 septembre 1987 entre 16:45 et 17:56 pour un patient mâle situé dans l'unité de chirurgie et soins intensifs. Toutefois, cette documentation ne confirma pas que ces unités avaient été transfusées à ce patient ou remises à la banque de sang. La documentation ne confirma pas non plus si d'autres unités de sang O(+) ou O(-) ont été émises par la banque de sang le 6 ou le 7 septembre 1987 ou si ces unités ont été transfusées aux bon patients ou remises à la banque de sang et cela malgré le fait que, selon la troisième observation notée ci-dessus, les chances furent presque 50 % que des unités de sang émises le 6 ou le 7 septembre aient été des groupes sanguins O(+) ou O(-).

54. Le sixième, et dernier, élément de preuve visait aussi à éliminer toute probabilité que la réclamante avait reçu, par erreur, une transfusion sanguine destinée à un autre patient. Il s'agissait du témoignage du Dr. Norman, de Mme MacLeod et de Mme Roberts qui ont tous affirmé qu'une telle erreur aurait été remarquée par les médecins ou les infirmières responsables du soin du patient pour qui la transfusion a été destinée. Ils ont également insisté sur le fait que le système informatique en place à l'hôpital depuis 1982 pour inscrire des ordonnances, y compris des ordonnances de donner des transfusion sanguines, n'aurait pas permis à qui que ce soit de modifier les données déjà rentrées afin d'effacer toute trace d'une erreur. Toutefois, je constate que des notes d'infirmières ne faisaient pas partie de ce système informatique. Je constate de plus que selon le témoignage de Mme MacLeod, les infirmières ne se préoccupaient pas encore, en 1987, de la possibilité d'infection des virus par le biais des transfusions sanguines.

Analyse et conclusion

55. À mon avis, la preuve ne laisse aucun doute sur une chose : si la réclamante a reçu une transfusion sanguine le 8 septembre 1987 pendant son séjour à l'Hôpital régional de Saint Jean, elle l'a reçue par erreur. Je rejette sans équivoque la prétention de Mme Doucet selon laquelle une telle transfusion aurait pu être indiquée sur le plan médical. Ni le dossier hospitalier, dans son ensemble, ni le témoignage de la réclamante elle-même appuie cette prétention. Me fiant aussi aux opinions de son médecin traitant et du Dr. Norman, je constate que si la réclamante est sortie de l'hôpital moins de 24 heures après cette prétendue transfusion, c'est parce qu'elle a eu une convalescence tout à fait normale sans le moindre besoin d'une transfusion sanguine.

56. Pourtant, si la réclamante a reçu cette prétendue transfusion par erreur, cette erreur, étant justement une erreur, aurait pu également expliquer pourquoi on n'en trouve aucune mention dans les dossiers de l'hôpital. Il n'y a aucune preuve établissant qu'une telle erreur aurait dû être immanquablement avouée dans les dossiers de la réclamante. Ça se peut que l'infirmière qui a fait cette erreur s'en soit rendu compte avant d'écrire ses

notes et, n'y voyant aucun danger pour la réclamante parce qu'elle ne se préoccupait pas encore, en 1987, de la possibilité d'infection des virus par le biais des transfusions sanguines, a décidé de la passer sous silence. Ça se peut que cette infirmière ait donné à la réclamante une unité de sang O(+) ou O(-) émise par la banque de sang le 6 ou le 7 septembre 1987 pour un autre patient. Je reconnais que la preuve n'explique nullement comment une infirmière aurait pu faire une telle erreur mais la preuve ne confirme pas non plus que les unités de sang O(+) ou O(-) émises par la banque de sang le 6 ou le 7 septembre 1987 ont été transfusées aux bons patients ou remises à la banque de sang. Ça se peut que même si l'unité de sang donnée à la réclamante n'a pas fait l'objet d'une étude de compatibilité avec le sang de la réclamante, la transfusion de ce sang à la réclamante n'ait pas suscité de réaction transfusionnelle car une telle réaction n'était pas certaine ou pas visible. Ça se peut que les médecins et des infirmières responsables du soin du patient pour qui cette unité de sang O(+) fut destinée se soient rendu compte de l'erreur mais l'ont notée seulement dans les dossiers de *leur patient*. Ça se peut qu'ils aient été en mesure de corriger cette erreur par l'entremise d'une transfusion d'une unité de sang O(+) ou O(-) préparée et émise pour leur patient le 6 ou le 7 septembre 1987 mais pas encore transfusée à ce patient ou remise à la banque de sang avant l'après-midi du 8 septembre. Ou bien, ça se peut qu'ils ne se soient jamais rendu compte du fait que leur patient n'a pas reçu une unité destinée à lui, surtout si ce patient en avait reçu beaucoup d'autres. Reprenons l'exemple des quatre unités de sang O(+) émises le 7 septembre pour le patient situé dans l'unité de chirurgie et soins intensifs. Je constate que le nombre total d'unités de sang ou de plasma émises pour ce patient entre l'après-midi du 7 septembre 1987 et le petit matin du 9 septembre 1987 était 28 et qu'il a reçu 12 unités de sang O(+) et 8 unités de plasma, 20 unités au total, entre 3:40 heures du 8 septembre et 12:20 heures du 9 septembre.

57. De toute évidence, la réclamante ne pouvait pas fonder sa demande seulement sur cette série de possibilités. Mais, en effet, la réclamante ne savait rien de toutes ces possibilités quand elle a déposé sa demande. Elle fonda sa demande sur son propre témoignage et celui de ses quatre témoins. À mon avis, il ne lui incombait pas d'expliquer pourquoi les dossiers de l'hôpital ne faisaient aucune mention d'une

transfusion sanguine. Son fardeau en vertu de l'article 3.01(2) était de présenter une preuve corroborante et indépendante établissant selon la prépondérance des probabilités qu'elle avait reçu une transfusion sanguine et cela malgré le fait que les dossiers de l'hôpital n'en faisaient aucune mention.

58. À mon avis, le témoignage de F. C. a permis à la réclamante de se décharger de son fardeau. F. C. était tellement crédible qu'il a transformé la série de possibilités évoquée ci-dessus en probabilité que la réclamante avait bel et bien reçu une transfusion à l'Hôpital régional de Saint Jean le 8 septembre 1987. J'ai trouvé le témoignage de F. C. impossible à rejeter pour plusieurs raisons : sa relation à la réclamante n'est pas proche, ses souvenirs étaient appuyés par des documents contemporains, son travail comme coroner au shérif lui a appris ce qu'est une transfusion sanguine, son travail comme shérif lui a appris ce qu'est témoigner sous serment et finalement, son témoignage sur la question de fait centrale était très clair et très ferme. Parce que son témoignage était indépendant, il s'est ajouté à celui de la réclamante et des membres de la famille, donnant ainsi du poids à ce dernier. Le témoignage de W. K., quoique moins solide dans ses détails accessoires que celui de F. C., mérite aussi d'être accepté sur la question de fait centrale. Il constitue donc une deuxième preuve corroborante et indépendante.

59. En résultat, je conclus que la réclamante s'est acquittée de son fardeau de la preuve en vertu de l'article 3.01(2), que la décision de l'Administrateur doit être infirmée et que la réclamante est une « personne directement infectée » en vertu du Régime.



David Garth Leitch, juge-arbitre.



Date