

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

Numéro de la réclamation :	1400543
Province où l'infection présumée a eu lieu :	Saskatchewan
Province de résidence :	Saskatchewan
Représentant du réclamant :	William Selnes
Conseillère juridique du Fonds représentant l'Administrateur :	Belinda Bain
Juge arbitre :	Daniel Shapiro, c.r., arb. agréé
Date de l'audience en personne :	Le 27 février 2006
Date de la reprise de l'audience par téléconférence :	Le 16 juin 2006
Date de la décision :	Le 16 septembre 2006

PAGE COUVERTURE DE LA DÉCISION

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

Numéro de la réclamation : 1400543
Date de l'audience en personne : Le 27 février 2006
Date de la reprise de l'audience par téléconférence : Le 16 juin 2006
Date de la décision : Le 16 septembre 2006

DÉCISION

A. Introduction

[1] Le réclamant, résidant maintenant en Saskatchewan et âgé de 47 ans, a présenté une demande d'indemnisation à titre de personne directement infectée, conformément au Régime à l'intention des transfusés infectés par le VHC (« le Régime »), c'est-à-dire l'Annexe A de la Convention de règlement relative à l'hépatite C (1986-1990) (« la Convention de règlement »).

[2] Conformément aux modalités et conditions de la Convention de règlement et du Régime, « la période visée par les recours collectifs » (du 1^{er} janvier 1986 au 1^{er} juillet 1990 inclusivement) est la seule période de temps au cours de laquelle une indemnisation peut être disponible. En outre, bien qu'il y ait plusieurs sources possibles d'infection en ce qui concerne le virus de l'hépatite C (« VHC »), le Régime ne prévoit une indemnisation que pour les individus qui ont reçu, au cours de la période visée par les recours collectifs, des transfusions de produits de sang définis, généralement, sauf exception, lorsque les donneurs ont été testés et se sont avérés anti-VHC positifs.

[3] En janvier 1986, le réclamant a reçu 4 unités de sang au Saskatoon City Hospital, en rapport avec le traitement de deux fractures du fémur, après un accident de véhicule automobile (AVA) grave. La Société canadienne du sang (« SCS ») a effectué une enquête de retraçage de ces unités et a indiqué dans son rapport en date du 28 février 2002¹ que les donneurs des 3 unités de sang s'étaient avérés anti-VHC négatifs lors du test de détection du virus de l'hépatite C (« VHC ») et que le donneur de l'autre unité était décédé (et ne pouvait donc pas subir le test). Comme ce retraçage était non concluant et compte tenu de la preuve de transfusion au cours de la période visée par les recours collectifs, en l'absence de toute preuve d'utilisation de drogues intraveineuses sans ordonnance, l'Administrateur aurait approuvé la réclamation. Cependant, dans sa demande et ailleurs, le réclamant aurait admis s'être adonné à l'utilisation de certaines drogues intraveineuses sans ordonnance.

[4] Il y a eu un long délai entre le moment où le réclamant a présenté sa demande d'indemnisation² et le moment où l'Administrateur a rejeté la réclamation, période au cours de laquelle le protocole approuvé par les tribunaux - le PAT - sur l'utilisation de drogues intraveineuses

¹ Le dossier du Centre des réclamations comprenant 654 pages a été déposé comme pièce 1 lors de l'audience. Le rapport de la SCS paraît aux pages 64 et 65.

² La demande d'indemnisation (TRAN 1) paraît aux pages 28 à 31.

sans ordonnance était en voie d'élaboration (il semble avoir été adopté vers la fin de février 2004) et le moment où le réclamant a obtenu et fourni au Centre certains dossiers et documents de santé supplémentaires. Subséquemment, dans une lettre datée du 11 août 2005³, l'Administrateur a fourni au réclamant les raisons suivantes à l'appui de sa décision de rejeter la demande d'indemnisation :

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

L'Administrateur a soigneusement examiné tous les documents que vous avez fournis à l'appui de votre réclamation. Un comité a examiné votre réclamation et a conclu ce qui suit :

Le Dr McClean, le médecin qui a rempli le formulaire du médecin traitant, a noté que vous avez eu des antécédents d'utilisation de drogues intraveineuses sans ordonnance durant les années 70. Vous avez confirmé ces renseignements dans votre formulaire de déclaration Tran 3. Quand vous avez rempli votre formulaire d'enquête sur les autres facteurs de risque, vous avez indiqué que l'utilisation de drogues intraveineuses avait eu lieu en 1978.

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 portant sur d'autres preuves de première infection dans lequel vous deviez indiquer si vous désiriez fournir de nouvelles 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. Vous avez soumis un dossier médical complet et une déclaration sous serment datée du 10 mai 2004.

Conformément au PAT, l'Administrateur a examiné l'ensemble de la preuve soumise, y compris l'avis d'un expert médical expérimenté en traitement et en diagnostic du VHC. En résumé, vos résultats de l'enquête de retraçage étaient non concluants, étant donné qu'aucun donneur positif n'a été retracé et que l'avis de l'expert médical relatif au VHC était le suivant : « je dirais qu'il est plus probable qu'il ait en fait été infecté par suite de son utilisation de drogues injectables que par la possibilité d'une infection résultant d'une simple unité de sang qui n'a pu être retracée ». Donc, votre réclamation est rejetée, car l'Administrateur ne peut pas établir que vous avez été infecté par

³ Pages 3 à 5

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.

[5] La Conseillère juridique du Fonds s'appuie sur l'article 3.01 (1) (a) du texte du Régime :

ARTICLE TROIS PREUVE EXIGÉE AUX FINS D'INDEMNISATION

3.01 Réclamation par une personne directement infectée

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

[6] Il est convenu que dans ces circonstances, le réclamant s'est conformé aux dispositions de l'article 3.01 (1) (a),(b) et (c) (ii),(iii) et (iv). Cependant, à la lumière de son admission d'avoir fait usage de drogues intraveineuses sans ordonnance, la présente cause doit porter sur la question à savoir si oui ou non le réclamant a répondu aux dispositions du 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 au Canada au cours de la période visée par les recours collectifs.*** [C'est nous qui soulignons.]

B. Faits et sommaire de la preuve

[7] Le réclamant a demandé qu'un juge arbitre soit saisi de la décision par l'Administrateur du rejet de sa réclamation et a demandé qu'on tienne une audience en personne à cet effet. Une audience en personne a eu lieu en Saskatchewan le 27 février 2006. Le réclamant a témoigné en son propre nom, tout comme son ancienne conjointe. Carol Miller, la coordonnatrice des demandes de renvoi et d'arbitrage au Centre des réclamations relatives à l'hépatite C (1^{er} janvier 1986 au 1^{er} juillet 1990) (le « Centre des réclamations »), a témoigné au nom de l'Administrateur. À la fin de la journée du 27 février 2006, il a été décidé que tous les autres témoignages seraient donnés par voie de téléconférence le 21 avril 2006, notamment, ceux du Dr McClean au nom du réclamant, de même que peut-être ceux de la mère du réclamant et d'un ancien employeur ainsi que ceux du Dr Garber au nom de l'Administrateur.

[8] Les autres témoignages n'ont pas été présentés tels que prévus, soit de la part des témoins spécifiques ou en raison du calendrier, tel qu'indiqué ci-dessous. Cependant, les témoignages et les observations se sont finalement terminés le 16 juin 2006. La cause sera jugée en fonction des documents écrits et des témoignages présentés par les parties.

(a) Preuve documentaire

[9] La preuve documentaire suivante a été déposée lors de l'audience :

Pièce 1 - Dossier du Centre des réclamations (pages 1 à 654)

Pièce 2 - Dossier médical transmis par l'Administrateur au Dr Garber (pages 1 à 405)

(b) Témoignages en personne

Témoignage du réclamant

[10] Le réclamant est né en Saskatchewan le 22 mars 1959. Il avait 6 frères et soeurs, 2 frères germains, 2 demi-frères et 2 demi-soeurs. Après que ses parents se furent divorcés alors qu'il avait moins de 2 ans, il a vécu avec ses grands-parents non biologiques à North Battleford. Après sa sixième année scolaire, sa mère l'a amené à Prince George où il a complété sa septième année scolaire et une partie de sa huitième année scolaire. C'est à Edmonton qu'il a terminé sa huitième année scolaire et une partie de sa neuvième année scolaire. À ce stade, sa vie familiale a pris une mauvaise tournure. Il a fréquenté un mauvais groupe d'adolescents à Edmonton, travaillant comme employé occasionnel les jours de semaine à une cour à bois ou à l'aéroport et faisant la fête durant les fins de semaine. Faire la fête consistait à consommer de la bière et occasionnellement, à fumer de la marijuana. Sa grand-mère l'encourageait à éviter de se faire tatouer et de faire usage de drogues. Il n'a pas utilisé de drogues intraveineuses comme adolescent. Il a fait l'essai de pilules sans ordonnance (probablement des barbituriques) pendant environ une semaine au milieu des années 70, jusqu'à ce qu'il soit évanoui à une occasion et il a cessé cette pratique. Il a fait l'essai du Talwin et du Ritalin sous forme de pilules à quelques reprises, mais encore une fois, il n'a pas aimé

la sensation et a cessé cette pratique. Il a également fait l'expérience du LSD, en utilisant un buvard et un micropoint. Il a déménagé à Calgary, alors qu'il avait 18 ou 19 ans, et a travaillé dans le domaine de la construction pendant 1,5 à 2 ans et buvait à l'occasion durant les fins de semaine. C'est à Calgary qu'il a fait l'expérience du Fiorinal par voie injectable pour une durée d'environ une semaine, bien que ce fut seulement à l'occasion au cours de cette semaine. Il demandait à un ami de lui tenir le bras alors qu'il se donnait l'injection lui-même. Après la 4^e ou 5^e fois, son bras est devenu tellement enflé qu'il a dû aller à la salle d'urgence d'un hôpital local où le médecin lui a demandé s'il ne pouvait trouver rien de mieux que du Fiorinal et lui a dit qu'il s'était probablement bloqué une veine en n'ayant pas suivi la procédure d'injection appropriée. Éventuellement, l'enflure au bras a diminué, mais il était très inquiet de ce qui s'était produit et depuis, n'a jamais plus fait usage de drogues intraveineuses. Au cours de la semaine où il a fait usage de drogues intraveineuses, il avait acheté un paquet de 10 seringues stérilisées, il n'avait pas utilisé toutes les seringues au moment de l'incident de l'enflure au bras et il a jeté le reste des seringues. Au cours de cette période, il n'a pas partagé de seringues ou de drogues avec quiconque.

