

[TRADUCTION]

Citation : *E. P. c. Ministre de l'Emploi et du Développement social, 2015 TSSDGSR 33*

Date : Le 23 avril 2015

Numéro de dossier : GT-124288

DIVISION GÉNÉRALE – Section de la sécurité du revenu

Entre:

E. P.

Appelante

et

**Ministre de l'Emploi et du Développement social
(anciennement ministre des Ressources humaines et du Développement des
compétences)**

Intimé

**Décision rendue par Neil Nawaz, membre de la division générale - Section de la
sécurité du revenu**

Décision rendue sur la foi du dossier, le 23 avril 2015

MOTIFS DE DÉCISION

COMPARUTIONS

Ni l'appelante ni aucun représentant n'a comparu lors d'une audience par vidéoconférence prévue le 20 avril 2015.

DÉCISION

[1] Le Tribunal de la sécurité sociale (Tribunal) conclut qu'aucune pension d'invalidité au titre du *Régime de pensions du Canada* (RPC) n'est payable à l'appelante.

INTRODUCTION

[2] L'intimé a estampillé la demande de pension d'invalidité au titre du RPC de l'appelante le 5 janvier 2012. Il a refusé la demande au stade initial ainsi qu'au terme d'un nouvel examen. L'appelante a interjeté appel devant le Bureau du Commissaire des tribunaux de révision (BCTR) de la décision rendue au terme du nouvel examen, et le Tribunal a été saisi de cet appel au mois d'avril 2013.

[3] Suivant un avis d'audience daté du 7 janvier 2015, l'appel en l'instance devait être entendu initialement par vidéoconférence pour les motifs suivants :

- ce mode d'audience offre les mesures d'adaptation requises par les parties ou les participants;
- l'appelante aurait été la seule partie présente à l'audience;
- la vidéoconférence était possible dans la région où l'appelante réside;
- les questions en litige dans l'appel étaient complexes;
- il y avait de l'information manquante ou il était nécessaire d'obtenir des clarifications;
- ce mode d'audience est celui qui convient davantage pour régler les incohérences relevées dans la preuve;

- ce mode d'audience satisfait à la condition énoncée dans le *Règlement sur le Tribunal de la sécurité sociale* de procéder de la manière la plus informelle et expéditive que les circonstances, l'équité et la justice naturelle permettent.

[4] Le 10 avril 2015, l'appelante a envoyé au Tribunal un courriel dans lequel elle a demandé un ajournement au motif qu'elle avait besoin de plus de temps pour fournir des renseignements. Elle a révélé qu'elle avait subi en mai 2014 une intervention au cours de laquelle elle s'était fait remplacer un genou complet et qu'elle avait tenté de travailler en novembre 2014, mais qu'elle n'avait réussi à le faire que pendant 32 jours. Elle était en attente de subir une deuxième intervention visant à lui remplacer un genou. Dans une lettre datée du 14 avril 2015, le Tribunal a refusé cette demande, indiquant que l'appelante avait eu amplement le temps de demander un ajournement à une date antérieure. De plus, comme l'appelante avait commencé à toucher une pension de retraite du RPC anticipée en décembre 2011, la date de début d'invalidité la plus tardive possible était le 30 novembre 2011. De l'avis du Tribunal, des renseignements médicaux supplémentaires touchant la période de 2014 et 2015 n'auraient eu qu'une pertinence limitée.

[5] Le 14 avril 2015, l'appelante a indiqué au Tribunal par téléphone qu'elle ne serait pas présente à l'audience. Compte tenu des circonstances susmentionnées et après avoir examiné le dossier de l'audience, le Tribunal a conclu que le droit de l'appelante à l'équité procédurale ne serait pas compromis s'il procédait en son absence par voie d'audience sur le fondement de la preuve documentaire.

DROIT APPLICABLE

[6] L'article 257 de la *Loi sur l'emploi, la croissance et la prospérité durable* de 2012 prescrit que les appels déposés auprès du BCTR avant le 1^{er} avril 2013 et non entendus par le BCTR sont réputés avoir été déposés auprès de la Division générale du Tribunal.

