

DÉCISION

A. Introduction

[1] Le réclamant, un résident du Manitoba qui était alors âgé de 32 ans, a présenté une demande d'indemnisation le 15 janvier 2004¹ à titre de personne directement infectée, dans le cadre du Régime à l'intention des transfusés infectés par le VHC (« le Régime ») qui est joint comme Annexe B à la Convention de règlement relative à l'hépatite C (1986-1990) (« la Convention de règlement »).

[2] Conformément aux modalités de la Convention de règlement et du Régime, « la période visée par les recours collectifs » (du 1^{er} janvier 1986 au 1^{er} juillet 1990 inclusivement) est la seule période au cours de laquelle une indemnisation peut être disponible. En outre, alors qu'il y a plusieurs sources possibles d'infection par le virus de l'hépatite C (« VHC »), le Régime prévoit une indemnisation seulement pour les personnes ayant reçu, au cours de la période visée par les recours collectifs, des transfusions de produits de sang définis, généralement, mais sauf une exception, lorsque les donateurs ont subi un test et qu'ils se sont avérés infectés par le VHC.

[3] Les parties ne contestent pas le fait que le réclamant a été diagnostiqué comme étant infecté par le VHC, au niveau 2. Elles ne contestent également pas le fait que le réclamant a reçu une transfusion de sang au Canada au cours de la période visée par les recours collectifs. Les donateurs des 8 unités de sang qui ont été inscrits comme ayant été transfusés se sont tous avérés anti-VHC négatifs, suite à un retraçage. Dans le présent cas, « le point bizarre » est une indication dans les dossiers à l'effet que le réclamant pourrait avoir reçu 2 unités supplémentaires de sang qui n'ont pas été inscrites au dossier et qui n'ont donc pu faire l'objet d'un retraçage. Conséquemment, bien qu'aucun retraçage positif n'ait pu être prouvé, l'Administrateur a en même temps établi que le retraçage était « non concluant ». Cependant, la demande a été rejetée, non pas en raison de l'absence d'une preuve de transfusion anti-VHC positive, mais plutôt en raison de l'admission par le réclamant qu'il faisait usage de drogues injectables sans ordonnance. Selon l'Administrateur, cet usage de drogues injectables est survenue après la transfusion de sang du réclamant, mais avant son diagnostic d'infection par le VHC. Suite à des communications et enquêtes prolongées, il a été possible de constituer un volumineux dossier médical qui a été examiné par un expert consultant retenu par l'Administrateur. De l'avis de l'expert médical, il est beaucoup plus probable, selon la prépondérance des probabilités, que le réclamant ait été infecté par le VHC par suite de son usage de drogues injectables durant les années 90. Par lettre en date du 11 août 2005², le Centre a rejeté la réclamation pour les motifs suivants :

¹ Dossier du réclamant au Centre des réclamations, extrait 1, p. 28-32

² p. 3-5

Motifs de la décision

La Convention de règlement requiert que l'Administrateur détermine l'admissibilité d'une personne comme membre des recours collectifs. Le Protocole approuvé par les tribunaux (« le PAT ») qui porte sur l'usage de drogues intraveineuses sans ordonnance stipule que l'Administrateur doit apprécier l'ensemble de la preuve obtenue lors d'enquêtes supplémentaires requises au terme des dispositions du PAT et déterminer si, selon la prépondérance des probabilités, la personne infectée par le VHC répond aux critères d'admissibilité.

L'Administrateur a soigneusement examiné tout le matériel que vous lui avez fourni à l'appui de votre réclamation. Un comité a examiné votre réclamation et a conclu ce qui suit :

Le docteur Pinette, le médecin qui a rempli le formulaire Tran 2 du médecin traitant, a indiqué que vous aviez fait usage de drogues injectables sans ordonnance en 1991 et en 1992. Vous avez confirmé cette déclaration dans votre formulaire de déclaration Tran 3. Lorsque vous avez rempli l'autre formulaire d'enquête sur les facteurs de risque, vous avez indiqué que vous aviez fait usage des drogues injectables Talwin et Ritalin en 1996.

Le 4 mars 2004, l'Administrateur vous a informé par écrit que votre réclamation serait rejetée à moins que vous ne lui retourniez le formulaire d'autres preuves d'une première infection dans laquelle vous deviez indiquer si vous désiriez fournir d'autres preuves qui établiraient selon la prépondérance des probabilités que vous aviez été infecté pour la première fois par le VHC par suite d'une transfusion de sang reçue au Canada entre le 1^{er} janvier 1986 et le 1^{er} juillet 1990. Un dossier médical complet et une déclaration sous serment datés du 21 avril 2004 ont été présentés et examinés.