[11] Le réclamant est retourné vivre à North Battleford avec ses grands-parents en 1979, à l'âge de 20 ans, car il estimait qu'il buvait trop à Calgary. Il a complété 2 ans de formation en revêtements de stuc avant que la société pour laquelle il travaillait ne fasse faillite. Il a constaté que le LSD lui causait de l'anxiété. Il a donc cessé de l'utiliser en 1981 ou 1982. Il a déménagé à Saskatoon au milieu des années 81 ou 82, où il est demeuré avec sa mère. Il faisait de petits travaux et fréquentait les bars. Il a rencontré sa première femme à cette époque. Il l'a rencontrée lors de soirées et ils se sont liés d'amitié. Ils ont fait la fête et ont beaucoup bu à Saskatoon, mais il n'y a pas eu d'utilisation de drogues intraveineuses. Il connaissait des « toxicomanes » (utilisateurs de drogues intraveineuses), mais ceux-ci ne fréquentaient pas son groupe d'amis. Vers 1983, il avait établi une solide relation et vers 1984, il vivait en union libre à North Battleford. Lui et sa partenaire ont eu une fille en 1985 et un fils en 1987. Au cours de cette période, ils ont vécu sur l'aide sociale, et faire la fête se limitait à boire, principalement de la bière. En janvier 1986, il a été impliqué dans un grave accident de voiture alors que lui et son frère tentaient de pousser leur voiture en dehors du fossé et ont été frappés de l'arrière par une voiture qui se déplaçait à une vitesse de 60 mi/h. Il a subi deux fractures au fémur et d'autres blessures. Il a de vagues souvenirs d'avoir été dans le fossé et son autre souvenir remonte à deux (2) jours plus tard alors qu'il était à l'hôpital. Il a été hospitalisé pendant près de 2 mois et ne peut se rappeler qu'on lui ait dit qu'on lui avait transfusé du sang, mais il déclare avoir été sous l'effet des médicaments. Il se rappelle qu'environ une semaine après l'accident, il a repris ses sens, mais il ressentait des douleurs physiques. Il a décrit cette sensation en disant qu'il se sentait « sale ». Il n'a jamais donné de sang. Après être rentré à la maison, il a suivi un traitement de physiothérapie pendant environ 6 mois et n'a pas travaillé avant 4 ou 5 ans plus tard. Il a cessé de boire pendant une courte période de temps, mais après quelque temps, il a commencé à consommer occasionnellement de façon excessive pendant 2 ou 3 jours à toutes les 2 à 3 semaines au cours desquelles, il consommait jusqu'à 1 à 2 caisses (de 12 à 24 bouteilles) de bière. À la fin des années 80, alors qu'il avait cessé de fumer, il consultait différents médecins. Il pensait que son foie était en train de lui donner des problèmes qui pouvaient être reliés à une hépatite alcoolique, mais les médecins qu'il a consultés lui ont dit qu'il n'avait aucun problème de santé. Il se rappelle avoir consulté les docteurs Bernardo, Puranha, Wolfe et plus tard, Stephens. Le Dr Bernardo ne l'a pas cru et il pense que cela avait commencé à lui donner des problèmes d'anxiété. Un psychiatre l'a vu et lui a dit qu'il n'avait aucun problème de santé. Le Dr Stephens pensait qu'il y avait un problème de santé et lui a dit que même si son foie n'était pas normal, il n'était pas complètement détérioré. On l'a référé à un spécialiste de Saskatoon, le Dr Sharma. À ce stade, il était convaincu qu'il était en train de mourir à petit feu et était très frustré du fait que la plupart des médecins qu'il avait consultés n'avaient pas pris ses plaintes au sérieux. Pour s'assurer d'être pris au sérieux, il a exagéré son utilisation de drogues

intraveineuses auprès du Dr Sharma, lui disant qu'il avait pris du Talwin et du Ritalin par voie intraveineuse alors qu'en fait, il ne l'avait pas fait, et alléguant avoir pris des drogues par voie intraveineuse plus souvent et plus récemment qu'il ne l'avait fait en réalité. Il a cru qu'il obtiendrait plus d'aide de cette façon. À ce stade, il avait des crises d'anxiété et de panique, craignant que son foie flanche. Il avait des périodes d'étourdissement grave et ne pouvait parfois pas se lever ou marcher correctement pendant longtemps sans s'effondrer. Il pense que cette situation a duré environ 2 ans. Durant l'année qui a précédé sa rencontre avec le Dr Sharma, il a perdu 30 livres en un mois et 10 autres livres le mois suivant. Selon lui, personne dans sa famille ne souffrait de problème de foie. La douleur au foie est disparue et son anxiété a diminué.

[12] Le réclamant reconnaît avoir fait de la prison à quelques reprises, principalement en raison d'amendes impayées. En 1983, il a fait de la prison pendant plus d'un mois pour conduite en état d'ébriété. Il avait une foule « de contraventions pour interdiction de conduire et a plaidé coupable pour avoir vendu du persil à un agent d'infiltration. Il plaidait coupable lorsqu'il était coupable d'infractions dont il était accusé. Il a eu des ennuis avec la loi pour la dernière fois en 1994 ou 1995. Durant toute sa vie, il estime avoir passé 60 à 70 jours en prison. Il n'a jamais utilisé de drogues en prison. Il ne voulait pas démordre quant au fait que sa seule utilisation de drogues intraveineuses remontait à cette brève période à la fin des années 70.

[13] Le réclamant se rappelle avoir été admis de nouveau au City Hospital pour se faire enlever les tiges qu'on lui avait insérées aux jambes et avoir rencontré un médecin du nom de Sommerville avant la chirurgie. Il se rappelle lui avoir parlé du LSD et de la marijuana, mais il ne se souvient pas d'avoir discuté avec lui de l'utilisation de drogues intraveineuses. Il buvait au début des années 90 et s'était saoulé à quelques reprises, mais il est finalement tombé malade. Sa peau se fendillait, il avait constamment soif et se rappelle être devenu strabique en pleine journée dans un bar. Il a consulté un médecin. Son taux de sucre était très élevé et il a été diagnostiqué comme étant diabétique. Il savait que le diabète et l'alcool ne faisaient pas bon ménage et, ce qui était bien de sa part, il a cessé de boire en 1992 ou 1993. Il s'est séparé de sa première femme pendant environ 6 mois en 1990 et durant quelques mois, quelques années plus tard. Éventuellement, ils se sont séparés en 2000 car elle avait des tas de problèmes de boisson et il avait juré lui-même, quelques années auparavant, de ne plus boire. Il a travaillé dans une ferme forestière de 1992 à 2003, dans une usine de transformation de porc pendant 14 mois par la suite, et depuis mai 2005, comme gardien de nuit et gardien de sécurité sur sa réserve des Premières nations. Il a complété sa douzième année d'études et a terminé une formation comme soudeur. Il a maintenant des relations positives avec sa deuxième femme avec qui il vit et a eu 2 enfants avec elle. Il est actif, et donne de la formation aux enfants autochtones en hockey et en piste et pelouse. Lui et sa femme s'occupent d'un enfant de son cousin décédé et parfois, d'autres adolescents. Dans le passé, à quelques reprises, il a fumé de la marijuana (seulement 1/4 de joint par soirée), mais ne l'a pas fait depuis quelques années.

[14] Lors du contre-interrogatoire ou en réponse aux questions du juge arbitre, le réclamant a reconnu ce qui suit :

- Il est allé en prison en 1978, pour des amendes non payées pour « interdiction de conduire ».
- Il a également été déclaré coupable deux fois pour agression contre sa femme d'alors en 1994.

- Bien qu'il se souvienne que dans sa déclaration sous serment⁴, il a déclaré qu'il avait été trouvé coupable de voies de fait simples vers 1983, mais cela est inexact en ce sens qu'il n'a pas été déclaré coupable de voies de fait en 1983. Il pense qu'il aurait pu y avoir une autre condamnation pour agression en 1993.
- Il a passé environ 30 jours au Saskatoon Correctional Centre avant que son épouse d'alors ne paie sa caution pour sa remise en liberté.
- Il n'a pu expliquer l'écart entre le témoignage lors de l'audience au cours de laquelle il avait déclaré qu'il avait probablement passé un total de 60 à 70 jours en prison, et sa déclaration sous serment, dans laquelle il avait juré avoir passé un total d'environ 6 mois en prison pour interdiction de conduire ».
- Il buvait beaucoup durant les années 70 et 80. Souvent, il buvait de façon excessive bien qu'à cet égard, il ne démord pas du fait qu'il n'ait jamais bu au point de perdre conscience. Bien qu'il buvait « une caisse ou deux » à la fois, il a appris à bien tolérer la boisson. Il buvait uniquement de la bière et non du whiskey.
- Lorsqu'il habitait à Calgary, il s'est lié d'amitié avec quelques utilisateurs de drogues injectables, qui étaient des Autochtones qui faisaient la fête avec ses amis. Il n'a pas vu beaucoup de gens faire usage de drogues intraveineuses. Il vivait avec sa mère et y faisait souvent la fête.
- Il a fait l'essai des drogues intraveineuses à une reprise alors qu'il consommait de l'alcool, la première fois, au cours d'une fin de semaine. Cependant, il n'a pas bu les autres fois où il a fait usage de drogues intraveineuses. Il a fait usage de drogues intraveineuses les jours de semaine et se souvient de l'avoir fait 3 jours de suite. Il a fait usage de Fiorinal par voie intraveineuse pas plus de 5 fois après la première fois et le tout s'est passé au cours d'une période de 7 à 10 jours. Il ne s'était pas bien senti après en avoir pris et pense que s'il en avait joui, il en ferait encore usage. Il nie que le Fiorinal lui ait donné des étourdissements et l'a rendu confus.
- Quant au fait qu'il se rappelle avoir spécifiquement acheté un paquet de 10 seringues il y a 25 ans, il a déclaré se rappeler clairement être allé à un hôpital dans le nord-ouest de Calgary, probablement au Foothills, avec un bras très enflé, et avoir jeté les autres seringues une fois de retour à la maison. On lui a dit qu'il s'était probablement bouché une veine en raison de son manque d'expérience à se donner des injections.
- Il croit que s'il avait contracté le VHC durant les années 70, il serait maintenant décédé. Le Fiorinal était sous forme de caplet. Il l'avait mélangé avec de l'eau du robinet et l'avait passé à travers un filtre à cigarette, en utilisant une cuillère qu'il avait prise sur la tablette, puis il l'avait replacée au même endroit.
- Il a consulté plusieurs médecins au sujet de ses inquiétudes sur ses problèmes de foie. Le Dr Khurana a indiqué qu'il avait peut-être un virus. Le Dr Sharma n'a pas pris ses préoccupations au sérieux, comme ce fut le cas d'ailleurs des autres médecins qu'il avait consultés. Il craignait que « s'il n'exagérât pas » réellement sa situation auprès du Dr Sharma, il serait ignoré, comme cela avait été le cas auparavant.
- Lorsqu'on lui a demandé s'il pensait qu'il était important d'être précis avec un spécialiste pour que celui-ci puisse lui fournir le meilleur traitement, il a répondu qu'il voulait se rendre à un hôpital pour y subir un examen complet du foie. Dans les circonstances, il estimait que le Dr Sharma aussi le faisait tourner en rond. Le réclamant « a exagéré le nombre d'années » pendant lesquelles il a dit avoir fait usage de drogues intraveineuses et a ajouté inexactement les médicaments Talwin et Ritalin à la liste, afin d'amener le Dr Sharma à

⁴ Pièce 1, page 80, paragraphe 11 a)

penser qu'il était un récent utilisateur de drogues mais pas trop récent. Il a pensé que de cette façon, le Dr Sharma pourrait être plus disposé à le traiter immédiatement. Il n'était pas très au courant du VHC, mais savait que si une personne n'était pas traitée, elle pouvait en mourir. Il a pensé devoir être hospitalisé parce que son dos était enflammé, son foie le faisait souffrir, il ne pouvait plus retenir la nourriture qu'il consommait et il pensait mourir.