[7] L'alinéa 44(1)b) du RPC énonce les conditions d'admissibilité à la pension d'invalidité du RPC. Pour être admissible à la pension d'invalidité, le demandeur doit :

- (a) avoir moins de soixante-cinq ans;

- (b) ne pas recevoir de pension de retraite du RPC;
- (c) être invalide;
- (d) avoir versé des cotisations valides au RPC pendant au moins la période minimale d'admissibilité (PMA).

[8] Le calcul de la PMA est important, puisqu'une personne doit établir qu'elle était atteinte d'une invalidité grave et prolongée au plus tard à la date qui marque la fin de la PMA.

[9] Aux termes de l'alinéa 42(2)a) du RPC, pour être considérée comme étant invalide, une personne doit être atteinte d'une invalidité physique ou mentale grave et prolongée. Une personne est considérée comme ayant 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 entraîner vraisemblablement le décès.

QUESTION EN LITIGE

[10] La PMA n'a donné lieu à aucun litige, le Tribunal ayant conclu que l'historique des gains et cotisations à jour de l'appelante (voir le registre des gains, p. GT7-5) établissait que la date marquant la fin de la PMA aurait été le 31 décembre 2016 si l'appelante n'avait pas commencé à toucher des prestations de retraite du RPC anticipée en décembre 2011. En conséquence, la dernière date à laquelle l'appelante pouvait être admissible à une pension d'invalidité était le 30 novembre 2011, et le Tribunal a dû décider s'il était probable qu'elle avait eu une invalidité grave et prolongée à compter de cette date.

PREUVE

Documents

[11] Dans son Questionnaire relatif aux prestations d'invalidité du RPC daté (p. 135), l'appelante a révélé qu'elle souffre d'un certain nombre de problèmes de santé, notamment d'une rupture grave de la coiffe des rotateurs, d'une entorse myofaciale au bas du dos, d'arthrite au genou droit, de graves maux de tête, d'apnée du sommeil et du syndrome du tunnel carpien.

Elle a fait valoir que ces problèmes de santé l'empêchaient d'occuper tout genre de travail. En tant qu'enseignante, elle n'était plus capable d'écrire au tableau en raison de la douleur et de la faiblesse qu'elle éprouvait dans son membre supérieur droit dominant. Elle a affirmé avoir de la difficulté à monter et à descendre les escaliers menant aux salles de classe en raison de la douleur et de l'enflure aux genoux. Elle était incapable de s'acquitter de ses tâches à l'extérieur, surtout l'hiver et dans des conditions pluvieuses. Sa mémoire à court terme était déficiente et ses habitudes de sommeil étaient irrégulières. Elle souffrait également de douleurs thoraciques et de perte auditive, et portait deux prothèses auditives.

[12] L'appelante est née en juillet 1950 et elle est titulaire d'un baccalauréat de l'Université York et d'un certificat d'enseignant de l'Ordre des enseignantes et enseignants de Toronto. Elle travaille pour le Conseil scolaire du district de Toronto (CSDT) depuis 1976. Elle a indiqué les médicaments qu'elle prenait, à savoir du Diovan (pour traiter l'hypertension), du Ciprexal et de l'amitriptyline (des antidépresseurs), du Percodan et des comprimés de Tylenol n° 3 (des analgésiques narcotiques) et un aérosol-doseur pour l'asthme. Elle a bénéficié aussi de séances de physiothérapie et de massothérapie ainsi que de séances de consultation psychologique. Elle utilisait parfois une canne sur laquelle elle s'appuyait dans la pluie et dans la neige.

[13] Dans le Questionnaire médical du RPC initial, daté du 21 mai 2012 (p. 112), Abraham Friesner, médecin de famille, a signalé que l'appelante avait eu de multiples diagnostics, dont celui de dépression, de blessures subies par suite d'un accident de la route et d'un accident du travail, de gastrite, de perte auditive, de trouble vésical, d'arthrite, d'anémie, peut-être du syndrome du tunnel carpien, de bronchite, d'obésité, d'entorse lombaire, de problèmes familiaux personnels, de sinusite, de ménopause, de calcul biliaire, de neurodermatite, de la paralysie de Bell, de douleur thoracique et d'hypertension. À son avis, l'appelante était admissible à une pension d'invalidité du RPC, mais elle n'avait aucun document de l'hématologue, de l'urologue, du dermatologue, de l'ORL ou du chirurgien orthopédiste à fournir à l'appui. Elle aurait peut-être besoin de subir une intervention chirurgicale à l'épaule. Le D^r Friesner a noté qu'elle avait habituellement l'impression que ses médicaments étaient inefficaces. Le pronostic était « bon ».