Conformément au PAT, l'Administrateur a examiné l'ensemble de la preuve présentée. En résumé, vos résultats de l'enquête de retraçage étaient non concluants, étant donné qu'aucun donneur ne s'était avéré anti-VHC positif et que selon l'avis de l'expert médical en matière de VHC, il était beaucoup plus probable que vous aviez été infecté par l'hépatite C par suite de votre usage de drogues injectables au milieu des années 90. Donc, il a été établi que, selon la prépondérance des probabilités, vous ne répondiez pas aux critères d'admissibilité. L'Administrateur n'a pu conclure que vous

aviez été infecté par le VHC pour la première fois par suite d'une transfusion de sang reçue au Canada au cours de la période visée par les recours collectifs et votre réclamation a été rejetée.

[4] Par voie d'un avis de renvoi en date du 30 août 2005,³ le réclamant a demandé qu'un arbitre soit saisi de la décision de l'Administrateur. L'arbitre a reçu le dossier à la mi-septembre 2005, après laquelle date il a tenté d'entrer en communication avec le réclamant qui ne possède pas de téléphone ou de courriel. Ultérieurement, avec l'aide de Mme Dupasquier, une infirmière autorisée travaillant à une clinique d'hépatite C communautaire que le réclamant fréquentait, il a été possible de tenir une téléconférence le 11 novembre 2005 avec le réclamant, Mme Dupasquier, le Conseiller juridique du Fonds et Carol Miller (la coordonnatrice des demandes de renvoi et d'arbitrage. Mme Dupasquier n'a pas de formation juridique et a souligné qu'elle n'était pas la représentante du réclamant. Cependant, elle a assez aimablement accepté de l'aider volontairement, à titre de personne de soutien durant tout le présent processus. Lors de la téléconférence, le réclamant nous a avisé qu'il souhaitait la tenue d'une audience, mais a demandé de fixer la date d'audience assez loin dans le temps pour lui permettre (ou à Mme Dupasquier) de tenter de trouver et de fournir des preuves médicales à l'appui de sa position et de pouvoir répondre au rapport de l'expert médical à qui le Centre avait remis l'examen de ce dossier, à savoir le docteur Gary Garber. Une date d'audience a été fixée pour le 13 février 2006 à Winnipeg. Les parties et Mme Dupasquier ont reçu un avis écrit portant sur les détails de l'audience par voie d'une lettre de l'arbitre datée du 15 novembre 2005.⁴ Le 3 janvier 2006, l'arbitre a reçu une lettre datée du 8 décembre 2005 du Dr Gilles Pinette,⁵ un médecin de la clinique d'hépatite C de Winnipeg, à l'appui de la position du réclamant. Par voie de lettre en date du 6 janvier 2006,⁶ l'arbitre a écrit au réclamant, à Mme Dupasquier et au Conseiller juridique du Fonds, joignant une copie de la lettre du Dr Pinette et invitant les parties à l'informer à savoir si l'une ou l'autre désirait faire témoigner le docteur Pinette lors de l'audience. Ni le réclamant, ni Mme Dupasquier n'ont répondu et ultérieurement, le Conseiller juridique du Fonds nous a informé qu'il n'était pas nécessaire que le docteur Pinette témoigne.

[5] Mme Miller, le Conseiller juridique du Fonds et l'arbitre se sont rendus à Winnipeg le 13 février 2006 et sont arrivés avant l'heure prévue pour l'audience. Alors que Mme Dupasquier s'est présentée, le réclamant ne s'est malheureusement pas présenté et n'a fourni aucun avis sur les motifs de son absence. Mme Dupasquier a téléphoné à la mère du réclamant qui l'a informée qu'il avait quitté la maison le même matin, de toute évidence pour se rendre à l'audience. Le groupe a alors attendu une heure entière sans recevoir de communication du réclamant. Alors, plutôt que de rejeter l'appel ou de le déclarer abandonné, il a été décidé d'aller de l'avant sur la foi des observations écrites

³ pp. 6-9

⁴ Extrait 2

⁵ Extrait 3

⁶ Extrait 4

fournies par les deux parties à ce jour et en y ajoutant les témoignages oraux présentés ce même jour. De plus, Mme Dupasquier s'est vue accorder 14 jours pour fournir toute preuve supplémentaire de la part du réclamant et le Conseiller juridique du Fonds a obtenu un délai de 14 jours à compter de cette date pour réagir à tout nouveau document reçu. Mme Dupasquier a également dit qu'elle voulait demander au réclamant s'il désirait que les questions soient décidées par un arbitre ou un juge arbitre.