- Bien que les documents de la fiche médicale du Dr Sommerville datant de 1991⁵ font également référence au Talwin et au Ritalin, il ne se souvient pas de lui en avoir parlé et soupçonne que le Dr Sommerville a simplement obtenu les renseignements des dossiers du Dr Sharma à partir de la même fiche d'hôpital. La seule fois où il a pris du Talwin, c'était après l'accident d'automobile de 1986 à 1988. À cette époque, il a également pris de la morphine, du Tylenol 3 avec de la codéine et autres médicaments. Il ne se souvient pas d'avoir parlé d'utilisation de LSD au Dr Sommerville.
- Il n'est pas sûr s'il a été diagnostiqué comme ayant contracté l'hépatite B, bien qu'il ait, de fait, subi quelques tests à ce sujet et que tel pouvait en être le cas⁶. Son frère, qui vivait dans la même maison que le réclamant à Saskatoon, avait contracté l'hépatite B, apparemment de son amie de fille, au début des années 80. Son frère ne faisait pas usage de drogues intraveineuses.
- Le Dr McClean a récemment dit au réclamant qu'il n'avait pas contracté l'hépatite B, car s'il l'avait contractée, il ne pourrait pas subir le traitement contre le VHC.
- Quant aux membres de la famille autres que son frère qui ont eu des problèmes de foie, il avait une soeur qui apparemment a contracté le VHC à l'hôpital et en est décédée.

Première conjointe du réclamant

[15] L'ancienne conjointe du réclamant a témoigné à l'effet qu'elle avait rencontré le réclamant en 1981 dans un bar et qu'ils avaient amorcé une relation amicale. Ils étaient souvent ensemble à des soirées de consommation de bière à Saskatoon. Bien qu'il y avait probablement de la marijuana, les gens ne faisaient pas usage de drogues intraveineuses lors de ces soirées. Elle ne connaissait personne qui faisait usage de drogues intraveineuses. Elle et le réclamant ont commencé à vivre ensemble environ un an plus tard. Elle avait eu 2 enfants d'une relation précédente et ils ont eu 2 enfants ensemble. Ils sont demeurés ensemble de 1982 à 1990, moment où ils se sont séparés pendant deux ou trois ans. Elle avait un problème de boisson, ce qui explique en grande partie la raison de cette séparation. Ils ont refait ménage jusqu'en 2000, moment où ils se sont séparés définitivement parce qu'ils se disputaient trop. Au cours de la période où ils ont vécu ensemble, même si le réclamant buvait, la seule drogue qu'elle ne l'a jamais vu utiliser était de la marijuana. Elle ne l'a jamais vu faire usage de drogues intraveineuses et ne l'a pas entendu en parler, sauf pour dire qu'il ne les aimait pas puisqu' « elles pouvaient vous tuer » et il était très préoccupé du fait qu'elles détruisaient la vie de certains de ses amis. Selon elle, il n'a jamais semblé avoir pris de telles drogues. Bien qu'elle connaissait des gens à la fin des années 80 qui en avaient fait usage, le réclamant ne faisait pas partie de ces personnes. Quand elle et le réclamant buvaient, ils le faisaient généralement ensemble. Elle se rappelle qu'au milieu ou vers la fin des années 80, notamment après son AVA de 1986, le réclamant soulevait toujours des préoccupations de santé et disait qu'il ne se sentait pas très bien physiquement. Elle se rappelle l'avoir entendu dire qu'il semblait que son corps chauffait de l'intérieur. Elle s'est souvenue que les médecins du réclamant semblaient le prendre pour un hypocondriaque. Après l'accident, il a pris mieux soin de sa santé et a amélioré ses habitudes alimentaires. Elle a décrit le réclamant comme étant « aussi

⁵ Pièce 2, p. 57

⁶ Les rapports de laboratoire présentés dans la pièce I, p. 507 démontrent qu'il était anti-VHB négatif en janvier 1999.

honnête qu'il pouvait l'être » avec elle dans leurs relations et a dit qu'elle pouvait se fier sur ce qu'il lui avait dit.

Témoignage de l'Administrateur

1. Carol Miller, infirmière autorisée

[16] Mme Miller a témoigné quant à ses vastes connaissances antérieures dans la majorité des domaines des soins infirmiers hospitaliers ainsi que quant à son expérience au Centre des réclamations depuis mai 2000, y compris son poste actuel comme coordonnatrice des demandes de renvoi et d'arbitrage. Elle décrit le long processus d'examen de la demande du réclamant et du rejet final de sa réclamation. Elle fait également partie du comité qui traite toutes les réclamations rejetées. Il y a un processus différent pour les personnes ayant fait usage de drogues intraveineuses. Dans ce cas, le réclamant doit démontrer que selon la prépondérance des probabilités, il a été infecté pour la *première fois par suite d'une transfusion*. Bien qu'elle ne connaissait pas la date exacte, elle croit que c'est en février 2004 que le PAT portant sur l'utilisation des drogues intraveineuses a été adopté par les tribunaux. En vertu du PAT, le Centre a obtenu et examiné tous les dossiers médicaux et hospitaliers pour la période de 10 ans préalable à la transfusion jusqu'à ce jour. Le Centre a classé les principaux dossiers en ordre chronologique et les a fait parvenir, ainsi que les sommaires des documents portant sur l'usage de drogues intraveineuses ou les problèmes de foie, au Dr Gary Garber, chef du Département des maladies infectieuses de l'Hôpital d'Ottawa. Mme Miller a rédigé le sommaire remis au Dr Garber.⁷

[17] Le Dr Garber a remis un rapport daté du 28 juillet 2005⁸, dans lequel il a déclaré ce qui suit:

« ...Le réclamant a indiqué avoir fait usage de drogues intraveineuses à compter des années 70, mais a indiqué ne pas avoir partagé de seringues. De façon spécifique, il fait référence au fait qu'il a utilisé du Fiorinal en 1978 **plus de 10 fois**. Selon une note dans la fiche médicale de 1988, il avait fait usage de drogues intraveineuses pendant 2 à 3 ans et avait cessé il y a 6 ans. Il est également fait mention d'antécédents d'exposition à l'hépatite A ainsi que peut-être à l'hépatite B. Il a une sœur qui est décédée d'insuffisance hépatique; et une note indique que ce décès était lié également à l'hépatite C. Il a subi une biopsie du foie en 1999 dont les résultats indiquaient peu de symptômes de maladie. Cependant, une deuxième biopsie en 2004 démontrait que la maladie avait évolué et qu'il était au deuxième stade du niveau 2...

... Essentiellement, il s'agit d'établir **le moment où il a été en fait infecté**. Il y a une unité de sang non retracée et il faut en tenir compte en rapport avec son usage de drogues intraveineuses. **Dans l'hypothèse qu'il ait été infecté en**

⁷ Pièce 1, pages 504 à 507

⁸ Pièce 1, pages 508 et 509

1986 et connaissant ses antécédents de consommation d'alcool, j'aurais cru qu'on aurait décelé certains changements dans la biopsie du foie vers 1999. Cependant, compte tenu qu'il y ait eu évolution de la maladie entre 1999 et 2004, cela indique certainement (sic) qu'une infection vers 1986 serait plausible (dans l'hypothèse qu'il faut compter sur une période d'au moins 15 ans pour que des changements importants se produisent). **D'autre part, s'il y avait eu risque d'exposition en raison de l'usage de drogues, après sa transfusion de sang en 1986, ce serait là une cause d'infection également plausible ou peut-être une cause d'infection plus plausible. Si, en fait, on doit croire que son seul usage de drogues remonte à la fin des années 70 et uniquement pendant la courte période alléguée initialement, cela rendrait, selon la prépondérance des probabilités, l'infection par l'unité de sang tout aussi plausible que celle de la période de temps en 1978.**

La question porte sur les antécédents conflictuels des années 80. Si, en fait, il a fait usage de drogues pendant plusieurs années au cours des années 80, il est donc clair que cela constituerait un risque d'infection beaucoup plus élevé que celui découlant d'une seule unité de sang.

Par conséquent, selon la prépondérance des renseignements reçus, **puisque'il y a plusieurs références dans le dossier médical sur l'usage de drogues intraveineuses durant les années 80, années pour lesquelles le patient n'a pas fait d'allégation, je dirais qu'il est plus probable qu'il ait en fait été infecté par suite de son usage de drogues intraveineuses plutôt que par suite d'une infection possible résultant d'une seule unité de sang qu'il est impossible de retracer.**

[c'est nous qui soulignons]

[18] Le comité sur l'utilisation des drogues intraveineuses, qui comprend la directrice du Centre, le directeur des réclamations, le principal responsable du traitement des réclamations (qui traite également des renvois au Québec) et Mme Miller, s'est penché sur les dossiers remis au Dr Garber ainsi que sur son avis. Ce comité applique un document qu'il a créé et qui est axé sur les concepts du PAT⁹. Le fait de remplir ce formulaire constitue un processus d'examen équilibré, ce qui signifie une évaluation des facteurs en faveur et contre la position du réclamant à l'effet qu'il ait été infecté pour la première fois par suite d'une transfusion de sang au cours de la période visée par les recours collectifs. Ce processus n'est pas simplement un processus numérique, mais il vise plutôt à être une évaluation globale qui s'appuie sur l'ensemble de la preuve. Après avoir examiné tous les dossiers fournis, y compris le rapport du Dr Garber, le 10 août 2005, le comité a conclu qu'il n'y avait pas de preuve démontrant que, selon la prépondérance des probabilités, le réclamant avait été infecté pour la première fois par suite d'une transfusion de sang reçue au cours de la période visée par les recours collectifs. Le comité a décidé de rejeter la réclamation. Voici un sommaire du rapport :

Arguments en faveur

Bien qu'aucun de ces facteurs ne s'avère concluant dans n'importe quel cas individuel, parce que l'Administrateur doit tenir compte de l'ensemble de la preuve, les facteurs

⁹ Pièce 1, pages 510 à 513.

suivants sont des exemples de preuve qui pourraient aider à conclure que la personne qui prétend être une personne infectée par le VHC est admissible :

1. **Identification d'une transfusion au cours de la période visée par les recours collectifs provenant d'un donneur qui est anti-VHC positif.** Non - Pas de donneur positif retracé
2. **La personne infectée par le VHC avait moins de 18 ans au moment où elle a reçu des ...de transfusions de sang au cours de la période visée par les recours collectifs.** Non - 26 ans
3. **Selon une preuve fiable, il a été établi que l'usage de drogues intraveineuses sans ordonnance a eu lieu après le 1^{er} juillet 1990.** Non - Le rapport du médecin indique 1970, le formulaire sur les autres facteurs de risque indique 1978 et la déclaration sous serment indique la fin des années 70.
4. **Des antécédents de VHC qui sont plus compatibles avec ... la transfusion de sang au cours de la période visée par les recours collectifs pour laquelle un donneur anti-VHC positif a été retracé ou pour laquelle le statut du donneur demeure inconnu... qu'au moment de l'utilisation de drogues intraveineuses sans ordonnance.** Non - Voir les paragraphes 3 et 4 du rapport du Dr Garber; incapable de déterminer à cause de l'incohérence des antécédents d'utilisation de drogues intraveineuses sans ordonnance, durant les années 80.
5. **Preuve assez fiable à l'effet que les antécédents d'utilisation de drogues intraveineuses sans ordonnance remontent à une date antérieure ... aux transfusions de sang reçues au cours de la période visée par les recours collectifs...** Non - A eu lieu durant les années 70 et peut-être durant les années 80.
6. **Preuve assez fiable à l'effet que l'utilisation de drogues intraveineuses sans ordonnance s'est déroulée à un seul endroit et a été pratiquée en utilisant un attirail stérilisé qui n'a pas été partagé.** Non - le formulaire sur les autres facteurs de risque a indiqué plus de 10 fois¹⁰; la déclaration sous serment indique plus de 5 fois et moins de 10 fois.
7. **Aucun antécédent médical d'hépatite, d'hépatite B ou d'hépatite non A-non B non spécifiée avant ... les transfusions de sang reçues au cours de la période visée par les recours collectifs...** Oui - le 1^{er} commentaire sur l'hépatite B est en 1988; au paragraphe 7 du résumé - page 53 du dossier transmis au docteur Garber. Date des transfusions : 1986.

