

[TRADUCTION]

Citation : *R. D. c. Ministre des Ressources humaines et du Développement des compétences,*
2014 TSSDGSR 6

N° d'appel : GT-116870

ENTRE :

R. D.

Appelante

et

Ministre des Ressources humaines et du Développement des compétences

Intimé

DÉCISION DU TRIBUNAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
Division générale – Sécurité du revenu

MEMBRE DU TRIBUNAL DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE :

Raymond Raphael

TYPE DE DÉCISION :

SUR LA FOI DU DOSSIER

DATE DE LA DÉCISION :

Le 28 février 2014

DÉCISION

[1] Le Tribunal estime qu'une pension d'invalidité au titre du Régime de pensions du Canada (le RPC) doit être versée à l'appelante.

INTRODUCTION

[2] La demande de prestations d'invalidité du RPC présentée par l'appelante a été estampillée par l'intimé le 20 août 2010. L'intimé a rejeté la demande initiale ainsi que la demande de réexamen, et l'appelante a interjeté appel devant le Bureau du Commissaire des tribunaux de révision (BCTR).

[3] La décision concernant cet appel a été prise en se fondant sur les documents et observations contenus dans le dossier d'audience, car aucun autre renseignement n'est nécessaire pour rendre une décision, la crédibilité ne figure pas au nombre des questions principales et il n'y a pas d'éléments de preuve contradictoires qui concernent la question en litige. Le Tribunal a indiqué que lorsqu'il a présenté son avis de préparation daté du 27 novembre 2013, l'intimé a déclaré que l'appel pourra être instruit sur la foi du dossier.

DROIT APPLICABLE

[4] L'article 257 de la *Loi sur l'emploi, la croissance et la prospérité économique* de 2012 prévoit que tout appel déposé auprès du BCTR avant le 1^{er} avril 2013 qui n'a pas été instruit par ce dernier est considéré comme ayant été déposé auprès de la Division générale du Tribunal de la sécurité sociale.

[5] L'alinéa 44(1)*b*) du Régime de pensions du Canada (la « *Loi* ») énonce les critères d'admissibilité à une pension d'invalidité du RPC. Une pension d'invalidité doit être payée à un demandeur qui :

- a) n'a pas atteint l'âge de 65 ans;
- b) ne touche pas de pension de retraite du RPC;
- c) est invalide;

d) a versé des cotisations valides au RPC pendant au moins la période minimale d'admissibilité.

[6] Le calcul de la période minimale d'admissibilité est important puisqu'un demandeur doit établir qu'elle était atteinte d'une invalidité grave et prolongée à la fin de sa période minimale d'admissibilité ou avant cette date.

[7] Aux termes de l'alinéa 42(2)a) de la *Loi*, pour être invalide, une personne doit être atteinte d'une invalidité physique ou mentale grave et prolongée. Une personne est considérée comme étant atteinte d'une invalidité grave si elle est régulièrement incapable de détenir une occupation véritablement rémunératrice. Une invalidité est prolongée si elle doit vraisemblablement durer pendant une période longue, continue et indéfinie ou doit entraîner vraisemblablement le décès.

QUESTION EN LITIGE

[8] Le Tribunal a examiné le registre des gains et les périodes applicables de la Clause d'exclusion pour élever des enfants (CEEE), et il estime que la date de début de la période minimale d'admissibilité est le 31 décembre 2014.

[9] Comme cette date n'est pas encore passée, le Tribunal doit déterminer si l'appelante était vraisemblablement atteinte d'une invalidité grave et prolongée à la date de la décision ou avant cette date.

PREUVE

[10] L'appelante est âgée de 42 ans, et elle vit avec son mari et ses trois enfants. Elle est née en Inde où elle a terminé sa 12^e année de scolarité, puis elle est déménagée au Canada en 1996. Au Canada, l'appelante a eu les expériences professionnelles suivantes : emballeuse chez Kelly Services du 15 janvier 2001 au 15 novembre 2007; emballeuse chez Gift Crafts Ltd du 1^{er} au 23 avril 2010; et un deuxième emploi à temps partiel comme camelot pour le journal Guardian Paper du 2 juin 2008 au 30 avril 2010. Le 6 juillet 2010, l'appelante a subi une craniotomie pour enlever une tumeur cérébrale.