[6] Le 23 février 2006, Mme Dupasquier a fourni d'autres documents écrits,⁷ indiquant qu'elle avait parlé au réclamant, qui l'avait informée qu'il désirait que la cause soit décidée par un juge arbitre au lieu d'un arbitre (j'ai accepté cette demande) et qu'il s'excusait de son absence lors de l'audience. Il lui a dit qu'il n'avait pas d'argent pour payer son transport au lieu de l'audience et qu'il s'était plutôt rendu à la clinique. Mme Dupasquier nous a informé qu'elle s'était renseignée auprès du programme d'échange de seringues de Winnipeg et que ce dernier avait commencé comme projet pilote en 1990 et avait été pris en charge par le Mount Carmel Clinic en 1992. Elle a également fourni de nouveaux documents de référence, y compris le MediFind.com, *Physician's Guide to What's on Line*, *La prise en charge de l'hépatite virale: lignes directrices recommandées à l'intention des médecins, 1999*, de l'Association canadienne pour l'étude du foie, et le *Hepatitis C Medical Information Update* de la Fondation canadienne du foie. Le Conseiller juridique du Fonds a réagi aux documents fournis par Mme Dupasquier. La question sera donc jugée en fonction des observations et des documents présentés par écrit.

B. Résumé des documents

[7] Le réclamant a été diagnostiqué comme ayant été infecté par le VHC en 2003. Il soutient qu'il a contracté le virus par suite de transfusions de sang reçues alors qu'il était hospitalisé entre le 18 et le 26 avril 1986. Le réclamant, alors âgé de 14 ans, avait reçu 8 unités de sang (globules concentrées) à l'Hôpital général de St-Boniface (« l'Hôpital »), à Winnipeg, au cours d'un traitement pour blessure par balle au genou. Cependant, c'est ici que les incertitudes commencent. Tel que noté dans les documents de l'Hôpital en date du 25 juillet 2003,⁸ «*Il semble que deux unités supplémentaires de globules concentrées pourraient avoir été transfusées le 18 avril 1986. Cependant, si ces deux unités supplémentaires de sang ont été en fait transfusées, les numéros d'unité n'ont pas été indiqués dans le dossier sur l'équilibre hydrique de 24 heures en date du 18 et du 19 avril (1986) (voir document joint)*». Le résumé des transfusions⁹ rédigé dans le cadre de la procédure d'enquête fait mention de 8 unités de sang (globules concentrées) que l'on confirme avoir transfusées au réclamant par numéro d'unité et dans chaque cas, on indique l'état du donneur comme étant « négatif ». Les numéros des deux autres unités, en postulant qu'il y ait en fait eu des transfusions, demeurent inconnus et les unités n'ont

⁷ Extrait 5

⁸ Extrait 1, p. 74

⁹ Extrait 1, p. 144

pas été retracées et n'ont donc pu être testées. Le résumé se termine avec la note suivante :

* Veuillez noter que selon l'...Hôpital ...il semble que deux unités supplémentaires de globules concentrées pourraient avoir été transfusées le 18 avril 1986. Cependant, si ces deux unités ont en fait été transfusées, les numéros d'unité n'ont pas été indiqués sur la fiche »

[8] Les dossiers d'hôpital indiquent deux demandes distinctes pour 6 et 2 unités de globules concentrées de sang respectivement.

[9] Le réclamant a reconnu qu'il avait fait usage de drogues injectables sans ordonnance dans les termes suivants :

(a) Dans son Tran 3,¹⁰ accompagnée d'une déclaration sous serment le 1^{er} janvier 2004, le réclamant a coché « faux » après «4. Je déclare que le VHC n'a en aucun temps fait usage de drogues injectables » (bien qu'il n'ait pas divulgué les détails quant au moment);

(b) Le Tran 2,¹¹ du 18 septembre 2003 (formulaire du médecin traitant) rempli par le Dr Pinette précise que le réclamant faisait usage de cocaïne par voie injectable (usage de drogues injectables (UDI)), de Talwin et de Ritalin (UDI), **1991-1992**;

(c) Dans le formulaire d'enquête sur les autres facteurs de risque (AFR)¹² du 29 janvier 2004, le réclamant a indiqué avoir fait usage de drogues injectables sans ordonnance en indiquant « Talwin et Ritalin » pendant 6 mois en **1996**, il a coché « plus de 30 fois » mais a indiqué qu'il ne partageait pas de seringues;

(d) Dans sa déclaration sous serment du 21 avril 2005,¹³ le réclamant a indiqué avoir fait usage de drogues injectables sans ordonnance à tous les deux jours durant une période de deux ans en **1998** et **1999**. En outre, il a déclaré avoir obtenu ses seringues du programme d'échange de seringues de Winnipeg, qu'il utilisait un attirail d'injection stérilisé une seule fois et qu'il n'avait jamais partagé de seringues avec d'autres usagers de drogues injectables sans ordonnance.

¹⁰ Extrait 1, p. 41

¹¹ Extrait 1, à la p. 37

¹² Extrait 1, p. 65, p. 66

¹³ Extrait 1, p. 269

[10] Dans le formulaire sur les AFR, le réclamant a également indiqué qu'il s'était fait tatouer 6 fois à la maison, alors qu'il avait 10 et 11 ans. Bien qu'il n'ait rien coché d'autre à la ligne du formulaire « Autres traumatismes ou chirurgies », dans les dossiers du Centre des sciences de la santé de Winnipeg qui ont été obtenus plus tard, on retrouve un rapport de la salle d'urgence de novembre 1995¹⁴ qui indique que le réclamant reniflait de la colle à l'époque, qu'il avait subi des traitements pour une blessure au visage causée par le côté contondant d'une hache. On lui avait recousu la plaie.