Arguments contre

Bien qu'aucun de ces facteurs ne puisse s'avérer concluant dans toute cause individuelle, étant donné que l'Administrateur doit tenir compte de l'ensemble de la

¹⁰ Cela est inexact. Dans le formulaire sur les autres facteurs de risque aux p.56 et 57, le réclamant a coché la case « Plus de x 5 ». Il n'a pas coché la case suivante, qui indiquait « Plus de x 10 ».

preuve, les facteurs suivants sont des exemples de preuves qui n'appuieraient pas une conclusion à l'effet que la personne soutiendrait être une personne infectée par le VHC serait admissible :

1. **Incapacité de préciser une transfusion durant la période visée par les recours collectifs provenant d'un donneur anti-VHC positif.** Oui - Aucun donneur positif n'a été retracé.
2. **Antécédents de VHC plus compatibles avec l'infection au moment de l'utilisation de drogues intraveineuses sans ordonnance qu'avec le moment des ... transfusions durant la période visée par les recours collectifs pour laquelle un donneur anti-VHC positif a été retracé ou pour laquelle le statut des donneurs demeure inconnu...** Non - Voir les paragraphes 3 et 4 de la lettre du docteur Garber; pas en mesure de déterminer en raison de l'incohérence des antécédents d'utilisation de drogues intraveineuses sans ordonnance durant les années 80.
3. **Preuve assez fiable à l'effet que l'utilisation de drogues intraveineuses sans ordonnance ait eu lieu à plus d'une occasion ou ait été pratiqué avec un attirail non-stérilisé ou partagé.** Oui - années 1970.
4. **Antécédents médicaux d'hépatite, d'hépatite B ou d'hépatite non-A non-B non spécifiée avant ... les transfusions de sang au cours de la période visée par les recours collectifs...** Non - le 1^{er} commentaire sur l'hépatite B remonte à 1988; au paragraphe 7 du résumé - page 53 du dossier transmis au docteur Garber. Date des transfusions :1986.
5. **Refus de permettre à l'Administrateur d'interviewer toute personne qui, selon l'Administrateur, pourrait avoir eu connaissance de l'utilisation de drogues intraveineuses sans ordonnance ou des antécédents de VHC de la personne infectée.** S/O
6. **Dossier de la SCS ... qui indique que la personne infectée par le VHC... s'était avérée anti-VHC positive lors du test de détection ou avait fait un don de sang avant les dons de sang durant la période visée par les recours collectifs ou que les receveurs des dons durant la période d'avant celle visée par les recours collectifs s'étaient par la suite avérés anti-VHC positifs lors du test de détection.** S/O - Jamais un donneur de sang.
7. **Le dossier est de toute autre façon compatible avec l'utilisation de drogues intraveineuses sans ordonnance avant ... les transfusions de sang au cours de la période visée par les recours collectifs...** Non, paragraphe 4 et 5 du rapport du docteur Garber.

[19] En contre-interrogatoire ou en réponse aux questions du juge arbitre, Mme Miller a reconnu ce qui suit :

- Le Talwin et le Ritalin se présentent sous forme de pilules. Le Fiorinal se présente sous forme de capsules.

- Elle a préparé la lettre de renvoi au docteur Garber¹¹ qui précise que le réclamant a indiqué dans son formulaire portant sur les autres facteurs de risque qu'il avait utilisé du Fiorinal C ½ durant l'été de 1978 **plus de 10 fois**. Elle reconnaît que c'était inexact dans la mesure où le formulaire sur les autres facteurs de risque mentionnait effectivement¹² que « cela s'est produit **plus de x 5** » et que le réclamant n'a pas coché la case indiquant « plus de x10 ».
- Il n'y a aucune preuve au-delà du rapport du Dr Sharma à l'effet que le réclamant ait utilisé des drogues intraveineuses sans ordonnance plus de 10 fois.
- Il n'y a aucune preuve d'utilisation de drogues intraveineuses sans ordonnance après 1982 ou 1983 (le rapport de 1988 du Dr Sharma indique qu'il n'y a pas eu d'utilisation de drogues intraveineuses durant les 6 dernières années, ce qui nous ramènerait à 1982).
- La dernière preuve d'utilisation de drogues intraveineuses contenue dans les dossiers remonte donc à 1982 et 1983. Tout renseignement d'utilisation de drogues intraveineuses contenu dans les dossiers (sauf ce que le Dr Sommerville a écrit, qui pourrait avoir été tiré du rapport du Dr Sharma), provient du Dr Sharma.
- Lorsque le rapport du Dr Garber fait référence « à de multiples points d'entrée dans les antécédents médicaux indiquant l'utilisation de drogues injectables durant les années 80, le seul qui porte clairement sur le rapport du réclamant à l'effet qu'il ait utilisé des drogues durant les années 80 est la note du Dr Sharma datée du 15 juin 1988.
- En 1988, il n'y avait, autant qu'elle le sache, aucun test portant directement sur le VHC; il n'a pas été reconnu comme virus avant 1989.
- Le rapport du Dr Sommerville de septembre 1991¹³ précise ce qui suit : « **une note a été rédigée** indiquant que le réclamant a fait un usage abusif d'une variété de drogues au cours des années avec mention des drogues intraveineuses utilisées et le Talwin, le Ritalin et le Fiorinal spécifiquement documentés... **il déclare** avoir cessé complètement de consommer de l'alcool durant les trois dernières années et n'avoir utilisé aucune autre drogue (sauf des articles sous ordonnance de ses médecins traitants) depuis environ 8 ans ». On lui a demandé si le docteur Sommerville se référait au rapport du docteur Sharma du 15 juin 1988¹⁴ » ou s'il avait l'intention de refléter son entrevue avec le réclamant à cette occasion. Les notes manuscrites du Dr Sommerville lors de cette entrevue précise ce qui suit : « dit qu'il a cessé de prendre de l'alcool depuis 3 ans et des drogues depuis +/-8 ans¹⁵ mais les notes ne parlent pas de Talwin,

¹¹ Pièce 1, pages 504 à 507, @ p. 504

¹² Pièce 1, p. 57

¹³ Pièce 2, pages 56 et 57

¹⁴ Pièce 2, pages 51 et 52

¹⁵ Pièce 2, p. 58

de Ritalin ou de Fiorinal. Mme Miller n'avait aucune information à savoir si le Dr Sommerville avait obtenu ses renseignements directement du réclamant ou du rapport préalable du docteur Sharma.

- Le comité sur l'utilisation des drogues intraveineuses devra appliquer sa propre expérience collective et non simplement s'appuyer sur le rapport du Dr Garber.
- Aucun membre du comité n'a interviewé le réclamant directement en ce qui concerne son utilisation de drogues intraveineuses. Le comité a suivi le PAT, qui ne requiert pas que le réclamant ou un membre de sa famille soit interviewé.
- On a demandé au Dr Garber de s'appuyer uniquement sur les rapports écrits; on ne lui a pas demandé d'interviewer le réclamant.
- Lorsqu'on lui a demandé si l'absence d'entrevue signifiait qu'il n'y avait pas d'occasion de vérifier l'aspect crédibilité, par exemple, quant à la question de savoir si oui ou non le réclamant partageait des seringues, Mme Miller a témoigné qu'ils pouvaient effectivement s'appuyer sur la déclaration sous serment et les dossiers médicaux. Elle a reconnu que dans le cadre du processus utilisé, si le réclamant a dit qu'il n'y pas eu de partage de seringues, l'Administrateur n'était pas en mesure de vérifier la crédibilité du réclamant relativement à cette question puisqu'il ne l'a pas rencontré personnellement, du moins pas avant le renvoi devant un juge arbitre ou un arbitre.
- On a demandé à Mme Miller si le fait que le réclamant ne disposait pas de test lui permettant de démontrer qu'il avait été infecté par le VHC entre 1986 et 1990 signifiait que l'Administrateur évalue toujours efficacement la crédibilité d'un réclamant. Elle a répondu que le Centre n'évalue pas la crédibilité mais plutôt la preuve médicale. Si les tribunaux (au moyen du PAT sur l'utilisation des drogues intraveineuses) déclarent la personne inadmissible au Régime, cette personne doit réussir à fournir les éléments requis pour être admissible au Régime. Le réclamant peut réussir à devenir admissible s'il fournit d'autres preuves de première infection.
- Au moment de la transfusion de sang infecté par le VHC en 1986, il n'y avait pas de preuve de VHC ou d'hépatite B. Dans le cadre du PAT, la présence de l'hépatite B avant une transfusion est un facteur dont il faut tenir compte.
- Lorsqu'on a demandé à Mme Miller si le risque d'utilisation de drogues intraveineuses avait trait exclusivement au fait de partager des seringues avec une personne infectée par le VHC, et elle a répondu en précisant qu'il s'agissait de partage de seringues ou d'attirails.
- Selon le comité, le fait que le réclamant ait été incarcéré n'était pas important, étant donné la courte période d'incarcération (6 mois) indiquée dans sa déclaration sous serment.
- S'il n'y avait pas eu d'indication d'utilisation de drogues intraveineuses dans cette instance, comme il n'avait pas été possible de retracer une des quatre unités de sang transfusées, le retraçage aurait été jugé « non concluant » et la réclamation aurait été allouée. Cependant, dans le cas présent, la question importante était de savoir si le réclamant avait démontré que la transfusion de sang avait été la source de la première infection, ce que le comité estimait qu'il n'a pas réussi à faire. Lorsqu'il y a eu utilisation de drogues intraveineuses, la réclamation est automatiquement rejetée à moins que le réclamant ne puisse « prouver le contraire », ce que le réclamant, dans le cas présent, n'a pas fait.
- Dans le cas présent, la preuve médicale démontre que le réclamant a cessé d'utiliser des drogues intraveineuses au plus tard en 1983, qu'il a reçu des

transfusions de sang en 1986 et qu'il n'y avait pas d'indication de VHC à cette époque.

[20] L'audience a été ajournée le 21 avril 2006 dans le but d'obtenir des témoignages au moyen d'une conférence téléphonique du Dr Garber, ainsi que du médecin spécialiste du réclamant, le Dr McClean, et possiblement de la mère du réclamant. De plus, le réclamant a fait savoir qu'il croyait que son séjour à l'hôpital à Calgary avait eu lieu au Foothills Hospital. Avec le consentement du réclamant, j'ai écrit au Foothills Hospital pour leur demander qu'on me remette tous les dossiers relativement au séjour du réclamant à l'hôpital. Le Foothills Hospital a répondu qu'il n'y avait aucun dossier relativement au séjour du réclamant à cet hôpital¹⁶. Cependant, le 21 avril 2006, il n'y a pas eu de conférence téléphonique en raison de circonstances empêchant la participation de la conseillère juridique du Fonds. Ultérieurement, le conseiller du réclamant a fait savoir que le réclamant ne prévoyait plus demander au Dr McClean ou à sa mère de témoigner. Ultérieurement, le témoignage et les conclusions finales du Dr Garber ont été reportés au 16 juin 2006.