[11] Dans son questionnaire sur les prestations d'invalidité du RPC que l'intimé a estampillé le 20 août 2010, l'appelante a indiqué qu'elle avait cessé de travailler en avril 2010 en raison d'une tumeur cérébrale. Elle a affirmé qu'elle était invalide depuis le 23 avril 2010 et a indiqué que ses principales incapacités étaient des maux de tête et des troubles de la vue. Elle a ajouté qu'elle était atteinte d'autres problèmes de santé, à savoir une hyperthyroïdie, une anémie et une dépression. Elle a décrit ses difficultés et ses limitations fonctionnelles comme suit : elle peut rester assise seulement pendant de 15 à 20 minutes, et rester debout pendant seulement de 5 à 7 minutes; elle est capable de marcher pendant seulement cinq minutes sur une distance équivalant à un demi-pâté de maisons; elle est incapable de soulever ou de transporter des objets; elle est incapable de s'étirer les bras au-dessus de la tête; elle est incapable de se pencher; elle a besoin d'aide pour s'habiller et se laver les cheveux; elle est capable d'utiliser la salle de bain, pourvu qu'elle fasse des gestes lents; elle est incapable de faire des tâches ménagères; sa vision est floue et elle voit une tache noire; elle a du mal à entendre et elle entend des bruits forts dans sa tête; elle parle lentement; elle a peu de mémoire et de concentration; elle manque de sommeil et son sommeil est perturbé; elle se sent parfois essoufflée; et elle est incapable de conduire ou d'utiliser les transports en commun. Elle peut compter sur des appareils pour l'aider comme une barre d'appui dans la baignoire, une chaise de douche et un déambulateur à roulettes.

[12] Dans une lettre datée du 22 février 2011 où elle demandait un réexamen du rejet de sa demande par l'intimé, l'appelante a indiqué : qu'elle continuait à se sentir extrêmement malade en raison de maux de tête, d'étourdissements et de fatigue; qu'elle avait des troubles de mémoire; et qu'elle était incapable de subir la pression que constitue toute tâche ménagère. Dans son appel devant le BCTR daté du 26 septembre 2011, elle a indiqué qu'elle était atteinte de dépression, d'un manque de concentration, de pertes de mémoire, d'épuisement, de fatigue et d'oublis fréquents.

[13] Un rapport daté du 30 juillet 2010 et rédigé par le Dr S. Joshi, médecin de famille de l'appelante, a été joint à la demande de prestations du RPC. Le diagnostic inscrit dans ce rapport est une tumeur cérébrale (méningiome à l'occipital droit), hypothyroïdie, anémie et dépression accompagnée d'anxiété. Le rapport indique aussi qu'elle a subi une craniotomie le 6 juillet 2010 et qu'elle était encore incapable de travailler. Selon le pronostic, son état était stable.

[14] Dans un rapport de chirurgie daté du 6 juillet 2010 est inscrit un diagnostic de méningiome/tumeur à l'occipital droit. Un résumé à la sortie daté du 13 juillet 2010 et préparé par le Dr Schutz, neurochirurgien, indique que la tumeur a été enlevée et que les suites postopératoires étaient sans histoire. L'appelante a obtenu son congé le 12 juillet et a fait l'objet d'un suivi à intervalles réguliers.

[15] Le Dr S. Joshi a présenté un autre rapport au RPC daté du 3 juin 2011. Il a déclaré que l'appelante continuait d'avoir des maux de tête, surtout dans la région occipitale, que sa vision était floue, qu'elle se sentait faible et étourdie, qu'elle avait des pertes de mémoire et était incapable de se concentrer, et qu'elle était incapable de faire ses tâches ménagères et de s'occuper de ses trois enfants. Il a ajouté qu'elle pleurait la plupart du temps; qu'elle se sent triste et déprimée; qu'elle est irritable et qu'à une occasion, la société d'aide à l'enfance a dû intervenir; qu'elle est incapable de conduire sur de grandes distances; qu'elle est incapable de gérer toutes les tâches en même temps comme elle le faisait dans le passé; et qu'elle est incapable de rester assise ou debout pendant de longues périodes. Il a noté également qu'elle éprouvait des douleurs à l'omoplate et à l'épaule du côté droit. Il est d'avis qu'elle sera incapable de travailler dans un avenir prévisible.