[11] On mentionne également que le réclamant était un hétérosexuel reconnu et qu'il avait des antécédents de maladies sexuellement transmissibles (MTS), y compris de gonorrhée et de chlamydia en 1990 alors qu'il avait 19 ans et alors qu'il avait révélé qu'il avait eu des antécédents de MTS remontant à environ deux ans plus tôt, de gonorrhée en 1991 alors qu'il avait 20 ans et de chlamydia en 1992 alors qu'il avait 21 ans. Cependant, lorsqu'il a suivi ses traitements au Centre des sciences de la santé pour un cas de tuberculose suspecte en avril 2003,¹⁵ le réclamant a, semble-t-il, nié avoir eu des antécédents de MTS.

[12] Dans les dossiers d'hôpital de 1986 portant sur la blessure par balle, on mentionne le fait que le réclamant « reniflait de la colle ou de l'essence au cours de la dernière année.»¹⁶

[13] Confronté aux dossiers et aux renseignements susmentionnés, l'Administrateur a adressé le 13 juin 2005¹⁷ une lettre au Dr Gary Garber de l'Hôpital général d'Ottawa, lui demandant d'examiner les dossiers médicaux pertinents afin de déterminer si, à son avis et selon la prépondérance des probabilités, il était plus probable que l'infection par le VHC et les antécédents de maladies du réclamant soient reliés à une infection contractée lors de ses transfusions de sang de 1986 plutôt qu'à une infection suivant son usage de drogues injectables sans ordonnance. Le docteur Garber est un expert médical expérimenté en traitement et en diagnostic d'hépatite C. Dans son rapport du 26 juillet 2005, il a précisé ce qui suit :¹⁸

«...il a une longue histoire de toxicomanie et lorsqu'il a été admis à l'hôpital pour la première fois en 1986, on a indiqué dans les dossiers qu'il sentait la colle et qu'il avait reniflé de la colle et de l'essence. Subséquemment, la fiche indique des problèmes courants de reniflage, mais indique également qu'il faisait usage de drogues injectables, y compris de cocaïne, de Talwin et de Ritalin. Le patient a déclaré avoir fait usage de drogues injectables plus de 30 fois durant une période de six mois en 1996, cependant il y a (sic) des

¹⁴ Extrait 1, p. 188

¹⁵ Extrait 1, p. 227

¹⁶ Extrait 1, p. 85

¹⁷ Extrait 1, pp. 270-273

¹⁸ Ex 1, pp. 275, 276

indications dans la fiche à l'effet qu'il avait peut-être ... fait usage de drogues en 1991 et en 1992. Mais ce qui est plus important, c'est qu'en 2003, ses tests sur la fonction hépatique indiquaient un fonctionnement normal au moment où il a été diagnostiqué comment étant atteint de tuberculose et traité en conséquence. Durant cette période, un de ses tests sur la fonction hépatique indiquait un niveau élevé et l'antigène de surface s'est avéré anti-VHB négatif tout comme les anticorps. Il s'est avéré anti-VHC positif suite au test de détection des anticorps ainsi qu'au test ACP. Je n'ai pas de renseignements sur le génotype ou le niveau du virus.

En raison de son résultat positif à l'antigène et à l'anticorps du VHC, il serait indemnisable au niveau 2. Une des questions essentielles est de savoir quelle est la probabilité quant à l'origine de son infection. D'après les unités de sang reçues confirmées, celles-ci sont toutes négatives. On soupçonne qu'il y aurait eu deux autres unités de sang transfusées et qui n'ont pas été vérifiées. D'autre part, en dépit d'une toxicomanie persistante, ses tests sur la fonction hépatique étaient normaux en 2003. Il serait assez peu probable qu'une personne ait été infectée par l'hépatite pendant près de 20 ans. Donc, selon la prépondérance des probabilités, ***il est beaucoup plus probable qu'il ait été infecté par le virus de l'hépatite C par suite de son usage de drogues injectables durant les années 90, très probablement au milieu des années 90, ce qui serait une explication plus plausible quant aux tests de la fonction hépatique complètement normaux en 2003, ce qui serait seulement environ 8 ans après l'exposition.***

[c'est nous qui soulignons]

[14] Ayant reçu le rapport du docteur Garber, le comité chargé d'étudier les cas d'usage de drogues injectables au Centre des réclamations s'est réuni le 3 août 2005 pour examiner l'ensemble de la réclamation et tenir compte des facteurs tant positifs que négatifs de la position du réclamant à l'effet qu'il avait d'abord été infecté par suite d'une transfusion. En appréciant tous ces facteurs, le comité a conclu que l'examen de la preuve fournie à l'Administrateur n'établissait pas, selon la prépondérance des probabilités, que le réclamant avait été infecté 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. Le comité a voté en faveur du rejet de la réclamation.¹⁹ Le rapport complet du comité chargé d'étudier les cas d'usage de drogues injectables est joint à la présente.