2. Dr Gary Garber

[21] Peu avant le témoignage du Dr Garber, le conseiller du réclamant a fait savoir qu'il souhaitait contre-interroger le Dr Garber sur les conclusions de la Commission Krever et sur certains articles de journaux à cet effet. Après avoir entendu les observations, j'ai décidé que comme le témoignage du Dr Garber avait été prévu depuis quelque temps, et en raison du fait que son témoignage serait donné au cours d'une conférence téléphonique, je n'allais pas permettre au conseiller du réclamant de contre-interroger le Dr Garber sur des documents qui ne lui avaient pas été présentés et avec lesquels il n'était pas familier.

[22] Le Dr Garber a été reconnu compétent dans le domaine des maladies infectieuses, avec expertise particulière en rapport avec le VHC. Il a complété un B. Sc. à l'Université McGill, son doctorat en médecine à l'université de Calgary, sa spécialité en médecine interne à l'université de Toronto et sa spécialité en maladies infectieuses à l'université de la Colombie-Britannique, cette dernière en 1986. Il pratique dans le domaine des maladies infectieuses depuis 1986 et a toujours travaillé de façon périphérique avec des personnes atteintes d'hépatite non A-non B. Il est chef du Département des maladies infectieuses de l'Université d'Ottawa depuis 1990. Au cours des 5 dernières années, il a participé activement à la gestion et au traitement de patients atteints de VHC et a établi une clinique consacrée au traitement du VHC.

[23] Dans le cadre de ses avis à donner au Centre, le Dr Garber devait examiner le dossier du réclamant et établir, si possible, la cause la plus probable de son infection par le VHC. S'il y avait eu utilisation de drogues intraveineuses, le Dr Garber devait fournir des avis selon la prépondérance des probabilités, après avoir examiné l'ensemble de la preuve. Il n'avait aucune idée préconçue, aucune connaissance du réclamant, mis à part les renseignements présentés dans les dossiers, et il ne pouvait avoir accès qu'aux données fournies.

[24] Dans le cadre de ce mandat, le Dr Garber a examiné les résultats de laboratoire¹⁷ pour les années 1988 et 1989 qui comprenaient des lectures de SGPT¹⁸ légèrement élevées selon

¹⁶ Ma lettre au Foothills Hospital et la réponse du Foothills Hospital ont été déposées collectivement comme pièce 3, comme si elles avaient été présentées en preuve lors de l'audience.

¹⁷ Résumés par C. Miller à la p. 507 de la pièce 1.

le test portant sur la fonction des enzymes hépatiques. Si le foie est enflammé, les niveaux d'une telle enzyme peuvent être plus élevés que ceux de la population normale. Une légère élévation peut avoir une signification clinique ou non, étant donné que cela pourrait être relié à une infection par le VHC, à des pharmacothérapies, à l'utilisation de drogues sans ordonnance, à l'alcool ou à une infection non spécifique. Les notes du docteur Sharma datées du 15 juin 1988 sont plus pertinentes¹⁹, alors que le réclamant précise qu'il a eu des antécédents « de consommation excessive d'alcool durant plusieurs années... il consommait de façon excessive environ deux à trois semaines par mois et pendant cette période, en moyenne, il consommait environ de 12 à 20 bouteilles de bière par jour ». Selon l'avis du docteur Garber, il semblait que les niveaux d'enzyme augmentaient et baissaient et s'amélioraient en périodes de sobriété. Donc, à son avis les niveaux de SGPT légèrement élevés lors des tests étaient plus probablement dus à la consommation excessive d'alcool du réclamant. Mais ce qui est encore plus pertinent, c'est que le rapport de la biopsie du foie en 1999²⁰ indiquait des changements minimes - « hépatite chronique, niveau 1, stade 0-1, compatibles avec l'étiologie de l'hépatite C. Le niveau 1 fait partie d'une gamme possible allant jusqu'au niveau 4, signifiant une cirrhose au niveau le plus élevé ou une maladie à un stade très avancé. Généralement, on ne s'attendrait pas à constater des dommages importants au foie causés par le VHC, pour une période moyenne de 10 à 15 ans à compter du moment de l'infection. Il y a, cependant, 3 facteurs associés à des dommages plus importants qui se manifesteraient plus tôt - (1) le patient est de sexe masculin; (2) le patient est plus âgé; 3) le foie a absorbé de l'alcool ou des toxines. Il a noté qu'en 1999, aucun traitement n'avait été indiqué par le docteur McClean. Bref, la nature de l'évolution de la maladie est telle qu'il est très peu commun de voir des dommages importants au foie chez une personne qui a récemment été exposée au VHC. La maladie chronique prend un certain temps à se manifester.

[25] La compréhension par le docteur Garber des antécédents d'utilisation de drogues intraveineuses par le réclamant fondée sur les notes d'admission du 15 juin 1988 et sur les notes du docteur Sharma de la même date²¹ était à l'effet que le réclamant avait déjà utilisé du Talwin, du Ritalin et du Fiorinal, mais pas durant les derniers 6 ans; c'est-à-dire pas depuis 1982. Son examen des documents de la fiche médicale lui a donné l'impression que l'utilisation de drogues intraveineuses avait été plus longue que pour une courte période de temps en 1978.

[26] Dans le présent cas, il tenait compte du fait qu'une unité de sang n'avait pu être retracée. S'il avait été possible de retracer l'unité, on aurait su avec certitude que la transfusion n'était pas la source de l'infection du réclamant. Même s'il avait été possible de tester cette unité et si elle s'était avérée anti-VHC positive, la question de la source la plus probable de l'infection demeurerait ouverte au débat. Les données statistiques sur le taux d'infection de 1 sur 10 000 résultant des transfusions devaient être examinées en regard d'autres facteurs de risque. Dans le présent cas, les antécédents comprenaient une courte période d'utilisation de drogues intraveineuses en 1978. Ainsi, dans le présent rapport²², il a déclaré : « si, en fait, on doit croire que sa seule utilisation de drogues injectables avait eu lieu à la fin des années 70 et seulement pendant une courte période de temps, telle qu'alléguée initialement, cela rendrait, selon la prépondérance

¹⁸ Même test que l'ALT.

¹⁹ Pièce 2, dossier des experts médicaux fourni par le Centre au docteur Garber pour son examen, p. 51

²⁰ Pièce 2, pages 278 et 279

²¹ Pièce 2, pages 50 à 52

²² Pièce 2, pages 508 et 509

des probabilités, l'infection par l'unité de sang au moins également plausible que celle de la période de temps en 1978 ». Il a estimé que c'était une question de pile ou face et qu'il ne pouvait tirer une conclusion ni d'un côté, ni de l'autre.

[27] Lorsqu'on lui a demandé pourquoi il estimait qu'il était plus probable que l'utilisation de drogues intraveineuses durant les années 80 soit une cause plus plausible qu'une seule unité de sang transfusée qui ne s'était pas avérée anti-VHC positive, il a témoigné que les années 80 étaient différentes. À cette époque, le VHC était devenu plus courant. Le VHC avait été un incident statistiquement moins important avant cette date. Le Centre l'a mal avisé à l'effet que le formulaire sur les autres facteurs de risque mentionnait que le réclamant avait utilisé des drogues intraveineuses sans ordonnance plus de 10 fois, alors que sa déclaration sous serment indiquait > 5 fois et < 10 fois, alors qu'en fait le réclamant avait coché > 5 fois (et n'avait rien coché dans les cases > 10 ou > 30 fois). Cette erreur a été répétée dans son rapport. Cependant, ayant été informé de cette erreur, il n'a pas changé d'avis. Souvent, on voit des utilisations multiples au cours d'une courte période, on a des trous de mémoire et parfois, on voit moins l'utilisation de seringues propres. Ici, les antécédents portaient à la fois sur le Talwin (une amphétamine) et le Ritalin (un neurodépresseur). Lorsqu'il travaillait à Vancouver, ces drogues étaient connues sous le nom d' « amphétamine des pauvres » ou de « cocaïne des pauvres ». Selon lui, s'il y avait en fait eu plusieurs années d'utilisation de drogues intraveineuses pendant les années 80 alors que la transmission du VHC était beaucoup plus courante dans la population, cela indiquerait un niveau plus élevé de probabilité d'infection par suite de l'utilisation de drogues intraveineuses que par suite d'une transfusion.

[28] Au cours du contre-interrogatoire, le Dr Garber a reconnu ce qui suit :

- En réponse à la question à savoir où il avait obtenu les renseignements dans son rapport qui disait ce qui suit : « Il a raconté spécifiquement qu'il avait utilisé du Fiorinal en 1978 à plus de 10 reprises, » le docteur Garber a répliqué qu'il peut les avoir tirés du résumé du Centre et il semble avoir simplement répété inconsciemment les erreurs du Centre.
- L'indication la plus récente d'utilisation de drogues intraveineuses dans les dossiers examinés par le docteur Garber se trouvait dans les notes du docteur Sharma de 1988 qui indiquaient que le réclamant avait cessé 6 ans auparavant ou en 1982.
- En 1988, il n'y avait toujours pas de test pour vérifier le VHC directement qui était toujours connu sous le nom « d'hépatite non A ou non B ».
- Il n'était pas certain s'il y avait eu une sérologie d'hépatite A et il n'était pas certain où il avait obtenu les renseignements notés dans son rapport à l'effet qu'il y avait également eu « des antécédents d'exposition à l'hépatite A de même que peut-être à l'hépatite B », bien qu'il se rappelait avoir vu quelque chose dans la fiche médicale « au sujet d'une exposition aiguë » (hépatite A). [Mme Miller a mentionné qu'il y a une référence « à une exposition à l'hépatite lors de l'admission de la fille à l'hôpital, dans les notes cliniques du 16 juin 1989²³.] En cas de test d'hépatite A négatif, on donne ordinairement un vaccin. Dans le cas présent, il semble qu'on ait seulement fait le test en vue de détecter l'hépatite B et C en janvier 1999.²⁴ Le docteur McClean a noté²⁵ effectivement qu'une soeur était décédée

²³ Pièce 2, page 66

²⁴ Pièce 2, page 287

en 1997 à l'âge de 32 ans des suites d'une insuffisance hépatique au stade ultime et consécutive à l'hépatite C.