[16] Le 4 octobre 2010, la Dr Koponen, diplômée de l'American Board of Psychiatry and Neurology, a indiqué qu'elle avait vu l'appelante pour la première fois le 17 janvier 2010 afin d'évaluer d'urgence des anomalies du champ visuel gauche et de nouveaux maux de tête, qui se sont révélés être un méningiome à l'occipital. Elle a noté que l'appelante avait des accès de maux de tête, des maux de gorge accompagnés de nausées, des sensations de présyncope ou d'étourdissements, et des douleurs à l'œil gauche. La Dr Koponen estime que l'appelante ne serait pas prête à retourner au travail avant qu'elle ait pris plus de temps pour améliorer son état de santé.

[17] Le 9 mai 2011, la Dr Koponen a affirmé que l'appelante était atteinte de pseudo-démence accompagnée de douleurs aux tissus mous et de maux de tête causés par la tension. Elle a ajouté que l'incapacité de travailler de l'appelante et les difficultés financières entraînaient une dépression et encore plus de maux de tête.

[18] Le 12 avril 2011, le Dr M. Joshi, omnipraticien dont la pratique se limite à la psychiatrie et à la psychothérapie, a fait rapport sur son évaluation initiale de l'appelante. Il a examiné en détail les symptômes de l'appelante qui comprenaient des maux de tête intenses, des nausées (mais sans vomissements), de l'anxiété, des insomnies, des tremblements, des troubles de la vue touchant principalement l'œil gauche et des oublis fréquents. Il a noté qu'il était très difficile d'interroger l'appelante aux fins d'un examen de l'état de santé mentale, qu'il a dû répéter ce qu'il disait à maintes reprises pendant l'entretien, que l'appelante se mettait à pleurer et que cette dernière était incapable de s'exprimer clairement. Il lui a diagnostiqué une dépression majeure et a procédé à une Évaluation globale du fonctionnement (EGF) pour laquelle l'appelante a obtenu une cote de 45. Selon lui, l'appelante n'était pas prête à travailler ou à s'inscrire à un programme de formation quelconque. Il a déclaré que l'état de l'appelante s'était détérioré après la chirurgie, et qu'il hésitait à lui prescrire des antidépresseurs, car on sait que ces médicaments causent des crises d'épilepsie.

[19] Le 29 juin 2012, le Dr Chu, neurologue, a présenté un rapport au RPC. Il a indiqué qu'il avait rencontré l'appelante pour la première fois le 16 janvier 2012 sur recommandation de son médecin de famille, car elle avait des troubles de la vue à la suite de la résection d'un méningiome à l'occipital. Un examen neurologique réalisé en janvier 2012 n'a révélé la présence d'aucun souffle cervical ni d'aucun déficit moteur ou sensoriel. Pour ce qui est du champ visuel, il a connu une légère réduction dans le quadrant supérieur gauche. Un électroencéphalogramme (EEG) effectué en janvier 2012 a montré la localisation d'une forme d'activité épileptique dans la région pariétale gauche. Un examen par appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM) de son cerveau a révélé une encéphalomalacie à l'occipital droit consécutive à la chirurgie qu'elle avait subie. Au cours d'une réévaluation faite le 28 juin 2012, l'appelante a continué de se plaindre de troubles de la vue et de vision floue, surtout du côté gauche. Elle n'a rapporté aucune autre crise. L'examen de comptage des doigts réalisé le jour de la rédaction du rapport a montré que l'appelante continuait d'avoir une réduction de son champ visuel, surtout dans le quadrant externe gauche. Elle n'a aucun déficit moteur sensoriel localisé ni aucun nystagmus important. Le Dr Chu a conclu que l'appelante avait un méningiome pariétal à l'occipital droit ayant été réséqué dans le passé, ainsi qu'une dysfonction du champ visuel gauche; que cet état était probablement consécutif à l'état de gliose du champ opératoire; et que les troubles convulsifs et les résultats anormaux révélés par l'EEG constituent une autre complication

découlant de sa chirurgie. Il a indiqué que l'appelante devait prendre du Dilantin (400 mg) quotidiennement et de façon continue.