[14] Dans une lettre datée du 13 juillet 2009 (p. 6), Daniel M. Somogyi, spécialiste en médecine physique et de réadaptation, a écrit que l'appelante avait ressenti des engourdissements à la main et au poignet droits pendant de nombreuses années de façon intermittente, et que cet état s'était aggravé au cours des six derniers mois. Le D^r Somogyi a eu l'impression que ses symptômes étaient légèrement atypiques pour ce qui est du syndrome du tunnel carpien du côté droit. Les études électro physiologiques ont fait état d'une neuropathie médiane modérée au poignet droit. Les symptômes du côté gauche témoignaient de douleurs à l'articulation carpo-métacarpienne du pouce.

[15] Dans une lettre ne portant aucune date (p. 135 – certaines pages sont manquantes), Rick Zarnett, chirurgien orthopédiste, a écrit que l'appelante avait été reçue en consultation parce qu'elle se plaignait de douleurs à l'épaule droite, au bas de dos et au genou droit après avoir trébuché sur une boîte de carton au magasin Dollarama en janvier 2011. Les dossiers provenant du Centre des sciences de la santé Sunnybrook faisaient état d'une dislocation de la cavité glénoïde antérieure droite, subséquentement réduite sous sédation. Les notes cliniques indiquaient la présence de symptômes antérieurs à l'épaule droite et de blessures des tissus mous dans le bas du dos et au genou droit. Elle a subi un accident en 1996 et a dû subir une intervention chirurgicale visant à réparer la coiffe des rotateurs. Elle a subi au moins deux autres incidents, dont un accident du travail au cours duquel elle a été blessée à l'épaule droite et au bas du dos. Elle a signalé qu'elle avait déjà des symptômes intermittents à l'épaule et au dos avant de faire une chute, bien qu'elle n'ait démontré aucune limitation ni aucune restriction importante. Elle travaillait et elle était capable d'accomplir toutes les activités normales de la vie quotidienne. L'accident a entraîné un changement important au niveau de sa qualité fonctionnelle. L'IRM a établi l'existence d'une importante rupture de la coiffe des rotateurs, qui précédait probablement la chute, et l'appelante a subi une entorse myofasciale au bas du dos. Elle était un peu sensible dans le bas du dos, mais il n'y avait aucune anomalie importante. Elle souffrait déjà d'arthrite aux genoux avant l'accident, mais celui-ci a aggravé le problème. Elle a continué d'éprouver une déficience grave et permanente à l'épaule droite. Elle ne pouvait se servir de son bras pour soulever des objets lourds, ni lever celui-ci au-dessus de la tête, ou s'en servir pour pousser des objets ou les ramener vers elle, ou pour atteindre des objets derrière elle. Elle n'était pas candidate à une intervention chirurgicale ni à une transposition tendineuse. Elle a fait de la physiothérapie et s'est fait donner une injection de cortisone, mais elle n'a noté

aucune amélioration importante. Elle avait besoin d'un traitement symptomatique au bas du dos ainsi que d'une évaluation psychologique, car sa récupération ne dépendrait pas de la réadaptation physique seule. Elle a continué d'être incapable en grande partie de reprendre toutes les activités de la vie quotidienne, et ses douleurs limitaient sa capacité de reprendre son travail d'enseignante. Elle aurait besoin d'une ergothérapie constante ainsi que d'un soutien et d'un suivi pour l'aider à reprendre les tâches ménagères dont elle pouvait s'acquitter avant l'accident, et elle avait besoin des services constants de services d'auxiliaires. Le D^r Zarnett a conclu qu'elle souffrait d'une déficience grave et permanente d'une fonction physique importante.

[16] Dans une lettre datée du 14 juillet 2010 (p. GT3-30), John Stimac, cardiologue, a écrit que les douleurs thoraciques chroniques de l'appelante étaient probablement d'origine non cardiaque et qu'elles étaient probablement musculosquelettiques.

