

**RÈGLEMENT DES RECOURS COLLECTIFS RELATIF À L'HÉPATITE C 1986-1990**

**DANS UN APPEL DE LA  
DÉCISION DE L'ADMINISTRATEUR**

**REPRÉSENTANT D'UN RÉCLAMANT : n° 15688**

**ARBITRE : C. Michael Mitchell**

**LE 17 SEPTEMBRE 2024**

## DÉCISION

1. Il s'agit d'une demande d'examen de la décision de l'Administrateur de rejeter la réclamation de la succession d'une personne directement infectée (« PDI »). Née en 1967, la PDI est décédée en mai 2006, à l'âge de 38 ans. Le certificat de décès indique qu'une intoxication grave à la cocaïne a été la cause du décès (par inhalation, et non par injection intraveineuse). L'insuffisance rénale, l'insuffisance cardiaque congestive et l'hépatite C sont indiquées comme facteurs contributifs.
2. En l'espèce, il n'est pas contesté que la PDI était atteinte d'hépatite C et qu'elle avait reçu une transfusion sanguine pendant la période visée par le recours collectif, plus précisément en 1988, d'un donneur de sang infecté par le virus de l'hépatite C (« VHC »). La question qui se pose en l'espèce découle du fait que le réclamant a admis que la PDI avait pris une drogue, à savoir de la cocaïne, par voie intraveineuse, une fois, en 1991. À la suite de cette admission, l'Administrateur, comme requis, a obtenu l'avis d'un médecin qualifié pour déterminer s'il était plus probable que la PDI a été infectée par la consommation de drogue par voie intraveineuse que par la transfusion sanguine. Après avoir reçu l'avis du médecin, selon lequel il était plus probable que la PDI ait été infectée par la consommation de drogue par voie intraveineuse que par la transfusion sanguine, l'Administrateur, au regard de l'ensemble de la preuve, a déterminé que le réclamant n'avait pas satisfait à l'obligation de démontrer que la PDI avait été initialement infectée par le virus par une transfusion sanguine contaminée pendant la période visée par le recours collectif. C'est cette décision de l'Administrateur qui est visée par le présent appel.

## Preuve

3. Née en 1967, la PDI a un historique médical difficile et malheureux, qui a abouti à une insuffisance rénale chronique en 1985, à l'âge de 17 ans. Une greffe de rein a été effectuée peu de temps après, mais elle a été rejetée, en partie en raison du fait que la PDI n'a pas respecté strictement le régime de médicaments contre le rejet. Quelques années plus tard, la PDI a subi une deuxième greffe de rein, qui a été réussie pendant un certain temps. En tant qu'adolescente et jeune adulte pendant la période visée par le recours collectif (1986 à 1990), la PDI avait subi de nombreuses dialyses et un grand nombre de transfusions sanguines, soit un total de 69. Il convient de noter qu'une fois qu'une seule transfusion de sang contaminé a été identifiée comme ayant eu lieu pendant la période visée par le recours collectif en 1988, conformément aux dispositions du Régime, aucune des autres transfusions que la PDI a reçues pendant la période visée par le recours collectif n'a été vérifiée pour déterminer si le sang transfusé était contaminé.
4. La PDI a ensuite subi un remplacement de valvules cardiaques et a finalement développé une insuffisance cardiaque congestive. Elle a subi une deuxième greffe de rein en 1991.
5. En examinant les dossiers médicaux détaillés, des notes de progrès de l'(hôpital) datées de février 1985 indiquent que, lorsque la PDI venait de fêter ses 17 ans, elle fumait des cigarettes, reconnaissait consommer fréquemment du cannabis et

du haschisch, et [traduction] « reconna[issait] avoir consommé des drogues illicites (pilules, etc.), bien qu'elle ait nié en avoir consommé au cours des dernières semaines ». Il n'y avait aucune mention à une consommation de drogue par voie intraveineuse.

6. Dans une note d'infirmière datée du 20 mai 1985 de l'(hôpital), il est mentionné que la PDI était souvent en retard pour ses rendez-vous de dialyse et s'entendait bien avec ses pairs, mais qu'elle avait de la difficulté à respecter les figures d'autorité. Elle se montrait parfois peu coopérative, surtout lorsqu'elle était dépassée et effrayée. Le (XXXX) 1985, lorsque la PDI a été hospitalisée pour sa greffe, une autre note d'infirmière mentionnait les habitudes de consommation de la PDI, notant qu'un petit ami avait apporté une thermos de vin fait maison. Il a été noté que la PDI s'est fâchée parce qu'elle n'était pas autorisée à boire ce vin.
7. Dans une note de consultation du service de médecine des adolescents à l'(hôpital) le (XXXX) 1985, il a été noté qu'elle était en train de quitter de l'(hôpital) (ce jour-là) après une greffe de rein. Il a été noté qu'elle était une jeune femme agréable, sans détresse apparente et ayant l'air en très bonne santé. La personne qui a passé la PDI en entrevue était consciente que la PDI avait été [traduction] « agressive envers les membres du service » et que, médicalement, il y avait de réelles préoccupations concernant sa conformité au régime immunosuppresseur.
8. Il est noté dans les dossiers que la PDI a arrêté d'aller à l'école en 1984, en 9<sup>e</sup> année, et qu'elle avait déjà redoublé la 8<sup>e</sup> année et la 9<sup>e</sup> année. Elle a indiqué qu'elle a abandonné l'école parce qu'elle n'était pas intéressée. À l'époque, elle vivait avec sa mère et le petit ami de sa mère, ainsi que deux de ses sœurs et les enfants du petit ami de sa mère.
9. Un rapport du travailleur social daté du (XXXX) 1985, après la greffe, a noté qu'au moment du renvoi, la PDI ne s'était pas présentée à des rendez-vous réguliers en consultation externe et refusait de participer à une biopsie rénale et à une scintigraphie rénale. Au moment du renvoi, la PDI vivait toujours chez elle, avec sa mère et le conjoint de sa mère. Trois autres adolescents vivaient dans la maison familiale. Sa grand-mère maternelle avait également manifesté, par le passé, des préoccupations appropriées pour la PDI. À cette époque, elle ne fréquentait aucune école, n'était pas employée et était réputée avoir un mode de vie extrêmement [traduction] « indépendant de la rue ». Au moment de l'entrevue en juillet 1985, elle ne respectait pas son régime de médicaments contre le rejet, et prenait et renouvelait ses médicaments de manière irrégulière. Elle a refusé d'être admise à l'hôpital pour une scintigraphie rénale et a refusé de subir une biopsie rénale. Malgré les exhortations de son médecin à se conformer, à se rendre régulièrement à la clinique et à respecter son régime de médicaments, la PDI ne l'a pas fait.
10. Elle a été décrite comme une jeune adulte féminine de 17 ans et demi qui gère ses besoins médicaux de manière irresponsable et inappropriée. Il a été affirmé que son historique psychologique révélait une jeune enfant ayant vécu de longues et importantes séparations d'une figure parentale constante et grandi dans une atmosphère d'incohérences et d'irrégularités. Elle abordait son environnement avec hostilité et ambivalence. Elle anticipait activement le rejet et