[15] La lettre du 8 décembre 2005²⁰ du Dr Pinette à l'appui du réclamant se lit comme suit :

¹⁹ Extrait 1, pp 277-280.

²⁰ Extrait 6

On m'a demandé de vous fournir des renseignements généraux sur l'hépatite C. Je suis directeur de la clinique d'hépatite C communautaire de Winnipeg, au Manitoba et nous suivons les personnes atteintes d'hépatite C depuis six ans. J'ai fait beaucoup de recherche sur l'hépatite C et j'ai enseigné la gestion des soins primaires en hépatite C à des médecins à travers le Canada.

On semble soulever des questions entre le moment chronologique de l'infection par l'hépatite C et celui de la manifestation de symptômes. En fait, la majorité des personnes ne présentent pas de symptômes d'infection d'hépatite C aiguë ou d'hépatite C chronique. Celles qui présentent des symptômes d'hépatite C aiguë ont tendance à avoir des malaises, des faiblesses et à souffrir d'anorexie; cependant, cela n'affecte qu'environ 25 à 35 % des personnes. En outre, celles qui présentent des symptômes seront également celles qui pourront plus probablement se débarrasser du virus. Malheureusement, entre 75 et 85 % des personnes qui contractent l'hépatite C développent une infection d'hépatite C chronique. Chez le faible pourcentage de celles qui présentent des symptômes d'infection d'hépatite C chronique, la fatigue et le prurit sont les plus communs. Les anomalies détectées en laboratoire comprennent parfois des taux élevés de sérum glutamopyruvique transaminase (SGPT) et de sérum glutamo-oxalacétique transaminase (SGOT) lors d'une infection chronique, mais souvent, les taux sont normaux. Il ne semble pas y avoir de corrélation entre les taux élevés de SGPT et la symptomatologie de la maladie. Si on avait effectué le test d'ARN (acide ribonucléique) pour détecter l'hépatite C, le résultat aurait été positif à compter d'environ deux à quatre semaines après l'infection initiale. Malheureusement, le test d'ARN (acide ribonucléique) pour détecter l'hépatite C n'a pas été largement utilisé pour diagnostiquer ou confirmer une infection d'hépatite C chronique avant la fin des années 90.

J'espère que ceci vous aidera à clarifier certaines questions touchant la gestion complexe de l'hépatite C...

C. ANALYSE

[16] Il faut convenir qu'il existe une certaine confusion dans les dossiers médicaux quant à savoir si le réclamant a en effet reçu deux unités de sang supplémentaires qui n'ont pas été consignées au dossier et qui, par conséquent, n'ont pu être retracées. On peut comprendre que le réclamant soit avec raison perturbé et préoccupé par ce fait.

[17] Cependant, dans le cas présent, même si le réclamant avait une preuve claire à l'effet qu'il avait reçu des unités supplémentaires de sang et même si on avait pu retracer les donateurs de ces unités et que l'un des donateurs ou les deux s'étaient avérés anti-VHC positifs, les antécédents d'usage par le réclamant de drogues injectables sans ordonnance changent toute la façon de traiter sa réclamation et obligent l'Administrateur à suivre une certaine procédure. En d'autres mots, une transfusion prouvée ainsi qu'un retraçage positif dans ces circonstances ne seraient qu'un facteur à apprécier en faveur du réclamant contre l'ensemble de la preuve, en conservant à l'esprit qu'étant donné les circonstances, le fardeau de la preuve incombe au réclamant à cet égard.

[18] Le Conseiller juridique du Fonds s'appuie sur l'article 3.01 (1) (a) du Régime :

ARTICLE TROIS
PREUVE EXIGÉE AUX FINS D'INDEMNISATION

3.01 Réclamation par une personne directement infectée

(1) Quiconque prétend être une personne directement infectée doit remettre à l'administrateur 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

(b) un rapport de test de détection des anticorps du VHC, un rapport de test ACP ou un rapport de test semblable à l'égard du réclamant;

(c) **une déclaration solennelle du réclamant, y compris une déclaration (i) à l'effet qu'il n'a jamais utilisé de drogues intraveineuses sans ordonnance, (ii) qu' au mieux de sa connaissance directe ou suivant les renseignements qu'il tient pour véridiques, il ... n'était pas infecté par le virus de l'hépatite non A non B ou le VHC avant le 1^{er} janvier 1986, (iii) l'endroit où le réclamant a reçu pour la première fois une transfusion de sang au Canada au cours de la période visée par les recours collectifs, et (iv) le lieu de résidence du réclamant, tant au moment où il ... a reçu pour la première fois une transfusion de sang au Canada au cours de la période visée par les recours collectifs qu'au moment de la remise de la demande aux termes des présentes.**
.... [c'est nous qui soulignons]