[17] Dans une lettre datée du 29 novembre 2011 (p. 54), R.M. Holtby, chirurgien orthopédiste, a écrit que l'appelante avait été reçue en consultation parce qu'elle se plaignait de douleurs à l'épaule droite et parce qu'elle souhaitait discuter d'une possible reconstruction. Dix ans plus tôt, elle avait subi une intervention chirurgicale pour faire réparer la coiffe des rotateurs. Les résultats obtenus avaient été raisonnablement bons, mais elle a ensuite eu des symptômes musculosquelettiques multiples au fil des années, par suite de blessures subies au cours d'un accident de la route et d'un accident du travail. Elle a déclaré que, dans l'ensemble, elle était bien au niveau fonctionnel et qu'elle continuait en grande partie à travailler comme suppléante. En janvier 2011, elle a subi un accident au cours duquel elle a glissé et a fait une chute, et en dépit d'un traitement conventionnel de physiothérapie et d'injections de cortisone, elle a continué à éprouver des problèmes, surtout au genou droit. Sur examen, elle a démontré une faiblesse à l'épaule droite, accompagnée de douleurs lors de la flexion avant à 40 degrés à l'état actif, jusqu'à 95 degrés à l'état passif. La rotation externe se situait à 20 degrés, et la rotation interne se faisait jusqu'à l'articulation sacro-iliaque. Les faiblesses ressenties au niveau du sus-épineux étaient de grade 3/5, et la force démontrée au niveau du sous-épineux était de grade 4/5. Son muscle petit rond paraissait fonctionner. Elle montrait des signes équivoques aux tests de compression abdominale et de l'étreinte de l'ours (« bear hug »), ce qui donnait à penser qu'une fonction sous-scapulaire subsistait. Une radiographie a démontré qu'il y avait

une certaine migration de la tête humérale et une dégénérescence probable. Par ailleurs, l'espace sous-acromial paraissait raisonnable, ainsi que l'on pourrait s'y attendre à la suite d'une intervention antérieure visant à décompresser la coiffe des rotateurs. Les radiographies prises à Sunnybrook ont confirmé la dislocation de l'épaule et une réduction subséquente. L'IRM a permis de constater l'existence d'une importante rupture de la coiffe des rotateurs sus-épineuse et sous-épineuse et d'une dégénérescence au niveau de l'articulation gléno-humérale. Au niveau de l'épaule, l'appelante paraissait souffrir d'une grave invalidité par suite de la dislocation de l'épaule. Le D^r Holtby a décidé de demander une nouvelle IRM avant de décider s'il y avait lieu de procéder au traitement chirurgical.

[18] Dans une lettre datée du 21 février 2012 (p. 96), David Wasserstein, résident pour le D^r Holtby, a réitéré le diagnostic de rupture massive de la coiffe des rotateurs assortie d'une migration supérieure de la tête humérale, signalant que la fonction et les niveaux de douleur indiqués n'avaient pas changé beaucoup depuis sa dernière visite. L'appelante souhaitait obtenir la certification de certains documents du RPC, mais le D^r Holtby n'a accepté de remplir les formulaires que dans le contexte des problèmes qu'elle éprouvait à l'épaule. [TRADUCTION] « Malheureusement, sa situation est fort compliquée. » Elle était très frustrée et en colère. Elle semblait être d'humeur sombre et elle a ouvertement déclaré qu'elle était déprimée. Elle a nié avoir l'intention de s'infliger des blessures.

[19] Dans une lettre datée du 27 février 2012 (p. 83), Brian Kimball, cardiologue, a écrit que l'appelante continuait d'avoir des douleurs thoraciques très atypiques et une sensibilité superficielle. Une scintigraphie au cardiolite n'a fait état d'aucune occlusion de l'artère coronaire. Le D^r Kimball a conclu qu'elle était en présence d'une multitude de facteurs de risque et qu'elle souffrait probablement d'athérosclérose coronaire sous-jacente, mais assez mineure. Les tests n'ont révélé aucun danger immédiat, mais l'appelante devait procéder à d'importants changements au niveau du style de vie et à une prophylaxie médicale. Faisant référence à un épisode de syncope survenu en décembre 2011, le D^r Kimball a réduit la dose de Diovan et lui a conseillé de continuer à prendre de l'aspirine et des suppléments d'acide gras Omega 3. Il l'a encouragée également à recommencer à utiliser l'appareil de ventilation spontanée en pression positive continue. Elle devait apporter des changements à son régime alimentaire, perdre du poids, cesser de fumer et faire régulièrement des exercices d'aérobic.