- Lorsqu'on lui a demandé s'il était exact de dire que le docteur Garber ne pouvait pas fournir de référence précise relativement à l'exposition par l'hépatite A dans le dossier médical du réclamant, il a répondu qu'il présumait que la fille du réclamant avait contracté l'hépatite B, mais il ne savait pas si le réclamant y avait en fait été exposé.
- Le Dr McClean a indiqué dans son rapport du 12 juillet 1999²⁶ que le réclamant « pensait qu'à un moment donné (lorsque ses niveaux d'enzymes étaient près de 300), on avait effectivement diagnostiqué une hépatite A, bien qu'encore une fois, je n'ai pas de copies de ces résultats. » Il a pu trouver une référence à l'hépatite A uniquement dans la fiche. De cela, il a conclu qu'il y avait peut-être des antécédents d'exposition à l'hépatite A.
- Il n'a vu aucune référence dans les documents de la fiche médicale relativement à l'exposition à l'hépatite B avant 1988.
- L'exposition ne signifie pas nécessairement une infection. Quatre-vingt-dix pour cent (90 %) des gens éliminent l'antigène et donc, se débarrassent de l'infection. Le fait de porter les anticorps signifie que vous avez eu l'infection à un moment quelconque.
- On lui a demandé d'expliquer la conclusion suivante dans son rapport ²⁷, « Donc, selon la prépondérance des renseignements reçus, étant donné qu'il y a plusieurs points d'entrée dans les antécédents médicaux suggérant l'utilisation de drogues injectables durant les années 80... je dirais qu'il est plus probable qu'il ait en fait été infecté par suite de son utilisation de drogues injectables que probablement par l'infection résultant d'une simple unité de sang qui n'a pu être retracée ». Je reconnais que certaines entrées pourraient simplement avoir été des citations d'autres personnes. Par exemple, les notes de 1988 du docteur Sharma ²⁸ pourraient avoir été une répétition des notes de l'infirmière ou du médecin résident chargé de l'admission²⁹. De même, les notes du docteur Sommerville du 20 septembre 1991³⁰ semblent citer les notes du docteur Sharma où le docteur Sommerville a déclaré : « ... une note a été rédigée au sujet du fait qu'il a pris (sic) diverses drogues au cours des années avec mention d'utilisation de drogues intraveineuses et du Talwin, du Ritalin et du Fiorinal spécifiquement documentés. »...« il dit qu'il a cessé complètement de consommer de l'alcool au cours des trois dernières années, n'a pas utilisé de drogues (autres que sous ordonnance ...) depuis environ 8 ans. « Les notes manuscrites du docteur Sommerville en même temps indiquent simplement : « dit qu'il ne consomme pas d'alcool depuis 3 ans et des drogues (autres que le RX) depuis environ 8 ans » (jusqu'en 1983). Les notes ne portent pas sur l'utilisation de drogues intraveineuses, de pilules, de reniflage ou d'autres moyens d'ingestion, et de l'avis de tous, les notes dictées sont beaucoup plus détaillées que les notes manuscrites. Encore une fois, il n'est pas clair si le docteur Sommerville se référait à ce que le réclamant lui avait dit ou non à l'époque ou s'il avait simplement repris les notes antérieures du docteur Sharma.
- On l'a questionné sur la partie suivante de son rapport : « D'autre part, s'il avait été exposé à l'utilisation de drogues injectables après sa transfusion de sang en 1986, ce serait également plausible ou peut-être une cause plus plausible d'infection ». Il a précisé

²⁵ Pièce 2, page 327

²⁶ Pièce 2, page 245

²⁷ Pièce 1, page 509

²⁸ Pièce 2, page 51

²⁹ Pièce 2, page 50

³⁰ Pièce 2, pages 56 et 57

que la déclaration sous serment du réclamant portait sur une condamnation pour usage de narcotiques au milieu des années 90. S'il avait utilisé des drogues durant les années 90, l'utilisation continue aurait augmenté la probabilité d'utilisation de drogues intraveineuses comme cause la plus probable. On a présumé qu'il y avait eu une certaine utilisation à l'époque, bien qu'il ne savait pas s'il s'agissait d'utilisation de drogues intraveineuses ou non; cependant, on a soulevé le drapeau rouge et il fallait fournir une explication.

- Il n'y a aucune preuve d'utilisation de drogues intraveineuses après 1982 ou 1983. Une inculpation de possession mène effectivement à la spéculation quant à l'utilisation de drogues intraveineuses, mais ce cas tombe nécessairement dans le domaine de la spéculation fondée sur l'absence de preuve d'une unité de sang infectée.
- Il reconnaît que l'ensemble plutôt vaste de la preuve médicale n'indique aucune fréquentation de centres de désintoxication ou d'évaluation d'utilisation de drogues.
- Il reconnaît qu'à la fin des années 90, le réclamant a indiqué³¹ avoir fait usage de drogues intraveineuses à la fin des années 70, mais pas au début des années 80.
- Le Talwin et le Ritalin peuvent être ingérés sous forme de pilules aussi bien que par voie intraveineuse, mais cette combinaison d'utilisation n'est généralement pas par voie orale. Quant à la possibilité qu'ils puissent parfois être utilisés séparément et parfois ensemble, il a répondu qu'ils sont normalement utilisés séparément sous forme de médicaments sous ordonnance. Lorsqu'ils sont utilisés pour produire un état « high », ils sont utilisés ensemble, ce qui signifie qu'il serait moins probable qu'ils soient pris par voie orale. Le Ritalin n'est pas une drogue qui agit rapidement, mais s'il est utilisé par voie intraveineuse, il peut créer un « rush ». Traditionnellement, les utilisateurs de drogues n'aiment pas de délais de réaction et donc, les pilules sont généralement écrasées, dissoutes et ensuite injectées.
- Si le réclamant, comme il le déclare, a fait un usage méticuleux de seringues stériles et n'a pas partagé de seringues ou d'attirails, il n'aurait pas contracté le virus en faisant usage de drogues intraveineuses.
- Le processus d'évaluation dans le cas présent se devait d'être un examen sur dossier. Comme le Dr Garber n'a pas eu l'occasion d'interviewer le réclamant, il n'a pas eu l'occasion d'évaluer sa crédibilité.
- On lui a posé des questions sur sa conclusion à l'effet que le risque d'exposition à l'utilisation de drogues intraveineuses après la transfusion de 1986 pouvait être une explication également plausible ou peut-être plus plausible de l'infection. On lui a demandé pourquoi il dit maintenant que le risque qu'une unité de sang durant les années 80 ait été infectée par le VHC était de 1 sur 10 000. On lui a demandé s'il était d'accord avec la proposition qu'entre 1986 et 1990, il y avait eu 1,3 million de transfusions au Canada. Il n'était pas au courant du nombre et ne prétendait pas être un expert en transfusions. Le rapport de un sur 10 000 ne signifie pas que dans un échantillon de une pour chaque 10 000 personnes, une d'entre elles est infectée. Une unité sur 10 000 unités de sang prélevé serait infectée. Il n'a pas contesté la proposition à savoir que si le chiffre de 1,3 million est exact, le plus souvent une personne recevrait plus d'unités de sang. En utilisant des chiffres ronds, si 1 000 000 d'unités ont été transfusées, selon l'application de l'approche du Dr Garber, cela signifierait que 100 unités risqueraient d'être infectées par le VHC. Le Dr Garber a répondu que cela n'est pas nécessairement le cas, car lorsque l'unité est traitée, elle est fractionnée de nouveau et peut être utilisée de différentes façons. On lui a demandé si les transfusions de sang entier étaient plus courantes en

³¹ Au Dr McClean, pièce 2, p. 245.

1986. Il a répété qu'il n'est pas un expert et il a ajouté qu'il croit que les globules concentrées étaient utilisées plus souvent que le sang entier. Une unité de sang infectée est susceptible d'infecter plus d'une personne. On lui a demandé si, hypothétiquement, on utilisait une unité de sang pour quatre personnes, cela signifierait que 4 millions d'unités de sang seraient possiblement infectées et, du point de vue du Dr Garber, une unité sur 10 000 ou 400 unités seraient infectées. On lui a demandé s'il était d'accord qu'on avait démontré que des milliers de personnes avaient reçu du sang infecté au cours de ces quatre années. Il a répondu que 1 sur 10 000 n'est qu'une estimation. Si on vérifie le sang 5 à 10 ans plus tard, on ne sait pas si le donneur était atteint d'hépatite C à cette époque. Il n'a pas inventé ce chiffre de 1 sur 10 000. Cette donnée provenait d'autres sources. La donnée statistique de 1 sur 10 000 n'est pas basée sur les chiffres courants et est basée plutôt sur ceux des années 80. Le chiffre est beaucoup plus bas aujourd'hui, grâce au dépistage, car le risque est maintenant de 1 sur 1 000 000 ou moins.

- On lui a demandé s'il était d'accord que la gamme d'infection par une transfusion en 1985 se situait entre 5 à 10 %. Il ne connaît pas les références à l'appui de cette affirmation et aurait à les examiner, car ces données lui paraissent élevées. Il n'avait pas lu le rapport Krever au cours des 10 dernières années mais se souvenait avoir lu l'étude Blajkman-Feinman sur les facteurs de risque à la fin des années 80.

[29] Lors de la plaidoirie orale et par la suite, le conseiller juridique du réclamant s'est appuyé sur les données suivantes tirées du rapport Krever :

http://epe.lac-bac.gc.ca/100/200/301/hcan-scan/commission_blood_final_rep-e/index.html

Volume 2 – Sections 22 à 26, avec références spécifiques tirées des pages 623 à 713 à la page 713

- 1) Rapport Krever, p. 623, Dr Barker, vice-président, Health Services, American Red Cross a déclaré en 1978 que le risque d'infection d'hépatite post-transfusionnelle due au système de sang aux États-Unis était d'environ 5 à 10 %
- 2) Le Canada n'avait pas de données à cette époque
- 3) P. 630 – Le New England Journal of Medicine de 1981 publie les résultats d'une étude de 1974 à 1979 qui démontre que 10 % sur plus de 5 000 personnes transfusées étaient atteintes d'hépatite post-transfusionnelle
- 4) P. 632 – Selon l'étude des National Institutes of Health publiée dans le Journal of the American Medical Association, 12,7 % des plus de 280 patients de chirurgie à cœur ouvert ayant reçu des transfusions étaient atteints d'hépatite
- 5) P. 639 – Selon le Dr Mosley et le Dr Derrick, il est raisonnable de considérer que le niveau d'infection dans le système canadien était le même, étant donné que l'incidence d'hépatite B était relativement la même dans la population de donneurs de sang de chaque pays
- 6) P. 641 – Selon l'étude sur les virus transmis par suite de transfusions de sang des Annals of Internal Medicine en 1984, sur 1 151 cas, on constate 9,4 % d'infection d'hépatite non A-non B.
- 7) P. 647 – Le Dr Alter a estimé que 5 % des personnes ayant reçu du sang seraient infectées en 1986
- 8) P. 649 – Le Clinical and Investigative Medicine en 1988 a publié une étude de Montréal dans laquelle on constatait un taux d'infection post-transfusionnelle de 8 % (seulement 24 cas vérifiés)
- 9) P. 652 – Selon des résultats préliminaires de l'étude de Feinman, le taux d'infection était de 4 % en 1984 et de 7,6 % en 1985
- 10) P. 663 – Dans son rapport aux directeurs médicaux des CR en 1987, le Dr Leclerc-Chevalier fait état d'un taux d'infection de plus de 9 % en 1987 dans l'étude
- 11) P. 674 – Plusieurs études françaises démontrent un taux d'infection de plus de 5 %
- 12) P. 678 – De 9 % en 1984 à moins de 2 % en 1989 selon Feinman
- 13) P. 680 – Lors d'une réunion du Comité canadien du sang à la fin de 1989, le Dr Hauser estimait un taux d'infection de 4 %
- 14) P. 684 – Selon les résultats de l'étude menée par Blajkman-Feinman, le taux d'infection en 1989 était de 2,02% parmi les quelques centaines de personnes testées

15) P. 713 – Le commissaire Krever accepte l'estimation faite par Gully de 2,2 % de personnes infectées par l'hépatite C post-transfusionnelle à partir du milieu de l'année 1986 jusqu'au milieu de l'année 1990

[30] J'ai fourni à la conseillère juridique du Fonds l'occasion d'examiner et, si avisé du fait, de réagir aux observations statistiques présentées dans l'argument soumis par le conseiller juridique du réclamant. La conseillère juridique du Fonds a répondu comme suit :

Au nom de l'Administrateur, je n'ai pas l'intention de présenter des observations détaillées en réponse à celles présentées au nom du réclamant si ce n'est de souligner que l'Administrateur doit respecter les dispositions de la Convention, du Régime et des protocoles sur le retraçage et l'utilisation de drogues intraveineuses. Dans la même veine, le juge arbitre ou l'arbitre ne peut ignorer les dispositions de la Convention et retourner au rapport Krever.