[20] Le 6 juillet 2012, le Dr M. Joshi a déclaré qu'il avait rencontré l'appelante à plusieurs occasions dans le cadre d'une psychothérapie, et qu'elle continuait de répéter des plaintes semblables à celles qui sont détaillées dans son rapport du 12 avril 2011.

[21] Le 12 juillet 2012, le Dr Kidy, de Osler Eyecare, a affirmé que l'appelante avait la vision embrouillée et voyait des taches noires à la suite de l'enlèvement d'une tumeur du côté droit de la tête. Le rapport indique que l'appelante avait de la difficulté à lire en raison d'une quadranopsie homonyme du côté gauche.

[22] Le 24 septembre 2012, le Dr M. Joshi a demandé au Dr Chu de réévaluer l'appelante pour déterminer si quelque chose pourrait être fait afin de l'aider. Il a indiqué qu'il avait clairement constaté que l'appelante était atteinte d'une dépression majeure caractérisée par de la tristesse, des pleurs, de la fatigue, une incapacité à faire beaucoup de choses et le fait que la plupart du temps, l'appelante restait assise chez elle et pleurait. Il a soutenu qu'elle avait commencé à devenir psychotique, qu'elle croyait que quelqu'un la touchait ou passait devant elle. Le traitement à la rispéridone n'avait pas eu d'effet chez elle. Elle se plaignait maintenant de pertes d'équilibre, d'étourdissements, de chutes, de vision embrouillée et de lourdeurs. Elle portait des lunettes de soleil, car elle avait moins d'étourdissements lorsqu'elle les portait, et elle voyait des ombres qui touchaient à ses lunettes de soleil. Il a ajouté que l'appelante avait de plus en plus de difficultés à écrire et que ni lui, ni les autres membres de sa famille ne pouvaient lire clairement les chiffres qu'il lui faisait écrire. L'appelante a aussi commencé à avoir des tremblements aux bras, et elle avait peur de manipuler des objets devant d'autres personnes. Le Dr M. Joshi a déclaré [traduction] « C'est de plus en plus difficile d'aider cette dame d'un point de vue psychiatrique. Elle montre des signes de dépression majeure, d'anxiété et de psychose. [...] Les examens que je fais indiquent que sa mémoire se détériore. » Il conclut comme suit : [traduction] « Je sais que c'est un cas complexe, mais il est évident que la patiente a une invalidité grave et qu'elle vit un état de détresse extrême. Je ne crois pas qu'un jour elle pourra retourner au travail ou participer à un programme, car j'ai été témoin d'une détérioration évidente de son état jour après jour dans son cas. »

[23] Le 26 juin 2013, le Dr M. Joshi a déclaré qu'il avait rencontré l'appelante en psychothérapie à maintes occasions, et qu'elle continuait de se plaindre de son état. Il a indiqué que l'appelante conduisait sa voiture en étant très prudente, mais qu'elle ne pouvait pas faire grand-chose à la maison. Il a de nouveau diagnostiqué une dépression majeure, et a soutenu que bien qu'elle avait rencontré un neurologue à de nombreuses occasions, il n'y avait aucun signe d'amélioration concernant ses maux de tête intenses. Une EGF permet maintenant au Dr M. Joshi d'attribuer une cote de 40 à l'appelante. Le rapport conclut : [traduction] « J'ai assuré le suivi de cette patiente à mon cabinet [...] subjectivement et objectivement, son état psychologique et physique continue de se détériorer [...] Sa vie est caractérisée par des perturbations marquées [...] son fonctionnement physique et psychologique se détériore [...] Pour moi, il est évident que l'état décrit ci-dessus est permanent [...] J'estime que son état restera le même jusqu'à son dernier souffle. »

[24] Le 14 août 2013, le Dr Kidy a rédigé un rapport sur la visite de suivi aux six mois de l'appelante. Il affirme que l'appelante souffrait d'une douleur aiguë à l'œil, qui restait pendant quelques jours puis disparaissait pendant environ une semaine. Il a également noté que l'appelante avait de la difficulté à lire. Il avait l'impression que la quadranopsie homonyme de l'appelante n'avait pas changée; qu'elle avait perdu la moitié de son champ de vision et qu'elle avait toujours de la difficulté à lire et à achever le travail qu'elle commençait; et qu'on ne s'attendait pas à ce qu'elle se rétablisse davantage.