[19] À la lumière de l'admission par le réclamant d'avoir fait usage de drogues injectables sans ordonnance, la présente cause porte essentiellement sur la question de savoir si le réclamant s'est acquitté du fardeau imposé par la disposition « nonobstant » de l'article 3.01 (3) du Régime qui prévoit ce qui suit :

3.01(3) *Malgré les dispositions du paragraphe 3.01(1)c), si le réclamant ne peut se conformer aux dispositions du paragraphe 3.01(1)c) parce qu'il a utilisé des drogues intraveineuses sans ordonnance, il doit alors remettre à l'administrateur une autre preuve établissant selon la prépondérance des probabilités qu'il a été infecté pour la première fois par le VHC par suite d'une transfusion de sang reçue au Canada au cours de la période visée par les recours collectifs.* [c'est nous qui soulignons]

[20] L'Administrateur se devait d'appliquer la disposition de l'article 3.01 précité du Régime. L'ayant d'abord appliquée correctement, il incombait au réclamant de satisfaire à la disposition « nonobstant » de l'article 3.01(3) précité du Régime.

[21] Le PAT qui traite de l'usage de drogues intraveineuses sans ordonnance établit le mécanisme d'application pratique de l'article 3.01(3) du Régime. Ce PAT est conforme au Régime, bien qu'en toute équité envers le réclamant, celui-ci n'existait pas au moment où il a présenté sa demande et semble uniquement avoir été approuvé par les tribunaux en février ou mars 2005. Les parties surtout pertinentes à la présente cause sont les suivantes :

Application du PAT

1. Le présent protocole 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 balance 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 (lorsque ce PAT s'applique) 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 PAT.

RETRAÇAGE

...

5. Si le Protocole concernant les critères relatifs à la procédure d'enquête ne s'applique pas, l'Administrateur devra procéder aux enquêtes complémentaires prévues à l'article 8 ci-dessous....

7. L'Administrateur ne peut accepter une réclamation sur la base des résultats obtenus suite à la procédure d'enquête sans procéder aux enquêtes complémentaires prévues à l'article 8 ci-dessous ...

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 ...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 balance 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.

Exemples d'enquêtes complémentaires

11. Lors d'enquêtes complémentaires, l'Administrateur peut notamment requérir les éléments de preuve suivants :

- a. un examen médical de la personne qui prétend être une personne infectée par le VHC par un médecin choisi par l'Administrateur, dans le but d'obtenir une opinion sur toute question médicale que l'Administrateur estime utiles pour prendre sa décision;
- b. ... les dossiers médicaux et cliniques
- c. l'historique des dons, les renseignements sur les maladies transmises ...
- d. un affidavit de la personne qui prétend être une personne infectée par le VHC (si elle n'est pas décédée) et d'une personne qui a connu la personne qui prétend être une personne infectée par le VHC au moment où elle a fait usage de drogue intraveineuse sans ordonnance, décrivant :
 - i. si les accessoires utilisés pour l'injection de drogue étaient stérilisés;
 - ii. si la personne qui prétend être une personne infectée par le VHC a partagé des seringues
 - iii. la meilleure estimation du nombre de fois et de la période au cours de laquelle la personne qui prétend être une personne infectée par le VHC a fait usage de drogues intraveineuses sans ordonnance;
- e. un consentement à une vérification du casier judiciaire...;
- f. un affidavit de ou un entretien avec toute 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.

Résultats des enquêtes

12. [Ici, le PAT décrit une liste des critères à considérer et qui se retrouve dans le formulaire du comité chargé d'étudier les cas d'usage de drogues injectables]

[22] Dans le présent cas, l'Administrateur s'est conformé aux modalités du PAT. Le comité chargé d'étudier les cas d'usage de drogues injectables semble avoir soigneusement suivi les dispositions du PAT. Il n'a pas simplement fait un calcul mathématique, mais il a plutôt soigneusement tenu compte de l'ensemble des preuves disponibles. Il semble évident que le comité était préoccupé par les incompatibilités entre les divers rapports du réclamant en ce qui a trait aux dates et à l'étendue de son usage de drogues injectables. En outre, le comité semble s'être largement inspiré du rapport du Dr Garber, ce qu'il était en droit de faire en vertu des modalités du Régime et du PAT.

[23] Même si on avait pu retracer les deux unités suspectes et remonter à un donneur positif, même si cela avait été un facteur à apprécier, il aurait tout de même fallu tenir également compte des autres facteurs. Dans la présente cause, la preuve médicale tend à suggérer une autre source d'infection que la transfusion et à favoriser une autre source plus probable d'infection. Le comité a noté le facteur temps basé sur l'évolution de la maladie, facteur sur lequel il s'est appuyé pour prendre sa décision. L'Administrateur peut tenir compte de l'évolution de la maladie pour établir la source et le moment de l'infection. Comme le diagnostic du VHC n'a été posé qu'en 2003, la seule certitude est que le réclamant a été infecté à un moment donné avant 2003, ce qui, par conséquent réduit la question de possibilités et de probabilités en examen.