la désapprobation. Elle était souvent en colère contre les professionnels qui cherchaient à l'aider et se méfiait de leurs motivations. Elle anticipait le rejet, car elle ne tolérait pas de supposer qu'une relation de soutien et de soins soit possible. Par conséquent, il était difficile pour l'équipe de l'aider.

11. Le travailleur social croyait que la PDI serait peu coopérative à l'égard du processus de transfert des soins de l'(hôpital) une fois qu'elle atteindrait l'âge adulte de 18 ans. Le pronostic à long terme en ce qui a trait à sa gestion était très prudent, car on prévoyait qu'elle résisterait aux efforts d'aide de tout professionnel de la santé.
12. Le (XXXX) 1986, la PDI s'est présentée au service d'urgences de l'(hôpital) avec des problèmes rénaux. Elle a été hospitalisée à partir de cette date, jusqu'au (XXXX) 1986. Le résumé final de son hospitalisation indiquait qu'elle avait un lourd passé de tabagisme excessif, d'alcoolisme et d'abus de drogues illicites. Il n'y avait aucune mention à une consommation de drogue par voie intraveineuse.
13. La PDI a été vue à nouveau au service d'urgences de l'(hôpital) le (XXXX) 1986. Une fiche de son historique, apparemment datée du (XXXX) 1986 montre qu'on a recommandé son admission à l'hôpital, avec des analyses sanguines, y compris un test de dépistage de drogues, particulièrement la cocaïne, le Talwin et les amphétamines. Les résultats du test de dépistage de drogues n'ont révélé aucune consommation de drogue par voie intraveineuse (ni aucune autre consommation de drogue), mais D<sup>r</sup> G (voir ci-dessous) a supposé que le rapport complet du test de dépistage de drogues n'était peut-être pas dans le dossier, car il n'était pas positif pour la présence de cocaïne, de Talwin ou d'amphétamines. À une autre date en 1986, la PDI a perdu l'usage de son rein greffé et a dû subir des dialyses constantes par la suite. En 1991, la PDI a subi une deuxième greffe de rein. On ne m'a jamais renvoyé aux dossiers de sa deuxième greffe de rein ou à toute conclusion de consommation de drogue par voie intraveineuse à cette époque.
14. En 1991, la PDI a été admise à l'hôpital parce que, bien qu'elle ait bien réagi à l'hémodialyse selon les dossiers de l'hôpital, elle a été admise en raison de sa difficulté à maintenir la perméabilité de sa greffe artérioveineuse avant gauche. D<sup>r</sup> G a expliqué que ces greffes faisaient partie du traitement de dialyse et étaient difficiles à maintenir, car elles s'engorgeaient. Rien n'indique si la difficulté liée à la greffe découlait de la dialyse ou de la consommation de drogue par voie intraveineuse. Le rapport du chirurgien à l'époque n'indique pas la source de la difficulté, et ne fournit aucune indication ou preuve de la consommation de drogue par voie intraveineuse.
15. D<sup>r</sup> G a mentionné l'existence de dossiers médicaux montrant que la PDI a quitté l'hôpital de manière inattendue et sans autorisation. On ne m'a ni renvoyé à ces dossiers ni informé des circonstances ou moments précis de ces absences, mais D<sup>r</sup> G n'a pas non plus été contre-interrogé à leur sujet. On ne m'a soumis aucun dossier montrant que le personnel hospitalier à l'époque associait ces absences aux symptômes de sevrage soumis par la PDI.
16. Plus tard dans sa vie, la PDI s'est mariée, bien que le mariage n'ait pas duré. Elle a mené une grossesse à terme, donnant naissance à un fils, qui soumet

maintenant la présente demande d'indemnisation au nom de la succession de sa mère.