OBSERVATIONS

[25] Observations de l'appelante :

- a) Les observations de l'appelante sont énoncées dans sa lettre datée du 22 février 2011 dans laquelle l'appelante demandait un réexamen, et dans sa lettre d'appel datée du 26 septembre 2011.
- b) Elle rend visite régulièrement au Dr M. Joshi et à la Dr Koponen, mais son état ne s'est pas amélioré.

[26] Observations de l'intimé :

- a) L'appelante continue de conduire sa voiture, une activité qui nécessite une bonne fonction cognitive. Comme elle continue de conduire, on peut présumer qu'elle n'a pas eu de crise d'épilepsie, et que ses troubles de la vue ne sont pas importants.
- b) Les examens neurologiques de l'appelante ont toujours donné des résultats normaux, et aucun examen officiel ne confirme ses difficultés cognitives et ses troubles de la mémoire allégués.
- c) Bien que l'appelante ait certaines limitations, elle est jeune et a bénéficié d'une bonne éducation. Elle conserve la capacité d'occuper un autre emploi convenable.

ANALYSE

[27] L'appelante doit prouver, selon la prépondérance des probabilités, qu'elle avait une invalidité grave et prolongée à la date de la décision ou avant celle-ci.

Invalidité grave

[28] Les exigences de la *Loi* auxquelles il faut satisfaire pour obtenir une pension d'invalidité figurent au paragraphe 42(2), où il est indiqué que pour être considéré invalide, une personne doit avoir une invalidité « grave » et « prolongée ». Une invalidité n'est « grave » que si la personne concernée est régulièrement incapable de détenir une occupation véritablement rémunératrice. La personne doit non seulement être incapable de faire son travail habituel, mais en plus, elle doit être incapable de faire tout travail auquel il aurait été raisonnable de s'attendre qu'elle puisse faire. Une invalidité n'est « prolongée » que si on considère qu'elle va vraisemblablement durer pendant une période longue, continue et indéfinie ou entraîner vraisemblablement le décès.

[29] Le critère relatif à l'invalidité grave doit être évalué dans un contexte réaliste (*Villani c. Canada (procureur général)*, 2001 CAF 248). Cela signifie que pour évaluer la capacité de travailler d'une personne, le Tribunal doit tenir compte de facteurs tels que l'âge, le niveau d'éducation, les aptitudes linguistiques, les antécédents de travail et l'expérience de vie.

Cependant, cela ne signifie pas que toutes les personnes qui ont un problème de santé et qui éprouvent de la difficulté à trouver et à garder un emploi ont droit à une pension d'invalidité. Les requérants sont toujours tenus de démontrer qu'ils souffrent d'une invalidité grave et prolongée qui les rend régulièrement incapables de détenir une occupation véritablement rémunératrice. Une preuve médicale sera toujours nécessaire, de même qu'une preuve des efforts déployés pour se trouver un emploi et de l'existence des possibilités d'emploi.

[30] C'est la capacité de l'appelante à travailler, et non le diagnostic de sa maladie, qui détermine la gravité de l'invalidité en vertu du RPC : *Klabouch c. Canada (ministre du Développement social)*, [2008] CAF 33. On ne s'attend pas à ce que l'appelante trouve un employeur philanthrope et souple, et à ce que cet employeur apporte un grand soutien tout en étant prêt à tenir compte de l'invalidité de l'appelante. Dans la *Loi*, la formulation « régulièrement incapable de détenir une occupation véritablement rémunératrice » est fondée sur la capacité de l'appelante de se présenter à son lieu de travail au moment où cela est nécessaire, et aussi souvent que cela est nécessaire. En outre, la prévisibilité est essentielle pour déterminer si une personne travaille régulièrement, tel qu'indiqué dans la décision *Ministre du Développement social c. Bennett* (10 juillet 1997) CP 4757 (CAP).