[20] Dans une lettre datée du 23 février 2012 (p. 129), Carol Boychuk, audiologiste, a écrit que l'appelante avait été reçue en consultation en raison d'une perte auditive permanente de longue date allant de modérée à grave dans les deux oreilles. Si elle portait des prothèses auditives, elle était complètement fonctionnelle et elle pouvait obtenir un résultat de 100 pour cent dans un test de reconnaissance des mots dans un environnement silencieux. Le test de bruit a révélé une légère incapacité de compléter des messages en présence d'un bruit de fond. Son niveau d'acuité auditive présenterait une légère invalidité dans la plupart des situations de communication, même au moyen de prothèses auditives.

[21] Dans une lettre manuscrite datée du 24 avril 2012 (p. 88), Aaron Malkin, psychothérapeute, a décrit son évaluation de l'état mental de l'appelante et a posé un diagnostic de dépression nerveuse grave et de trouble anxieux qui n'ont pas été par ailleurs précisés, et de douleurs. Le D^r Malkin a conclu en outre que l'appelante souffrait du trouble de personnalité mixte et qu'elle devait faire face à de nombreux éléments déclencheurs de stress, dont des effets indésirables à la médication, des blessures subies par suite d'une chute, et d'autres blessures subies après avoir été agressée par un étudiant. Le D^r Malkin lui a donné une note de 45 à 50 dans le cadre d'une évaluation globale de fonctionnement (EGF). L'appelante éprouvait donc de la difficulté à se concentrer, elle était déprimée, manquait de sommeil et éprouvait des troubles de la mémoire ainsi que des douleurs constantes. L'on ne pouvait savoir avec certitude si ses problèmes physiques seraient un jour réglés, mais son trouble psychologique était grave et il durait depuis longtemps. Elle avait essayé en vain un certain nombre de médicaments au cours des cinq années antérieures. Les bio-psychostresseurs se sont manifestés à un rythme soutenu sous diverses formes et pouvaient atteindre des proportions catastrophiques. Le plus récent en date a revêtu la forme d'une éclosion d'éruption cutanée généralisée, résultant probablement du fait que le Cymbalta avait été prescrit en même temps qu'un antibiotique pour une infection urinaire. De l'avis du D^r Malkin, le pronostic de la récupération de l'appelante au chapitre des troubles de santé mental était très sombre, étant donné l'état psycho traumatique constant dans lequel elle se trouvait.

[22] Dans un rapport opératoire daté du 27 mars 2012 (p. 91), Richard Comisarow, urologue, a documenté la cystoscopie qu'a subie l'appelante après s'être plainte de stress et d'incontinence impérieuse. Il n'a remarqué aucun rétrécissement de l'urètre, et l'intérieur de la

vessie n'avait rien de remarquable. Elle pouvait retenir une quantité importante d'urine sans en ressentir un inconfort.

[23] Dans une lettre datée du 22 mai 2012 (p. 78), le D^r Friesner a écrit que le passé médical de l'appelante était « fort complexe » et qu'il y avait eu par le passé des diagnostics de dépression, des blessures subies par suite d'un accident de la route, une gastrite, une perte auditive, une incontinence urinaire, de l'arthrite, le syndrome du tunnel carpien, l'obésité, des spasmes lombaires, une ménopause, une sinusite maxillaire, des calculs biliaires, la paralysie de Bell et une anémie, entre autres choses. Il l'avait traitée pendant près de 20 ans, jusqu'en 2004; ils avaient alors coupé les ponts à la suite de multiples désaccords concernant la tendance de l'appelante à gérer elle-même sa médication en dépit des conseils du médecin. Il a recommencé à la recevoir en consultation au début de 2011 et a fourni un historique détaillé des blessures de l'appelante, de ses symptômes, traitements, renvois et médicaments au cours de l'année antérieure. Elle lui a dit que les médicaments qu'elle prenait la rendaient somnolente dans la salle de classe. Le D^r Friesner a donné à entendre qu'elle l'avait pressé de signer des formulaires d'invalidité avant qu'il n'ait reçu les rapports pertinents de spécialistes.