17. Pour résumer la preuve susmentionnée, rien n'indique directement, dans l'ensemble du très volumineux dossier médical, que la PDI avait consommé de la drogue par voie intraveineuse avant la transfusion sanguine en 1988, ou avant 1991. Cependant, il y a plusieurs renvois à la consommation de [traduction] « drogues illicites », sans précision indiquant quelles drogues étaient consommées et si elle allait au-delà de la marijuana, du haschisch, des « dopants » ou de l'« ecstasy » pour inclure la consommation de drogue par voie intraveineuse.
18. La PDI a reçu plusieurs transfusions sanguines, soit 12 pendant la période antérieure au recours collectif du (XXXX) 1985 au (XXXX) 1985, dont trois n'ont pas été testées. Elle a reçu 69 transfusions pendant la période visée par le recours collectif, de 1986 à 1990, qui n'ont pas été testées, sauf celle dont le résultat était positif. Comme il est indiqué ci-dessus, une fois qu'il y a eu identification de sang contaminé à la suite d'une transfusion en 1988, aucun des 68 autres dossiers de donneurs de sang n'a été examiné pour déterminer si le sang du donneur était contaminé.
19. Le réclamant a appelé plusieurs témoins. Les membres de la famille de la PDI, y compris sa sœur et son frère qui vivaient avec la PDI à différents moments, ont témoigné que la PDI ne consommait aucune drogue par voie intraveineuse, et ils ont affirmé que, si elle l'avait fait, ils l'auraient su. Sa sœur cadette, en particulier, qui vivait avec la PDI au cours de la période pertinente, a témoigné que les deux sœurs partageaient une chambre et étaient très proches, de sorte qu'elle aurait su si sa sœur avait consommé de la cocaïne avec des aiguilles. Un ami de la famille a témoigné que la PDI avait un tatouage sur ses fesses, mais sa sœur a nié ce fait en affirmant qu'elle avait un tatouage d'une rose sur sa poitrine. À mon avis, cela n'est pas indicatif de l'exactitude des souvenirs de la sœur par rapport à ceux de l'ami de la famille beaucoup plus éloigné qui a également témoigné. L'ami de la famille, un enseignant qui entretenait une relation avec un oncle de la PDI, a témoigné qu'il observait souvent la PDI, mais que la plupart de ses connaissances sur la PDI provenaient de son partenaire, qui passait beaucoup de temps avec elle et l'accompagnait à ses rendez-vous de dialyses et lorsqu'elle a été hospitalisée. La source de beaucoup des renseignements de l'ami était donc des oui-dire provenant de son partenaire, qui n'a pas témoigné. J'ai conclu que la majorité de la preuve des amis de la famille concernant la consommation possible de drogue par voie intraveineuse de la PDI est peu convaincante, sauf sur un point : l'ami de la famille et tous les membres de la famille ont témoigné que la PDI avait une haine particulière et une peur des aiguilles en raison de ses nombreux traitements de dialyse.
20. Les services de D<sup>r</sup> G ont été retenus pour fournir l'avis médical que les protocoles de l'Entente de règlement relative à l'hépatite C exigent de l'Administrateur en raison de l'admission du réclamant selon laquelle la PDI a consommé à une occasion de la drogue par voie intraveineuse en 1991. D<sup>r</sup> G est un interniste et professeur à l'(université) spécialisé dans les maladies infectieuses, dont les services ont été retenus par l'Administrateur pour le conseiller. Il a également témoigné lors de l'audience et a été contre-interrogé. Son avis écrit était le

suivant :

[Traduction] J'ai examiné le dossier complet que vous m'avez fourni concernant la famille du réclamant susmentionné. En bref, il s'agit d'une femme qui a développé une insuffisance rénale à l'âge de 16 ans en lien avec une néphropathie à IgA (1984). Elle a subi une greffe de rein en 1985, mais le rein a été rejeté moins d'un an plus tard en raison du non-respect du régime de médicaments immunosuppresseurs. À l'époque, il a été déclaré qu'elle était une grosse fumeuse, une buveuse excessive et une grosse consommatrice de drogue. Il n'y a aucun détail concernant le type de drogues consommées. Elle a ensuite commencé l'hémodialyse et a reçu des transfusions sanguines régulières pendant la période de 1986 à 1990, et l'une de ces unités provenait rétrospectivement d'un donneur porteur d'anticorps contre l'hépatite C. Elle a également reçu plusieurs transfusions sanguines entre 1984 et 1986, dont 9 sur 12 étaient négatives et 3 n'ont pas été testées ou retrouvées.

Son historique médical est compliqué par une maladie valvulaire cardiaque, et une deuxième greffe rénale a été couronnée de succès en 1991. Elle a mené une grossesse à terme. Elle a également souffert d'une endocardite à entérocoques et subi une chirurgie de remplacement de valvules subséquente (valves aortique et mitrale). Son rein a commencé à défaillir vers 2000 et elle a dû subir une autre hémodialyse. Elle est décédée en 2006 d'une surdose aiguë de cocaïne et d'une insuffisance rénale.

Elle a été diagnostiquée positive aux anticorps contre l'hépatite C. Je ne vois aucun test d'antigène, charge virale ou génotype. Son SGPT était normal pendant la majeure partie de cette période, mais il était de 77 au début de 1994 et, occasionnellement, légèrement supérieur à la limite supérieure de la normale, mais pas 1,5 fois la limite supérieure de la normale. Lors de l'autopsie, son foie a montré des signes de fibrose minimale et une inflammation de grade 1+.

La question est de savoir si, selon la prépondérance des probabilités, elle a contracté le VHC par une transfusion sanguine ou par une injection de drogue. La question est de savoir si, selon la prépondérance des probabilités, elle a contracté le VHC par une transfusion sanguine ou par une injection de drogue. Son historique de consommation de drogue par voie intraveineuse est indirectement documenté à plusieurs reprises dans le dossier médical, et il y a une mention de l'hépatite dans le dossier remontant à 1988. Il n'y a aucune autre description. Son non-respect du régime de médicaments et son habitude de quitter l'hôpital contre l'avis médical suggèrent également une toxicomanie active. Il ne fait aucun doute que ce comportement est antérieur à la transfusion de sang infectée par le VHC documentée en 1988. De plus, trois unités de sang transfusées au cours de la période de

1984 à 1986 n'ont pas été testées.