Tel qu'indiqué dans mes observations finales lors de l'audience..., il n'y a pas de preuve d'expert pour contester l'opinion du Dr Garber, mais simplement l'interprétation personnelle faite par le conseiller juridique au sujet du rapport Krever. L'Administrateur est toujours d'avis que le réclamant n'a pas réussi à démontrer que, selon la prépondérance des probabilités, il était plus probable qu'il ait été infecté par suite de l'unité de sang reçue en 1986 plutôt que par suite de son utilisation de drogues intraveineuses.

C. ANALYSE

[31] Le texte du Régime [article 3.01 (3)] impose un lourd fardeau au réclamant qui a des antécédents d'utilisation de drogues intraveineuses, soit de démontrer qu'il a été **infecté par le VHC pour la première fois** au cours de la période visée par les recours collectifs par suite d'une transfusion de sang. En même temps, ce n'est pas un fardeau insurmontable. Les concepteurs du Régime n'ont manifestement pas eu l'intention d'exclure une personne de la protection prévue au Régime pour la simple raison qu'elle a reconnu avoir fait usage de drogues intraveineuses sans ordonnance à une étape ou l'autre de sa vie. Une telle intention aurait manifestement été mentionnée.

[32] Les individus comportant des facteurs de risque autres que l'utilisation de drogues intraveineuses, tels que les tatouages, les perçages corporels, l'utilisation de drogues intranasales, la prison / l'incarcération, les rapports sexuels non protégés et autres procédures chirurgicales ne doivent que prouver qu'il y a eu transfusion de sang infecté pour pouvoir de prime abord se prévaloir des dispositions du Régime. Dans les situations où l'on considère qu'une unité de sang non retraçable peut constituer une enquête de retraçage non concluante, le Régime donne le bénéfice du doute à de tels individus. Malgré le fait qu'ils aient des facteurs de risque évidents, de tels individus n'ont pas à s'acquitter « de l'important fardeau de la preuve inverse » qui est imposé à ceux qui ont des antécédents admis d'utilisation de drogues intraveineuses, à qui le bénéfice du doute n'est pas accordé.

[33] En dépit du fardeau important imposé au réclamant ayant des antécédents d'utilisation de drogues intraveineuses, l'article 3.01 (3) du Régime reconnaît clairement la possibilité de prouver qu'une première infection était liée à une transfusion. L'article 10.01 (1) de la Convention de règlement prévoit un important rôle de surveillance pour les tribunaux, qui va jusqu'à déterminer, entre autres choses³² (A) si oui ou non des restrictions sur le versement de paiements d'indemnisation devraient être modifiées ou être supprimées entièrement ou partiellement et (B) si les modalités et conditions des Régimes devraient être modifiées en raison d'une insuffisance financière ou d'une insuffisance financière présumée du Fonds en fiducie ».

³² 10.01 (1)(i)

Spécifiquement, la Convention de règlement confère aux tribunaux la juridiction de rendre des jugements ou d'émettre des ordonnances sous la forme requise pour mettre en œuvre ou en application les dispositions de cette Convention et ... de surveiller le rendement continu de cette Convention, y compris les Régimes »... y compris une déclaration à l'effet que les tribunaux :...

- (h) approuveront, annuleront ou modifieront les protocoles soumis par le comité conjoint ou par les conseillers juridiques des recours collectifs;...
- (i) sur requête de l'Administrateur, des conseillers juridiques du Fonds, des vérificateurs, de tout conseiller juridique des recours collectifs, du comité conjoint ou du fiduciaire, fourniront des avis et des orientations.

[34] En vertu de l'article 10 (2) de la Convention de règlement, les PAT et les ordonnances qui fournissent des instructions sur de telles questions décidées par les tribunaux entreront en vigueur seulement quand l'ordonnance deviendra définitive. Le PAT portant sur l'utilisation de drogues intraveineuses sans ordonnance est un exemple du genre de document que les tribunaux sont autorisés à émettre conformément aux dispositions de la Convention de règlement au sujet de différentes questions. Ce PAT établit les procédures selon lesquelles l'article 3.01 (3) du Régime doit être interprété et mis en œuvre, en conjonction avec d'autres dispositions du Régime. Ce PAT relève largement du pouvoir de surveillance des tribunaux en vertu de l'article 10 de la Convention de règlement et doit être suivi étroitement par l'Administrateur, les arbitres et les juges arbitres. Le PAT reconnaît les défis et les fardeaux uniques qui sont imposés aux réclamants ayant des antécédents d'utilisation de drogues intraveineuses sans ordonnance et en fait, contrairement à d'autres parties du Régime, stipule même que dans de telles circonstances, l'Administrateur « devra aider le réclamant en le conseillant sur le genre de preuve qui serait utile pour s'acquitter du fardeau de la preuve conformément à ce PAT ».

[35] Je commencerai mon analyse de la preuve applicable au texte du Régime et du PAT en observant que l'Administrateur ne cherchait pas de façons de rejeter la réclamation dans le présent cas. Au contraire, il a assumé ses responsabilités en interprétant et en appliquant le PAT de façon professionnelle et avec un esprit ouvert. On peut dire la même chose au sujet du docteur Garber. L'Administrateur et le docteur Garber ont tous les deux appliqué les dispositions du PAT de façon appropriée. Bien qu'il y ait une erreur dans les documents expédiés par l'Administrateur au docteur Garber (quant au nombre de cas d'utilisation de drogues intraveineuses déclarés par le réclamant), qui a été répété par le docteur Garber dans son rapport, j'accepte le témoignage du docteur Garber que cette erreur n'a pas influencé son avis de façon significative. Simplement dit, le docteur Garber et l'Administrateur doivent en aucune façon être accusés de s'être appuyés sur les propres rapports du réclamant portant sur son utilisation de drogues intraveineuses pendant les années 80. Le réclamant a fourni sa déclaration sous serment le 10 mai 2004³³. Il a témoigné avoir utilisé des drogues intraveineuses durant une brève période à la fin des années 70. Les dossiers du City Hospital de Saskatoon qui contenaient des admissions apparentes par le réclamant d'utilisation de drogues intraveineuses durant les années 80 n'ont pas été reçus par l'Administrateur avant décembre 2004. Une fois les dossiers reçus, de telles contradictions quant aux périodes d'utilisation de drogues intraveineuses ont, sans doute et de façon tout à fait compréhensible, été une source de préoccupation pour l'Administrateur. Le réclamant n'a pas offert d'explication au sujet de cette contradiction importante avant son audience. L'Administrateur n'a pas cherché à interviewer le réclamant ou à lui demander des clarifications en rapport avec cette contradiction. Donc, les

³³ Pièce 1, pages 79 et 80

questions entourant cette contradiction clé ont été entièrement clarifiées pour la première fois lors de l'audience.

[36] En raison des contradictions inhérentes aux dossiers et aux documents, aux dispositions du texte du Régime et du PAT, j'ai été particulièrement attentif et conscient relativement aux questions de crédibilité en recevant le témoignage du réclamant. En effet, il y a des questions préoccupantes à cet égard. En périphérie, il y avait une incompatibilité quant à la période de temps passée en prison - dans sa déclaration sous serment, il avait déclaré « qu'il avait fait au total environ 6 mois de prison pour avoir été inculpé suite à une « interdiction de conduire », alors que dans son témoignage, il avait précisé qu'il avait passé de 60 à 70 jours en prison. Il y avait également une incompatibilité au sujet de la date d'une de ses deux inculpations pour agression. Il y avait également le fait que le réclamant pensait avoir été hospitalisé au Foothills Hospital de Calgary avec une enflure au bras, ce qui a été contredit par le Foothills Hospital. Plus directement pertinente, la contradiction la plus sérieuse portait sur le fait que le réclamant avait admis avoir utilisé des drogues intraveineuses durant les années 80, ce qu'il a catégoriquement nié, à la fois dans sa déclaration sous serment et dans son témoignage. Il est hors de tout doute que le réclamant avait effectivement déclaré au docteur Sharma le 15 juin 1988³⁴ qu'il n'avait pas utilisé de drogues intraveineuses au cours des six années précédentes, ce qui aurait situé son utilisation de drogues intraveineuses la plus récente à 1982. On peut se demander quant à savoir si le 19 septembre 1991, lorsque le réclamant a rencontré le docteur Sommerville, il a déclaré ne pas avoir utilisé de drogues intraveineuses depuis « +/- 8 ans » ou si le docteur Sommerville répétait simplement ce qu'il a pu avoir lu dans les notes du docteur Sharma, qui faisaient, après tout, partie du dossier du réclamant du même hôpital.

[37] Des questions importantes de crédibilité surgissent inévitablement lorsqu'on examine le témoignage de réclamants ayant des antécédents prouvés de toxicomanie. Ces questions touchent à l'honnêteté d'un réclamant, mais peut-être ce est plus important encore, à sa fiabilité, étant donné les trous de mémoire évidents et le mauvais jugement qui peuvent être associés à la toxicomanie. Cependant, ces questions ne font pas qu'un individu soit automatiquement exclu de l'admissibilité aux bénéfices du Régime; elles doivent être soigneusement examinées dans le contexte de la situation individuelle dans chaque cas.

[38] Ayant eu l'avantage d'avoir soigneusement écouté et observé le réclamant, malgré certaines préoccupations et contradictions, dans la situation unique de ce cas, tout compte fait, je conclus que le réclamant a été un témoin crédible. Bref, j'accepte sa preuve. Essentiellement, son témoignage a été livré de façon directe et impartiale. Il se dévalorisait. Ses émotions et son langage corporel étaient compatibles avec son témoignage. Il n'a pas peint de portrait flatteur de lui-même surtout à diverses étapes de sa vie.

[39] En plus des considérations susmentionnées, j'ai tenu compte des facteurs suivants pour conclure que la prépondérance des probabilités penche en faveur du réclamant dans cette situation unique :

- Le réclamant a des souvenirs clairs et vivides d'une courte période discrète d'utilisation de drogues intraveineuses, du Fiorinal, lorsqu'il vivait à Calgary, alors qu'il avait 18 ou 19 ans, ce qui situerait la date à 1977 ou 1978.
- Dans le formulaire sur les autres facteurs de risque et dans sa déclaration sous serment, le réclamant indique que son utilisation de drogues intraveineuses avait été de > X5 (mais moins

³⁴ Pièce 1, page 127

de 10 fois). Dans son témoignage, il a déclaré avoir cessé d'utiliser des drogues intraveineuses après 4 ou 5 reprises. Dans sa déclaration sous serment et dans son témoignage, il a déclaré avoir utilisé du Fiorinal pendant moins d'une semaine. Dans son témoignage, il a déclaré ne pas en avoir utilisé chaque jour de la semaine en question.