[24] Dans une lettre datée du 13 juin 2012 (p. 51), le D^r Holtby a écrit qu'il avait reçu l'appelante en consultation pour assurer le suivi concernant les douleurs qu'elle éprouvait à l'épaule droite. Il avait envisagé une réparation de la coiffe des rotateurs, mais il avait décidé de ne pas y procéder parce qu'elle avait de nombreuses maladies concomitantes. Même si elle avait une épaule plus fonctionnelle, elle demeurerait très invalide du fait d'autres problèmes, et ceux-ci auraient aussi une incidence sur le risque de complications au cours de toute intervention chirurgicale. La probabilité d'un bon résultat serait peu élevée et, partant, le risque que présentait l'intervention chirurgicale n'en vaudrait probablement pas la peine. Elle éprouvait encore des douleurs intenses, que son médecin de famille serait le mieux placé pour apaiser. Elle tirerait profit également d'une gestion de la douleur avec l'aide d'un psychologue.

[25] Dans un rapport de suivi ambulatoire de la tension artérielle sur 24 heures, daté du 26 juin 2012 (p. 58), Yeung Choi, cardiologue, a écrit que la charge globale de pression artérielle de l'appelante se situait à 80 pour cent de toutes les tensions artérielles systoliques et à 44 pour cent de toutes les tensions artérielles diastoliques. Elle dépassait le seuil de 140/90 en

état d'éveil et de 120/80 au sommeil. Le D^r Choi a conclu que la tension artérielle de l'appelante était mal contrôlée.

[26] Dans une lettre datée du 28 juin 2012 (p. 52), Tommy Chan, chirurgien orthopédiste, a écrit que l'appelante éprouvait un problème à l'épaule droite depuis longtemps. Elle avait une importante rupture de la coiffe des rotateurs et avait été renvoyée au D^r Holtby, qui ne voyait aucune raison de procéder à une intervention chirurgicale. Elle se plaignait également de douleurs au genou droit, et une radiographie avait démontré qu'elle souffrait d'arthrite dégénérative modérée. Le D^r Chan lui a donné une injection de cortisone.

[27] Le D^r Malkin a rempli le Certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées le 12 juillet 2012 (p. 59), indiquant l'existence d'une restriction marquée au niveau auditif (début en 1985), de la marche (1996), de l'élimination (2010), de la capacité de se nourrir (2010) et de la capacité de se vêtir (2010) et au niveau des fonctions mentales nécessaires pour exécuter les activités de la vie quotidienne (2005). Le diagnostic avait été le suivant : dépression grave, angoisse généralisée, et douleurs. En raison de ses déficiences, l'appelante souffrait de douleurs à l'épaule gauche et au bas du dos, ainsi que de radiculopathie compromettant sa capacité de marcher. Elle était incapable de se concentrer et elle ne dormait pas d'un sommeil réparateur. Elle avait reçu des injections de cortisone au genou droit et à l'épaule droite. Ses périodes d'enseignement avaient été réduites considérablement en raison de ses déficiences pathologiques et cognitives. En outre, ses déficiences avaient persisté ou encore l'on s'attendait à ce qu'elles subsistent sur une période d'au moins douze mois. Le D^r Malkin ne savait pas si elles s'étaient atténuées ou s'il était probable qu'elles s'atténuent.

[28] Dans un Questionnaire de l'employeur du RPC daté du 25 mai 2012 (p. 116), C. M., préposée à l'enseignement occasionnel au sein du CSDT, a écrit que l'appelante travaillait encore comme suppléante et suivant un contrat à long terme cinq jours par semaine. Elle avait obtenu des affectations régulières jusqu'au mois de juin 2012. Des calendriers étaient joints; ils indiquaient qu'elle avait travaillé plusieurs journées en 2011-2012. Des notes manuscrites (probablement celles de l'appelante) indiquaient qu'elle avait travaillé 132 jours au cours de l'année se terminant au mois de juin 2010, 91 jours en 2011 et 34 jours en 2012—
[TRADUCTION] un « déclin constant au niveau du travail ».