Il convient de noter la progression minimale de la maladie hépatique identifiée en 2006, 18 à 22 ans après son infection. Par conséquent, je ne peux pas identifier avec précision une possible date d'infection au cours de la période de 1984 à 1988 en tant que date de sa source d'infection. Je n'ai identifié aucun antigène ni test viral, et je me demande si elle aurait pu être l'une des 25 % de personnes infectées par le VHC qui ont spontanément éliminé leur infection virale.

Quoi qu'il en soit, sa maladie rénale et son insuffisance rénale précédaient toute infection par le VHC; par conséquent, une indemnisation de niveau 6 n'est pas appropriée, car le VHC n'est pas la cause déclenchante. Elle n'a pas non plus de fibrose septale ou non septale, comme notée à l'autopsie; par conséquent, les niveaux 3 et 4 ne sont pas applicables. Cela laisserait le niveau 1 ou 2, dépendamment si un virus réel a été identifié. Je pense aussi qu'il est assez clair que la cause du décès n'était pas liée à une insuffisance hépatique ou à une maladie hépatique active.

21. D<sup>r</sup> G a été invité à fournir un avis supplémentaire, dans lequel il déclare ce qui suit :

[Traduction] J'ai fourni un avis concernant l'affaire susmentionnée à l'Administrateur du fonds du Règlement des recours collectifs 1986-1990, daté du 5 juin 2020. On m'a demandé de préciser ma réponse à la question de savoir « si l'infection par le VHC et les antécédents de maladie de la PDI s'apparentent davantage à une infection au moment de la réception du sang, à la ou aux transfusions sanguines au cours de la période visée par le recours collectif ou à une infection secondaire, ou encore à une infection au moment de la consommation de drogue par voie intraveineuse sans ordonnance, comme l'indique l'ensemble des éléments de preuve médicaux ».

Selon la preuve qui m'a été soumise dans le dossier médical, cette personne avait des antécédents de consommation de drogue. Son non-respect du régime de médicaments et son habitude de quitter l'hôpital contre l'avis médical suggèrent également une toxicomanie active. Il ne fait aucun doute que ce comportement est antérieur à la transfusion de sang infectée par le VHC documentée en 1988. De plus, trois unités de sang transfusées au cours de la période de 1984 à 1986 n'ont pas été testées. Ainsi, selon moi, il est plus probable que ce patient ait été infecté avant la période visée par le recours collectif (1986 à 1990), très probablement à la suite de la consommation de drogue par injection, mais je ne peux pas exclure la possibilité d'une infection liée aux trois unités de sang qui n'ont pas pu être testées.

22. Le témoignage oral de D<sup>r</sup> G était qu'au cours de ses premiers jours à l'école de médecine en tant qu'interne, il a été confronté au début de l'hépatite C comme

une maladie dangereuse. À l'époque, personne ne connaissait la cause de la maladie et elle était appelée « hépatite non A » et « hépatite non B ». Il n'y avait aucun test de diagnostic pendant plusieurs années jusqu'en 1984. À Vancouver, où il travaillait à l'époque, on savait que la maladie semblait être contractée par le sang, mais il devait y avoir une rupture de la peau, et non pas seulement un contact avec le sang, et la majorité écrasante des patients atteints semblaient être des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. La consommation de drogue par voie intraveineuse dans le cadre de laquelle des aiguilles étaient partagées semblait être une autre source de la maladie, tout comme les tatouages. Le partage de pailles était connu comme une source de transmission.

23. Il a témoigné que la transmission par transfusion sanguine est le moyen le plus efficace de contracter la maladie, car on reçoit une unité complète de sang, et non pas seulement quelques gouttes comme avec l'exposition à une aiguille.
24. Il a témoigné qu'il n'a jamais vu le patient en l'espèce, mais la PDI était sous dialyse et aurait eu un cathéter de dialyse, puis une fistule veineuse qui est une connexion entre les vaisseaux sanguins, dans le creux du coude, car cela permet l'insertion d'une aiguille plus grosse. Normalement, un patient subit une dialyse trois fois par semaine, ce qui facilite grandement l'accès aux vaisseaux sanguins, si le patient insère également des aiguilles pour la consommation de drogue par voie intraveineuse. La dialyse permettrait l'accès le plus facile pour l'injection chez le consommateur de drogue par voie intraveineuse.
25. Il a noté que, lorsqu'une personne arrête de consommer de la drogue, le besoin de narcotiques provoque un comportement comme exiger de quitter l'hôpital plus tôt que conseiller tôt ou quitter simplement pour aller chercher de la drogue. Ce n'est pas le genre de comportement typique pour quelqu'un qui a subi une greffe. Quitter l'hôpital de manière précipitée est nettement inhabituel pour un patient ayant subi une greffe. Un historique de consommation de drogue serait une raison plausible pour expliquer ce type de comportement.
26. D' G a ajouté que l'une des choses remarquables en l'espèce était le manque de preuve médicale de la progression de cette maladie chez la PDI. L'autopsie a révélé peu de fibrose du foie. Cela suggère peut-être qu'il n'y avait aucune maladie active présente. D'autre part, 25 % des personnes qui ont contracté le virus l'ont éliminé et ce phénomène médical n'est pas compris.
27. En ce qui concerne la question de savoir si l'infection était plus susceptible d'avoir été contractée en 1988 ou en 1984, lorsqu'il y a eu une possible consommation de drogue par voie intraveineuse, il n'était pas en mesure de le dire, surtout compte tenu de la faible présence de la maladie.
28. Il a témoigné en disant que son second avis n'était pas différent de son avis initial.