[24] La référence à Medifind par Madame Dupasquier, sous la rubrique « Maternal-Infant Transmission » indique que : « [traduction] La transmission périnatale est rare et se produit dans environ 5 à 6 % des naissances chez les mères infectées... Les enfants infectés semblent se débarrasser de l'infection plus fréquemment que les adultes nouvellement infectés. En outre, durant l'enfance, la maladie n'est pas très virulente et peut même être latente. Nous ne prévoyons pas que les patients infectés durant l'enfance contractent une maladie hépatique importante avant 40 ans ou plus. » Cet extrait semble porter sur des cas de transmission materno-foetale et ne paraissent pas pertinents. La deuxième référence présentée par Mme Dupasquier sur *La prise en charge de l'hépatite virale* comprend ce qui suit à la page 12 : « [traduction] On ne sait toujours pas à quelle vitesse l'infection initiale devient chronique chez les nouveau-nés. Même si l'évolution de la maladie semble plus bénigne chez les enfants que chez les adultes, certains enfants contractent une fibrose importante.... » Cette référence est en fait assez peu concluante. Et elle n'aborde pas la question à savoir comment la maladie évolue jusqu'à l'âge adulte. La dernière référence, tirée du *Hepatitis C Medical Information Update*, comprend l'indication suivante à la page 16 : « [traduction] Les études d'hépatite C chez les enfants sont extrêmement limitées et la majorité d'entre elles ont porté sur des patients post-transfusionnels. Selon les données préliminaires du Hospital for Sick Children de Toronto, l'évolution vers une hépatite C aiguë se fait plus lentement chez les enfants que chez les

adultes, suite à une transfusion. La maladie semble être bénigne chez les enfants.» Cette référence est bien formulée et s'appuie sur des « données préliminaires » provenant d'études « à portée très limitée » conduites dans un seul centre. Même cette formulation ne parle pas de la façon que la maladie évolue jusqu'à l'âge adulte ou n'indique pas le groupe d'âge auquel on se réfère. Ces références apportent peu d'éclairage à la présente cause.

[25] Le Conseiller juridique du Fonds a présenté des observations par écrit en joignant le PAT et un article intitulé *Surveillance accrue de l'hépatite B et de l'hépatite C dans quatre régions sanitaires du Canada, 1998 à 1999*,²¹ Zou et coll., Journal canadien des maladies infectieuses et de la microbiologie médicale. Vol. 12 no 6 novembre/décembre 2001. À la page 31, cet article comprend un tableau qui décrit l'étude de la répartition des facteurs de risque mutuellement exclusifs en matière d'hépatite C aiguë dans les quatre régions sanitaires étudiées en 1998 et 1999, chez les 72 patients interviewés, qui ont énuméré les facteurs de risque comme suit :

Tableau 3

Distribution de facteurs de risque mutuellement exclusifs en matière d'hépatite C aiguë dans quatre régions sanitaires, de 1998 à 1999, chez les personnes interviewées (72 sur 102, 71 %)

Facteurs de risque	Nbre de cas	Pourcentage de tous les cas	Pourcentages des cas avec facteurs connus
Usage de drogues injectables	36	50,0	63,2
Reniflage de drogues	3	4,2	5,3
Contact avec le sang dans le cadre de sa profession	2	2,8	3,5
Transfusion de sang	1	1,4	1,8
Hémodialyse	1	1,4	1,8
Tatouage	2	2,8	3,5
Perçage de parties du corps	2	2,8	3,5
Incarcération	2	2,8	3,5
Sexe + porteurs d'hépatite C	2	2,8	3,5
Hépatite C déjà dans la famille	3	4,2	5,3
Hospitalisation	1	1,4	1,8
Historique de visites dentaires	2	2,8	3,5
Inconnus	15	20,8	
Total (excluant les facteurs inconnus)	57		100,0
Total (incluant les facteurs inconnus)	72	100,0	

[26] Compte tenu des **probabilités**, il devient nécessaire d'examiner les transfusions de 1986 et l'usage admis de drogues injectables sans ordonnance durant les années 90. Le Dr Pinette possède, de toute évidence, une expertise et des compétences considérables dans ce domaine. Cependant, ses déclarations sont assez générales, tout comme également les extraits des autorités médicales fournis par Mme Dupasquier. Ces