[29] Dans une lettre ne portant aucune date (p. GT3-10), l'appelante a écrit qu'elle s'était forcée à continuer d'enseigner uniquement parce qu'elle avait perdu les avantages sociaux du CSDT pour l'année scolaire 2012-2013 au motif qu'elle n'avait pas accumulé le nombre requis de jours pour y être admissible. Le calendrier scolaire compte 194 jours d'enseignement, et elle n'avait pu enseigner que pendant 53 à 93,5 jours par année.

[30] Dans une lettre datée du 12 février 2014 (p. GT3-12), M^{me} M. a indiqué à l'appelante que son nom avait été retiré de la liste des enseignants occasionnels au niveau secondaire du CSDT parce qu'elle n'avait pas atteint le nombre minimum de jours requis.

[31] Dans une lettre datée du 19 novembre 2013 (p. GT3-13), le D^f McGahey a écrit que l'appelante avait pris sa retraite le 31 janvier 2008. Du 31 janvier 2008 au 30 juin 2008, elle a travaillé 73 jours. En 2008-2009, elle a travaillé 87,5 jours. En 2009-2010, elle a travaillé 100 jours, en 2010-2011, elle a travaillé 90,5 jours, en 2011-2012, elle a travaillé 54 jours et, en 2012-2013, elle a travaillé 96 jours.

[32] Dans une lettre datée du 19 septembre 2012 (p. GT3-18), Henry Lai, spécialiste de la gestion de la douleur, a établi un plan multidisciplinaire de traitement pour l'appelante, prévoyant notamment l'utilisation d'opioïdes légers et d'injections par blocage nerveux.

[33] Dans une lettre datée du 23 août 2013 (p. GT3-28), Peter J. Weiler, chirurgien orthopédiste, a écrit que l'appelante souffrait d'arthrite aux deux genoux et qu'elle songeait à se faire remplacer les genoux.

[34] Le 16 septembre 2013 (p. GT3-71 – pages partielles seulement), Barbara Nagy, physiothérapeute, a préparé une analyse préliminaire des coûts et des besoins liés aux soins futurs pour l'appelante.

[35] Dans une lettre datée du 27 septembre 2013 (p. GT3-81), le D^f Kimball a écrit que l'appelante continuait de travailler comme suppléante, mais qu'elle éprouvait beaucoup de difficulté à se déplacer, étant donné l'arthrose bilatérale grave dont elle souffrait. Le D^f Kimball a dit être déçu que l'appelante ne s'en tienne pas à leur entente antérieure, ayant réduit sa dose d'antihypertenseurs (Diovan) et complètement éliminé les anti-inflammatoires.

[36] Dans une lettre datée du 13 mars 2013 (p. GT3-82), Ramin Safakish, spécialiste de la gestion de la douleur, a écrit que l'appelante avait été reçue en consultation en raison de douleurs neuropathiques médicalement résistantes. Il a recommandé des infusions par voie intraveineuse de lidocaïne et (ou) de kétamine.

[37] Dans une lettre datée du 27 janvier 2014 (p. GT3-107), J. Schatzker, chirurgienne orthopédiste, a écrit que la colonne vertébrale de l'appelante était stable et qu'il n'y avait aucun signe de lésions neurologiques. Elle a écrit que l'appelante n'était pas candidate à une intervention chirurgicale. Les diagnostics de la D^r Schatzker étaient : douleurs lombaires chroniques, fibromyalgie, discopathie dégénérative et obésité.

Témoignage

[38] L'appelante n'ayant pas comparu, aucun témoignage n'a été donné.