### **Dispositions juridiques pertinentes**

29. Les dispositions pertinentes de l'article 3 du Régime sont les suivantes :

3.05 Réclamation par le représentant personnel d'une personne infectée par le VHC

1. Quiconque prétend être le représentant personnel au titre du VHC d'une personne infectée par le VHC décédée doit remettre à l'administrateur, dans les trois ans suivant le décès de cette personne infectée par le VHC ou dans les deux ans suivant la date d'approbation, selon la dernière de ces éventualités à survenir, un formulaire de demande établi par l'administrateur accompagné des documents suivants :

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

(b) à moins que la preuve exigée n'ait déjà été remise à l'administrateur :

(i) si le défunt était une personne directement infectée, la preuve exigée par les paragraphes 3.01 et 3.03;

[...]

### 3.01 Réclamation par une personne directement infectée

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

[...]

(c) une déclaration solennelle du réclamant, indiquant

(i) qu'il n'a jamais utilisé de drogues intraveineuses sans ordonnance,  
[...]

### 3.05 Réclamation par le représentant personnel d'une personne infectée par le VHC

[...]

5. Aux fins des paragraphes 3.05(1) et (2), la déclaration solennelle exigée par les paragraphes 3.01(1)c) et 3.02(1)a) doit être faite par une personne qui connaît ou connaissait suffisamment bien la personne infectée par le VHC pour déclarer qu'à sa connaissance, la personne infectée par le VHC n'utilisait pas de drogues intraveineuses sans ordonnance et n'était pas infecté par l'hépatite non A[,] non B ou le VHC avant le 1<sup>er</sup> janvier 1986. Si une telle déclaration solennelle ne peut être faite parce que la personne infectée par le VHC utilisait des drogues intraveineuses sans ordonnance, le représentant personnel au titre du VHC doit remettre à l'administrateur une autre preuve établissant selon la prépondérance des probabilités que la personne directement infectée a été infectée 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 ou que la personne indirectement infectée

a été infectée pour la première fois par le VHC par son conjoint qui est ou était une personne directement infectée ou une personne directement infectée qui s'exclut ou par un parent qui est ou était une personne infectée par le VHC ou une personne infectée par le VHC qui s'exclut.

30. Les paragraphes 8 à 10 du Protocole approuvé par la Cour concernant l'usage de drogues intraveineuses sans ordonnance prévoient ce qui suit :

8. Si la réclamation ou la réclamation tardive n'est pas rejetée conformément au protocole d'enquête applicable, l'Administrateur doit procéder aux investigations complémentaires suivantes :

(a) obtenir les informations et dossiers supplémentaires conformément à l'article 3.03 du régime applicable que l'administrateur estime nécessaires, à son entière discrétion, afin de lui permettre de prendre une décision éclairée; et

(b) obtenir l'avis d'un médecin spécialiste expérimenté dans le traitement et le diagnostic du VHC à savoir si l'infection par le VHC et l'évolution de la maladie de la personne qui prétend être infectée par le VHC sont plus compatibles avec une infection au moment de la réception de Sang ou de Sang (Hémophile) (selon le régime applicable), de la ou des transfusions de Sang ou de Sang (Transfusé) de la période visée (aux termes du régime applicable) ou de l'infection secondaire ou plus compatibles avec une infection au moment de l'usage de drogues intraveineuses sans ordonnance, et ce, à la lumière de l'ensemble de la preuve médicale.

9. L'Administrateur évalue l'ensemble de la preuve obtenue, y compris la preuve obtenue lors des investigations complémentaires requises par les dispositions du présent protocole, et détermine si, selon la prépondérance des probabilités, la personne qui prétend être une Personne infectée par le VHC a rencontré les critères d'admissibilité.

10. En soupesant la preuve selon le présent protocole, l'Administrateur doit être convaincu que l'ensemble de la preuve est suffisamment complet dans toutes les circonstances du cas particulier pour lui permettre de prendre une décision. Si l'Administrateur n'est pas convaincu que la preuve est suffisamment complète dans toutes les circonstances du cas particulier pour lui permettre de prendre une décision, il rejette la réclamation ou la réclamation tardive.