²¹ Pièce 7

données ne distraient pas, de façon générale, des conclusions spécifiques auxquelles est arrivé le Dr Garber, qui possède également une grande expertise dans ce domaine. Le Dr Garber a constaté de façon spécifique que le test normal sur la fonction hépatique en 2003 indique une haute probabilité d'infection plus récente plutôt qu'une infection qui aurait été contractée lors de la transfusion de 1986. En outre, bien que l'ensemble des données provenant de l'article scientifique fourni par le Conseiller juridique du Fonds soit à vrai dire basé sur un faible échantillonnage de patients, il démontre de fait que l'usage de drogues injectables est un facteur de risque dans 50 % de tous les cas plutôt qu'une transfusion de sang, qui est indiqué comme étant de 1,4 %. Même le tatouage représente le double du pourcentage d'une transfusion de sang comme facteur de risque. Bien que l'on ne sache pas si le réclamant a eu des relations sexuelles non protégées spécifiquement avec des porteurs d'hépatite C, il semblerait qu'il a effectivement eu des relations sexuelles non protégées qui ont causé chez lui diverses MTS (maladies transmissibles sexuellement). Par conséquent, bien qu'en fait, il demeure **possible** que le réclamant ait été infecté par suite d'une transfusion, d'un seul point de vue statistique, je conclus que la **probabilité** est qu'il n'a pas été infecté par suite d'une transfusion mais plutôt l'usage de drogues injectables sans ordonnance.

[27] Il n'y a malheureusement pas de témoignage du réclamant qui nous permettent d'expliquer les écarts dans ses rapports sur un tel usage de drogues. De plus, alors qu'il allègue n'avoir utilisé que des seringues stérilisées et nie avoir partagé des seringues, étant donné les nombreux rapports de toxicomanie et la nature et l'étendue d'une telle toxicomanie, bien qu'il n'y ait aucune suggestion de malhonnêteté de sa part, la *fiabilité* du réclamant quant à ses antécédents à cet égard est certainement une question très discutable.

[28] Comme à côté, le PAT autorise l'Administrateur à ordonner au réclamant de subir un examen médical indépendant et lui permet également de mener des entrevues. Bien que ni l'une ni l'autre de ces mesures ne soient obligatoires, si l'une ou l'autre de ces mesures avait été prise dans le présent cas, elles auraient permis à des personnes ayant la compétence de poser des questions pertinentes plus ciblées au réclamant (ou à d'autres). Le fait de tenir compte de telles mesures aurait permis de s'assurer de ne pas oublier de donner au réclamant toutes les occasions de bien comprendre et de tenter de s'acquitter du fardeau de la preuve qui lui incombait. Autrement, la première véritable occasion pour le réclamant d'aborder ces enjeux spécifiques dans tous ses détails n'aurait pu être que lors d'un renvoi ou d'un arbitrage. Je ne dis pas que de telles mesures sont requises dans la présente cause. Cependant, dans certains cas, on pourrait peut-être éviter une audience en prenant ces mesures additionnelles. Même si de telles mesures n'éviteraient pas le besoin d'une audience, elles pourraient servir à mieux établir les objectifs de celle-ci. J'encourage simplement l'Administrateur à examiner la possibilité de prendre de telles mesures dans les cas pertinents.

[29] La documentation fournie par Mme Dupasquier et le Dr Pinette ont soulevé d'intéressantes et importantes questions à examiner. Malheureusement pour le réclamant,

d'après les faits qui m'ont été présentés, ces questions ne font que soulever des possibilités et ne satisfont pas au niveau de probabilités requis par le Régime et le PAT.

[30] Dans la présente cause, je ne peux que conclure que l'Administrateur n'a pas réussi à appliquer de façon appropriée les dispositions du Régime et du PAT à ces faits. En outre, je conclus que le réclamant n'a pas réussi à s'acquitter du fardeau de la preuve d'établir qu'il avait probablement été infecté par le VHC pour la première fois par suite d'une transfusion de sang reçue en 1986.

[31] Je dois donc rejeter le renvoi. Le réclamant n'est pas admissible à une indemnisation. L'Administrateur doit évaluer chaque réclamation et établir s'il existe ou non la preuve requise pour être admissible à l'indemnisation. L'Administrateur n'a pas la discrétion de permettre une indemnisation lorsque la preuve requise n'existe pas. La suffisance financière du Fonds dépend de l'examen minutieux et approprié de chaque réclamation par l'Administrateur et de sa décision d'établir l'admissibilité ou non du réclamant. Dans le même ordre d'idées, le juge arbitre n'est pas autorisé à modifier, à élargir ou à ignorer les dispositions de la Convention de règlement ou du Régime.

D. Décision

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

[33] J'aimerais remercier Mme Miller et Monsieur Faille pour leur aide et leur courtoisie. Je serais négligeant de ne pas remercier de façon spéciale Mme Dupasquier pour la générosité de son soutien et de son aide à l'endroit du réclamant tout au long de ce processus. Elle est allée bien au-delà de ses responsabilités professionnelles et mérite d'être félicitée pour ses efforts.

Fait à Saskatoon, Saskatchewan, ce 21^e jour de mars 2006.

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