[31] Bien que chaque problème de santé de l'appelante, examiné séparément, peut ne pas entraîner une invalidité grave, l'effet collectif des diverses maladies peut rendre l'appelante gravement invalide, comme il est indiqué dans la décision *Barata c. Ministre du Développement social*, (17 janvier 2001) CP 15058 (CAP). Toutes les incapacités dont pourrait être atteinte l'appelante et qui ont des conséquences sur son employabilité doivent être prises en considération, et pas seulement les incapacités principales ou les plus évidentes, comme il est écrit dans la décision *Bungay c. Canada (procureur général)*, 2011 CAF 47.

[32] En l'espèce, la preuve médicale est convaincante et soutient fortement la demande de prestations d'invalidité de l'appelante. Les rapports les plus importants sont ceux du Dr M. Joshi donnant des détails sur les nombreux troubles psychiatriques invalidants qui, malheureusement, se sont détériorés. Le Dr M. Joshi a attribué à l'appelante une cote de 40 à une EGF effectuée en juin 2013, et il a déclaré avec insistance que l'appelante était incapable de faire tout type de travail, et que son état était permanent. On compte aussi deux rapports détaillés à l'appui qui ont

été rédigés par deux neurologues traitants, à savoir la Dr Koponen et le Dr Chu. En août 2013, le Dr Kidy a confirmé l'existence d'une dysfonction visuelle permanente à l'œil gauche. Les rapports du Dr S. Joshi, médecin de famille de l'appelante, appuient également très favorablement les allégations de cette dernière.

[33] Les rapports des nombreux médecins traitants sont entièrement cohérents les uns avec les autres, de même qu'avec les allégations que l'appelante a inscrites dans son questionnaire et dans les documents subséquents énoncés aux paragraphes 11 et 12 ci-dessus. Rien ne laisse entendre, dans aucun rapport, que l'appelante aurait simulé ou exagéré ses symptômes d'une manière ou d'une autre, ou qu'elle ne se conformait pas totalement à toutes les recommandations relatives au traitement.

[34] Le Tribunal reconnaît que l'appelante est jeune et semble avoir de bonnes compétences professionnelles, comme l'indique l'intimé. Toutefois, ces facteurs sont importants seulement si l'appelante conserve la capacité d'occuper un autre emploi. Compte tenu de la totalité des problèmes de santé de l'appelante tels que détaillés dans les nombreux documents médicaux, le Tribunal est convaincu qu'elle n'a pas une telle capacité.

[35] Le Tribunal n'accorde pas une grande importance au fait que l'appelante continue de conduire sa voiture. Elle semble conduire à des occasions très limitées, et en soi, cela n'enlève rien aux opinions et aux diagnostics clairs exprimés par les médecins spécialistes traitants.

[36] En ce qui concerne la preuve médicale claire et convaincante, le Tribunal est convaincu, selon la prépondérance des probabilités, que l'appelante est atteinte d'une invalidité grave conformément aux critères énoncés dans la *Loi*.

Invalidité prolongée

[37] À présent qu'il a été conclu que l'invalidité de l'appelante était grave, il est également nécessaire de déterminer si l'invalidité est prolongée.

[38] Les problèmes de santé de l'appelante se sont poursuivis depuis sa chirurgie de juillet 2010, et malgré des traitements intensifs et soutenus offerts par de nombreux spécialistes, ces problèmes se sont malheureusement détériorés. Les médecins spécialistes traitants ont

soutenu que la dysfonction visuelle de l'appelante et son état psychologique étaient permanents. L'invalidité de l'appelante est de longue durée et continue, et elle va probablement se poursuivre pendant une période indéfinie.

CONCLUSION

[39] Le Tribunal considère que l'appelante avait une invalidité grave et prolongée en avril 2010, date à laquelle elle a travaillé pour la dernière fois. Aux termes de l'article 69 de la *Loi*, les paiements doivent commencer quatre mois après la date de début de l'invalidité. Les paiements sont donc versés à compter d'août 2010.

[40] L'appel est accueilli.

Raymond Raphael
Membre de la Division générale