## **Analyse**

31. Je suis d'accord avec l'argument de l'Administrateur selon lequel, puisque la PDI a consommé de la drogue par voie intraveineuse sans ordonnance (à n'importe quel moment), il incombe au réclamant d'établir, selon la prépondérance des probabilités, que la PDI a été infectée par le VHC, pour la première fois, par une transfusion sanguine au Canada pendant la période visée par le recours collectif, et non à la suite de la consommation de drogue par voie intraveineuse.
32. Pour ce faire, le réclamant peut s'appuyer sur plusieurs facteurs. Premièrement, à mon avis, le fait que la transfusion que la PDI a reçue en 1988 contenait du sang contaminé, bien qu'insuffisant en soi pour établir un cas selon la prépondérance des probabilités, compte tenu de l'indication de consommation de drogue par voie intraveineuse, est un fait très important pour établir que la maladie aurait pu être causée par le sang contaminé qui a été transfusé en 1988. Après tout, le fondement même du règlement qui a donné lieu à ce régime d'indemnisation veut que les personnes ayant reçu une transfusion sanguine pendant la période visée par les recours collectifs puissent très bien avoir reçu du sang contaminé, causant ainsi la maladie. En l'espèce, la PDI avait la maladie et a reçu une transfusion de sang contaminé pendant la période visée par le recours collectif.
33. Deuxièmement, bien que je n'accepte pas les calculs de la probabilité qu'une transfusion sanguine ait été la source de la maladie de la PDI, comme calculés par l'avocat du réclamant dans ses arguments oraux, l'affirmation de l'avocat selon laquelle cette personne, qui a été admise à plusieurs reprises à l'hôpital et qui a reçu 69 transfusions sanguines pendant la période visée par le recours collectif, a probablement reçu plus d'une transfusion de sang contaminé est certainement logique. En effet, il est probable qu'elle ait reçu plus d'une transfusion de sang contaminé, car elle a reçu 68 autres transfusions pendant cette période et aucune d'entre elles n'a été vérifiée pour déterminer si le sang était contaminé. La possibilité que l'une ou plusieurs de ces transfusions contenaient du sang contaminé est une autre importante source possible d'infection. Pour résumer, le fait que la PDI ait reçu 68 autres transfusions sanguines au cours de la période visée par le recours collectif suggère qu'elle a été infectée au cours de la période visée par le recours collectif par une autre transfusion sanguine, en plus de la transfusion contaminée établie.
34. Troisièmement, le réclamant a tenté de s'acquitter du fardeau de démontrer qu'il est plus probable que la PDI ait été infectée pour la première fois par une transfusion sanguine, et non à la suite de la consommation de drogue par voie intraveineuse, en renvoyant à la preuve des amis et membres de sa famille selon laquelle la PDI n'était pas une consommatrice de drogue par voie intraveineuse. Je conclus que cette preuve des amis et membres de la famille est limitée. D'abord, l'arbitre doit être conscient qu'il a une tendance naturelle à approuver la réclamation. De plus, il admet qu'il est peu probable que la PDI veuille que les amis ou membres de sa famille savent qu'elle était une consommatrice de cocaïne par voie intraveineuse, si c'était effectivement le cas, et elle aurait déployé des efforts pour dissimuler ce fait si c'était vrai. Aussi, comme l'avocat du réclamant l'admet, il est très difficile de prouver qu'un fait est faux, soit que la PDI

n'était pas une consommatrice de drogue par voie intraveineuse.

35. J'ai accordé une certaine importance à leur preuve collective, mais très peu. Ce que j'estimais être le plus important dans leurs témoignages et ce que je crois après avoir entendu tous les témoins, c'est que le PDI avait une aversion profonde pour les aiguilles en raison de son exposition intense, malheureuse et constante à la dialyse. Cette aversion et cette peur des aiguilles suggèrent une réelle réticence à consommer des drogues par voie intraveineuse lorsque d'autres drogues étaient disponibles. Sa peur des aiguilles suite à son expérience de dialyse est ironique, car D<sup>r</sup> G a témoigné que le fait qu'elle ait subi des dialyses signifiait que le point d'injection pour ce traitement aurait été un site d'injection facile et efficace pour consommer des drogues par voie intraveineuse. Je reviendrai sur ce point plus loin.
36. Enfin, une autre source de preuve de la non-consommation de drogue par voie intraveineuse par la PDI est le dossier médical lui-même et les dossiers antérieurs à 1991. L'Administrateur s'appuie fortement sur ces dossiers pour déduire que les drogues illicites avec lesquelles la PDI avait eu des contacts incluaient probablement des drogues injectées par voie intraveineuse. J'aurai plus à dire sur cette hypothèse que l'Administrateur a formulée et me demande de formuler, mais à mon avis, il convient de noter qu'avec tous les contacts entre le système médical et la PDI avant 1991, y compris ses nombreux rendez-vous de dialyse, sa grave maladie rénale, sa greffe, ses hospitalisations et le rejet de son rein greffé au moins en partie en raison de son non-respect requis du régime de médicaments, rien n'indique une consommation de drogue par voie intraveineuse, que ce soit suite à une observation physique par le personnel de la santé ou suite à un interrogatoire de la PDI. Il n'est pas évident, au regard du dossier, que la PDI a caché quoi que ce soit aux professionnels de la santé qui l'ont interrogée, et qu'elle semble avoir reconnu son comportement, aussi irresponsable soit-il. Compte tenu de ses autres aveux, elle n'aurait eu aucune raison évidente de mentir à ce sujet aux professionnels de la santé. Elle n'aurait pas su, à l'époque, que la consommation de drogue par voie intraveineuse était une source d'infection mortelle ou nécessairement plus dangereuse que les autres modes de consommation de drogue avec lesquelles elle expérimentait. Cela me semble donc important et renforce l'idée qu'il est plus probable que la source de la maladie soit une transfusion sanguine, puisqu'il n'y a aucune mention de consommation de drogue par voie intraveineuse dans tous les dossiers médicaux antérieurs à 1991.
37. D<sup>r</sup> G a affirmé que les professionnels de la santé qui ont rencontré la PDI auraient été réticents à mentionner la consommation de drogue par voie intraveineuse dans le dossier, car cela serait stigmatisant. Il suggère essentiellement que les professionnels de la santé auraient omis de mentionner dans les dossiers médicaux des renseignements pertinents sur son état de santé. Je ne suis pas disposé à tirer une telle conclusion en fonction de simples hypothèses. Je ne suis pas non plus disposé à conclure que la PDI aurait été malhonnête concernant ce comportement, alors qu'elle n'avait apparemment aucun scrupule à être franche au sujet de tous ses autres comportements. Je ne suis certainement pas disposé à présumer qu'il n'y a aucune mention de la consommation de drogue par voie intraveineuse parce que tout le monde dans le système a caché ce fait.