- Le réclamant a été clair tout au long à l'effet qu'à l'époque, pendant les années 70, il avait utilisé des drogues intraveineuses; il avait acheté dans une pharmacie un paquet de 10 seringues stérilisées empaquetées individuellement; il avait utilisé des nouvelles seringues stériles à chaque occasion; il n'avait jamais partagé de seringues, d'attirails ou de drogues et n'avait pas utilisé toutes les 10 seringues. Il a témoigné qu'après avoir été à l'urgence, il avait jeté les seringues qui lui restaient.
- Le témoignage du réclamant à l'effet qu'il ait subi une réaction indésirable sérieuse qui lui a causé une enflure au bras dans lequel il s'était injecté la drogue fournit un point repère traumatique dans le temps et clairement identifiable auquel le réclamant a été en mesure de relier sa décision de cesser son utilisation de drogues intraveineuses. Une telle réaction aurait beaucoup inquiété et effrayé quiconque. Cependant, je constate que la réponse à cet événement inattendu et sérieux causé par l'inexpérience de l'utilisateur a été grandement exacerbée dans ce cas en raison des préoccupations intenses du réclamant et, en fait, l'inquiétude liée à ses tendances claires d'hypocondrie. En effet, le réclamant a présenté un témoignage convaincant quant aux circonstances entourant sa cessation d'utilisation de drogues intraveineuses, qui fournit un point de référence clair permettant d'expliquer ses souvenirs vivides à cet égard.
- Il était difficile et embarrassant pour le réclamant de témoigner relativement à son mensonge devant le Dr Sharma quant au moment de son usage de drogues intraveineuses et aux circonstances entourant cet usage. Néanmoins, le réclamant a, en fait, fourni une explication plausible qui, bien que peut-être non justifiable objectivement, semblait sincère du point de vue subjectif, pour un individu qui était devenu de plus en plus malade, qui se retrouvait à la fin d'une série de rendez-vous médicaux où les médecins semblaient ne pas le croire, qui désespérait d'être pris au sérieux de manière à pouvoir obtenir de l'aide, mais qui était mal conseillé sur la façon de l'obtenir.
- Je ne suis pas en mesure de conclure, d'une façon ou d'une autre, si le Dr Sommerville notait les renseignements que le réclamant lui transmettait à cette époque ou ceux fournis par le Dr Sharma qui étaient déjà consignés dans le dossier médical du réclamant, relativement à l'usage de drogues intraveineuses pendant les années 80. Le rapport au Dr Sharma est la seule indication claire que le réclamant avait déclaré à quelqu'un qu'il y avait eu usage de drogues intraveineuses pendant les années 80. À mon avis, le réclamant a expliqué ce mensonge d'une manière satisfaisante.
- Bien que n'étant pas avec le réclamant à chaque seconde durant les années 80, l'ex-conjointe du réclamant avait vécu avec lui pendant une bonne partie de cette période, n'a vu aucune preuve quelconque d'usage de drogues intraveineuses et a entendu le réclamant parler de l'usage de drogues intraveineuses de façon très négative. Elle a témoigné de l'honnêteté du réclamant dans leurs relations. Ses rapports avec le réclamant étaient tumultueux et ont mal tourné. Il semble que le réclamant a été reconnu coupable d'agression contre elle. Son

témoignage était très direct et donné sans ruse ou enjolivure. Je conclus qu'elle a été un témoin impressionnant et j'accepte son témoignage. Son témoignage corrobore celui du réclamant à l'effet qu'il ne faisait pas usage de drogues intraveineuses pendant les années 80. Si cela s'était produit, il est difficile de croire qu'elle n'en aurait pas été consciente, du moins qu'elle n'aurait pas eu le moindre soupçon à cet égard. Elle a aussi témoigné quant à l'état d'esprit du réclamant durant les années 80 et notamment, quant à la preuve de présence d'hypocondrie et aux préoccupations du réclamant de ne pas être pas cru par les médecins, ce qui jette un peu de lumière corroborante sur le mensonge du réclamant au Dr Sharma.

- En juillet 1999, plusieurs mois avant l'entrée en vigueur de l'ordonnance de la Convention de règlement des recours collectifs relativement aux facteurs de risque pour le VHC déclarés par le réclamant à son médecin spécialiste des maladies infectieuses, le Dr McClean³⁵, le réclamant a divulgué qu'il avait eu une transfusion de sang en 1986 et qu'il avait fait usage de drogues intraveineuses durant les années 70, mais qu'il n'avait pas partagé de seringues. Il n'y avait aucune mention relative à l'usage de drogues intraveineuses durant les années 1980.
- Dans les nombreux dossiers médicaux fournis, il n'y a aucune indication à l'effet que le réclamant ait déjà été traité pour toxicomanie, ce à quoi on serait en mesure de s'attendre de la part d'une personne qui peut avoir fait un usage chronique plus important de drogues intraveineuses qu'elle ne le laisserait entendre.

[40] Le témoignage du Dr Garber quant à l'évolution de la maladie est un témoignage à double tranchant. Il a témoigné qu'on ne s'attendrait pas à constater des dommages importants au foie en raison du VHC pendant une durée moyenne de 10 à 15 ans à compter du moment d'infection. Il y a, cependant, trois facteurs qui sont associés au fait que des dommages plus sérieux au foie se manifestent plus tôt - (1) le fait d'être de sexe masculin; (2) le fait d'être plus âgé; (3) le fait que le foie ait absorbé plus d'alcool ou plus de toxines. Dans le cas présent, si le réclamant avait été infecté à la fin des années 70, on se serait alors attendu à en constater des manifestations claires vers 1987 à 1992. Cela peut s'être produit plus tôt dans le cas du réclamant qui est de sexe masculin et qui a consommé une quantité importante d'alcool. Au lieu, il y avait seulement des dommages minimaux vers 1999, ce qui tend à exclure l'usage de drogues intraveineuses durant les années 70 comme étant la source probable d'infection, bien que le Dr Garber ait été d'avis que s'il s'était agi d'usage de drogues intraveineuses uniquement durant les années 70, cela aurait quand même été une question de pile ou face. Une question de pile ou face ne permettrait pas au réclamant de se prévaloir des dispositions du Régime, étant donné qu'il doit s'acquitter du fardeau de la preuve. Il est clair que si l'usage de drogues intraveineuses s'était en fait produit durant les années 80, ce que je conclus ne pas être le cas, cela aurait créé un risque plus élevé d'infection du réclamant et un risque d'échec juridique plus élevé dans le cas présent, étant donné le témoignage sur l'évolution de la maladie. Le témoignage du Dr Garber sur les sources probables d'infection s'appuie sur l'hypothèse qu'il peut y avoir eu des instances de partage de seringues ou d'attirails au cours d'une période plus longue, une hypothèse qu'il n'est pas déraisonnable d'envisager dans les circonstances, étant donné les rapports contradictoires sur l'usage de drogues intraveineuses. Cependant, il a reconnu candidement que si le réclamant avait utilisé un attirail stérilisé et s'il n'avait pas partagé de seringues, l'usage de drogues intraveineuses ne serait pas la source d'infection.

³⁵ Pièce 1, pp. 630 à 633

[41] Je conclus que le réclamant a établi, 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. En concluant que le réclamant s'est acquitté du fardeau de la preuve prévu au paragraphe 3.03 du Régime, je voudrais souligner deux points :

(a) Je ne conclus pas qu'il est nécessaire de tirer des conclusions en rapport avec la recherche bibliographique du rapport de la Commission Krever mise de l'avant dans l'argument du conseiller juridique du réclamant, quant aux risques d'infection par le VHC par suite de la transfusion pendant les années 1980. Je n'ai pas les connaissances contextuelles et les données probantes qui mènent à de telles conclusions permettant d'entreprendre une analyse et une interprétation éclairées quant à leur signification. Le Dr Garber n'a pas désavoué sa confiance dans la donnée statistique de 1 sur 100 000. De plus, ces données statistiques n'ont pas fourni une analyse des risques relatifs d'infection par suite de la transfusion en rapport avec l'usage de drogues intraveineuses qui permette d'évaluer de façon appropriée la question des possibilités par opposition aux probabilités. De même, le nombre de personnes jugées admissibles aux prestations prévues dans le cadre du Régime jette effectivement et nécessairement la lumière sur les enjeux médicaux concernés, puisqu'il y a des facteurs de considérations différents visés par l'application du Régime par rapport à ceux visés par les études médicales, y compris les facteurs comme l'application du bénéfice du doute aux réclamants qui ne font pas usage de drogues intraveineuses dans le cas de résultats de retraçage non concluants.

(b) Ce sont là des cas très uniques. Le cas présent se situe tout juste à l'intérieur des limites, bien qu'un peu au-delà de celles-ci, en autant que le réclamant soit concerné. La décision dans le cas présent doit forcément se limiter aux faits uniques que j'ai constatés et comme tel, ne doit pas être interprétée comme pouvant être appliquée ou perçue comme établissant un précédent à la grandeur du système. Il est certain que dans le cas du réclamant dont les antécédents d'usage de drogues intraveineuses sont plus largement documentés que dans le cas présent, même avec la preuve d'un usage de seringues ou d'attirails stériles, le fardeau imposé par le Régime et le PAT sera inéluctablement plus difficile à respecter, étant donné l'effet composé des questions de crédibilité quant à l'honnêteté, et ce qui est encore plus pertinent, quant à la fiabilité. Généralement, dans le cas d'un rapport non positif préparé par un expert de l'envergure du Dr Garber, on s'attendrait à ce que le réclamant cherchant à réfuter un tel rapport remettrait une preuve très solide experte lui permettant de réfuter un tel rapport.

D. Décision

[42] Après avoir soigneusement examiné la Convention de règlement, le Régime, le PAT et le témoignage de vive voix et la preuve documentaire présentée, le refus par l'Administrateur de la demande d'indemnisation du réclamant est par la présente infirmé. Je conclus que le réclamant est admissible aux bénéfices en vertu du Régime. Le réclamant a également droit aux dépenses. Cependant, compte tenu du fait qu'il n'a pas offert à l'Administrateur une explication quelconque relativement à ses commentaires de 1988 au Dr Sharma à un moment donné avant l'audience, ces dépenses sont limitées à 50 % des dépenses permises par le taux établi à cette fin. En cas de différend entre le réclamant et l'Administrateur quant au niveau d'indemnisation qui sera attribué ou aux dépenses, je me réserve le droit de décider de telles questions, sur avis écrit de la part de l'une ou de l'autre des parties.

[43] Cette cause était difficile et complexe. L'examen des arguments probants présentés par les deux parties m'ont donné du fil à retordre. En effet, je suis reconnaissant envers les deux conseillers juridiques pour leur courtoisie et leur aide tout au long de cette audience.

FAIT en Saskatchewan, ce 18^e jour de septembre 2006.

Signature sur original

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

CE DOCUMENT a été préparé par : Daniel Shapiro, c.r.
Avocat, arbitre agréé et médiateur
311, 21^e Rue Est
Saskatoon, Saskatchewan
S7K 0C1
Téléphone : (306) 244-5656