38. Jusqu'à présent, j'ai conclu qu'il y avait une preuve qui tend à étayer la conclusion selon laquelle une transfusion sanguine était la source de la maladie, et non la consommation de drogue par voie intraveineuse. Cette preuve indique ce qui suit :
- (a) il a été conclu qu'une transfusion sanguine reçue en 1988 était contaminée;
  - (b) 68 autres transfusions sanguines qui ont eu été effectuées au cours de la période visée par le recours collectif n'ont pas été testées, et il existe un risque important qu'une ou plusieurs de ces transfusions aient été contaminées;
  - (c) les arguments de ses amis et de sa famille quant à sa non-consommation de drogue par voie intraveineuse, mais surtout son aversion pour les aiguilles en raison de sa vaste expérience négative de la dialyse;
  - (d) l'absence de toute mention de consommation de drogue par voie intraveineuse dans les dossiers médicaux.
39. Cependant, sur quelle preuve l'Administrateur s'appuie-t-il pour démontrer que le réclamant ne s'est pas acquitté du fardeau de la preuve selon la prépondérance des probabilités?
40. L'Administrateur s'appuie sur au moins trois éléments. Premièrement, il s'appuie sur l'avis de D<sup>r</sup> G, qui a conclu qu'il était plus probable que la consommation de drogue par voie intraveineuse soit la source de l'infection. Deuxièmement, il soutient que les nombreuses mentions, dans les dossiers médicaux, à la consommation de drogues illicites impliquent que la consommation de drogue par voie intraveineuse est antérieure à 1988. Troisièmement, il s'appuie sur ce qu'il affirme être l'improbabilité inhérente que la PDI n'avait consommé des drogues par voie intraveineuse qu'une seule fois en 1991, pas avant la période visée par le recours collectif, et avant 1988. J'examine chacun de ces éléments à tour de rôle.
41. L'avis de D<sup>r</sup> G ne m'a pas du tout convaincu, à mon avis. Il ne fait aucun doute qu'il est un expert dans cette maladie, mais il s'est écarté de son domaine d'expertise en formulant l'hypothèse quant aux activités associées à la drogue et en tirant des conclusions concernant la consommation de drogue par voie intraveineuse en fonction du comportement d'une adolescente de 17 ans. En ce qui concerne la preuve médicale, il a été franc en affirmant qu'il n'y avait aucune preuve médicale sur laquelle on pouvait s'appuyer concernant une période antérieure à 1988 comme source de l'infection. L'absence de progression de la maladie détectée lors de l'autopsie rendait cette conclusion impossible. En d'autres termes, il était impossible d'affirmer, au regard des résultats physiques, que l'infection aurait été contractée avant la transfusion de sang contaminé en 1988, date à laquelle la consommation de drogue par voie intraveineuse aurait eu lieu si elle précédait la transfusion sanguine en tant que source d'infection. À mon avis, cela aurait dû permettre de trancher la question, car le reste de son avis n'est pas vraiment lié à ses connaissances médicales pertinentes.
42. Plus particulièrement, à son avis, au moment de la greffe rénale, on a signalé

que le PDI [traduction] « était une grosse fumeuse, une buveuse excessive et une grosse consommatrice de drogue. Il n'y a aucun détail sur le type de consommation de drogue. »

43. Premièrement, ce n'est pas vrai qu'il n'y ait aucun renvoi à la consommation de drogue. Il y a des mentions de cannabis, de haschisch et à une [traduction] « expérimentation de drogues illicites (dopants, etc.) ». Il n'y a donc aucune mention de la consommation de drogue par voie intraveineuse.
44. Deuxièmement, D<sup>r</sup> G poursuit en affirmant que [traduction] « [s]on historique de consommation de drogue par voie intraveineuse est indirectement documenté à plusieurs reprises dans le dossier médical, et il y a une mention de l'hépatite dans le dossier remontant à 1988. Il n'y a aucune autre description. Son non-respect du régime de médicaments et son habitude de quitter l'hôpital contre l'avis médical suggèrent également une toxicomanie active. Il ne fait aucun doute que ce comportement est antérieur à la transfusion de sang infectée par le VHC documentée en 1988. »
45. À mon avis, il n'y a aucune documentation, directe ou indirecte, de la consommation de drogue par voie intraveineuse, car le terme [traduction] « drogues illicites » est intrinsèquement imprécis. Cependant, les dossiers médicaux vont au-delà de cela et identifient les drogues comme étant du cannabis, du haschisch et ([traduction] « des pilules, etc. »). Cela suggère qu'il n'y avait aucune consommation de drogue par voie intraveineuse. En bref, sa conclusion selon laquelle la mention de drogues illicites renvoie à la consommation de drogue par voie intraveineuse n'est pas un avis médical ou une conclusion médicale, mais simplement une hypothèse sans aucune expertise particulière. Combiné au renvoi à trois drogues différentes, mais pas à la consommation de drogue par voie intraveineuse, le dossier, le cas échéant, mène à la conclusion selon laquelle il n'y avait eu aucune consommation de drogue par voie intraveineuse, comme je l'ai mentionné ci-dessus.
46. Troisièmement, l'autre preuve indirecte de consommation de drogue par voie intraveineuse est décrite par D<sup>r</sup> G comme [traduction] « [s]on non-respect du régime de médicaments et son habitude de quitter l'hôpital contre l'avis médical ». Dans son témoignage oral, il a déclaré que le fait de quitter l'hôpital était compatible avec le fait de quitter l'hôpital pour se procurer de la drogue pendant le sevrage.
47. Cependant, autre que ce que j'ai signalé ci-dessus, il n'y a aucune autre [traduction] « documentation indirecte ». Est-ce que le fait de ne pas respecter le régime de médicaments pour prévenir ou empêcher le rejet d'un rein et de quitter l'hôpital sans autorisation médicale est une preuve de consommation de drogue par voie intraveineuse? Le témoin est-il qualifié pour fournir un tel avis concernant le comportement d'une fille de 17 ans, compte tenu de son histoire sociale et médicale? Je ne pense pas. Il n'y a rien dans son curriculum vitae ou sa pratique médicale qui le met en contact avec des adolescentes (il était de garde à l'hôpital pour enfants d'Ottawa une fois par mois), il n'est pas un expert en dépendance, en particulier chez les filles de 17 ans, et il ne prétendait pas être un expert en [traduction] « drogues illicites ».

48. Il ne fait aucun doute que la PDI, à l'âge de 17 ans, avait un mode de vie indépendant, consommait des drogues illicites (cannabis, haschisch, dopants, etc.), ne respectait pas son régime de médicaments et avait de la difficulté à respecter les figures d'autorité. Il n'y a aucune preuve de dépendance, sauf peut-être à cigarette. On pourrait dire qu'il y a probablement beaucoup de filles de 17 ans qui ont un mode de vie et des attitudes similaires, mais on ne peut pas en conclure que la plupart des jeunes de 17 ans qui présentent ces caractéristiques sont des consommateurs de drogue par voie intraveineuse. Attribuer à la PDI une consommation de drogue par voie intraveineuse en raison de son non-respect d'un régime de médicaments et du fait qu'elle quittait l'hôpital sans autorisation est un grand pas dans toute logique et n'est certainement pas un avis médical d'un médecin expert en hépatite C. C'est plutôt une simple hypothèse. Je ne lui accorde aucun poids.
49. Je tiens également à souligner que je n'ai pas eu accès aux dossiers médicaux de la PDI, selon lesquels la PDI aurait quitté l'hôpital sans autorisation, et rien dans les dossiers médicaux n'indiquait que la PDI était en état de [traduction] « sevrage » à tout moment où elle était hospitalisée, ce qui laisserait entendre qu'elle a quitté l'hôpital pour obtenir une drogue à injecter par voie intraveineuse ou une drogue, comme l'a affirmé D<sup>r</sup> G. Cette partie de son avis est, encore une fois, une simple hypothèse.
50. Dans son deuxième avis, et je suis d'accord avec D<sup>r</sup> G que cela ne diffère vraiment pas du premier avis, il déclare ce qui suit : [traduction] « [s]elon la preuve qui m'a été soumise dans le dossier médical, cette personne avait des antécédents de consommation de drogue. Son non-respect du régime de médicaments et son habitude de quitter l'hôpital contre l'avis médical suggèrent également une toxicomanie active. » À mon avis, ce comportement pourrait s'apparenter à un trouble lié à la consommation de drogue, mais il ne constitue pas, à lui seul, une preuve de consommation de drogue par voie intraveineuse, qui est le facteur nécessaire qui doit être présent pour contredire la preuve du réclamant selon laquelle il est plus probable que la PDI ait contracté la maladie à la suite d'une transfusion sanguine, car il n'y a aucune preuve de consommation de drogue par voie intraveineuse avant 1991 ou 1988.
51. D<sup>r</sup> G a également mentionné, dans son témoignage oral, l'occasion que présentait l'exposition constante à la dialyse pour la PDI d'insérer des aiguilles au même endroit sur le corps pour consommer des drogues par voie intraveineuse. Il a déduit de cela qu'elle aurait pu être et était en fait une consommatrice de drogue par voie intraveineuse. À mon avis, une fois de plus, il ne s'agit pas d'une preuve, mais d'une simple hypothèse compatible avec une théorie qui n'est étayée par aucune preuve.
52. Le deuxième argument de l'Administrateur est en réalité le même argument soulevé par D<sup>r</sup> G, à savoir que le dossier médical contenant les renvois aux drogues illicites est une preuve de consommation de drogue par voie intraveineuse. Je rejette ces affirmations pour les mêmes raisons que j'ai rejeté les avis de D<sup>r</sup> G. Ce n'est pas une preuve, mais une hypothèse.
53. L'argument final de l'Administrateur est légèrement plus nuancé. L'avocat demande à l'arbitre de ne pas être naïf et de ne pas croire que la PDI n'a

consommé aucune drogue par voie intraveineuse qu'une seule fois en 1991. L'avocat aurait peut-être raison si le comité était saisi d'une preuve selon laquelle il y avait eu consommation de drogue par voie intraveineuse avant 1991.

Il peut être naïf et trop facile d'accepter l'idée qu'il n'y avait eu consommation de drogue qu'une fois et après la fin de la période visée par le recours collectif.

54. Cependant, la difficulté avec cet argument est double. D'abord, si on n'est pas prêt à considérer la mention de [traduction] « drogues illicites » dans le dossier comme incluant automatiquement, sans preuve, la consommation de drogue par voie intraveineuse, alors il n'y a aucune preuve de consommation antérieure de drogue par voie intraveineuse. Bien sûr, la consommation de drogue par voie intraveineuse doit commencer à un moment donné, mais en l'espèce, la question est de savoir si elle a commencé ou a eu lieu avant la transfusion sanguine en 1988, et on ne peut pas, à mon avis, affirmer que, simplement parce qu'il y a eu une consommation de drogue par voie intraveineuse en 1991, elle doit avoir commencé avant 1988, et il est naïf de penser autrement. Au contraire, conclure que, s'il y a eu une consommation de drogue par voie intraveineuse en 1991, il devait aussi y en avoir eu avant 1988 relève simplement d'un raisonnement logique erroné et nécessiterait de tirer des conclusions non justifiées au regard des faits. De plus, bien qu'il puisse être naïf de croire que la consommation de drogue par voie intraveineuse ne s'est produite qu'une seule fois, il n'est pas naïf de s'attendre à ce qu'il y ait une preuve que cela s'est produit plus d'une fois, et une preuve que cela s'est produit plus d'une fois avant 1988. Il n'est pas naïf de demander une preuve qui va au-delà d'une hypothèse.
55. La présente réclamation est maintenue.

RENDU à Toronto, ce 17<sup>e</sup> jour de septembre 2024.



—  
C. Michael Mitchell