OBSERVATIONS

[39] L'appelante n'a pas comparu à l'audience mais, dans une correspondance antérieure, elle a fait valoir qu'elle a droit à une pension d'invalidité pour les motifs suivants :

- (a) les diagnostics suivants ont été posés : importante rupture de la coiffe des rotateurs, entorse myofaciale au bas du dos, arthrite au genou droit, graves maux de tête, dépression, apnée du sommeil et STC;
- (b) en raison de ces problèmes de santé, elle souffre de douleurs et d'enflure aux articulations, ses mouvements sont restreints, elle se sent faible et éprouve une fatigue généralisée, et tout cela la rend incapable de détenir tout genre d'occupation véritablement rémunératrice;
- (c) en dépit de ses déficiences, elle a fait son possible pour continuer de travailler comme suppléante pendant aussi longtemps qu'elle l'a pu physiquement;
- (d) elle a essayé de nombreuses options de traitement, notamment la physiothérapie, la massothérapie, le recours à des analgésiques et à des antidépresseurs sur

ordonnance, mais aucune ne lui a procuré un soulagement marqué ou à long terme.

[40] L'intimé n'a pas comparu à l'audience mais, dans des observations écrites datées du 17 avril 2013 (p. GT3-4) et du 23 janvier 2015 (p. GT7-1), il a fait valoir que l'appelante n'est pas admissible à une pension d'invalidité pour les motifs suivants :

- (a) ses problèmes de santé la limitent peut-être pour ce qui est d'accomplir certains types de tâches, mais il n'y a dans la preuve rien qui indique qu'elle ne peut accomplir aucun genre de travail;
- (b) avant tout, la preuve indique qu'en dépit des limitations décrites, elle a en fait continué de travailler comme enseignante en 2011, 2012 et 2013 — après qu'elle eut été admissible pour la dernière fois à une pension d'invalidité du RPC. Ses gains au cours des années en question tombent sous le coup de la définition de l'occupation « véritablement rémunératrice ».

ANALYSE

[41] L'appelante doit établir selon la prépondérance des probabilités qu'elle était atteinte d'une invalidité grave et prolongée au plus tard à la date qui marque la fin de la PMA.

Invalidité grave

[42] La gravité de l'invalidité doit être évaluée dans un contexte « réaliste » (*Villani c. Canada* (P.G.), 2001 CAF 248). Cela signifie que, pour déterminer la capacité d'une personne de travailler, le Tribunal doit tenir compte de facteurs tels l'âge, le niveau de scolarité, les aptitudes linguistiques, les antécédents de travail et l'expérience de vie.

[43] Dans la présente affaire, la preuve d'une invalidité médicale grave à la date de la PMA était peu convaincante. Le Tribunal ne conteste pas le fait que l'appelante a des limitations, mais cette dernière n'a présenté aucune preuve convaincante qu'elle était incapable de détenir régulièrement une occupation véritablement rémunératrice au 30 novembre 2011.

[44] Ainsi que l'a indiqué son médecin de famille, son historique médical est fort complexe, car elle a subi des blessures dans un certain nombre de contextes divers, y compris au travail, par suite d'un accident de la route et dans un magasin de vente au détail. Elle a un large éventail de symptômes et il a été établi qu'elle souffrait d'une rupture de la coiffe des rotateurs, d'entorse lombaire myofasciale, d'arthrite aux genoux, de maux de tête, de dépression, de perte auditive, d'apnée du sommeil et du syndrome du tunnel carpien, entre autres choses. Elle a été évaluée et traitée par de nombreux professionnels de la santé au fil des années, et le Tribunal croit que le dossier de l'audience ne contient qu'une partie de son dossier médical.

[45] Plusieurs des problèmes dont l'appelante soutient l'existence n'ont pas paru très graves aux yeux du Tribunal, car soit ils se manifestaient en conjonction avec une symptomatologie assez légère, soit ils pouvaient être gérés au moyen d'un traitement approprié. Ainsi que les rapports en cardiologie l'ont indiqué, l'appelante souffre d'hypertension artérielle, mais elle a également manqué de diligence pour ce qui est de prendre des antihypertenseurs. Le D^r Stimac a conclu que ses douleurs thoraciques étaient vraisemblablement de nature musculosquelettiques. En outre, les tests effectués en audiologie ont indiqué que, si elle souffre bien de perte auditive, des prothèses auditives permettent de rétablir complètement sa reconnaissance des mots dans un environnement silencieux, et elle n'a en bout de ligne tout au plus qu'une légère invalidité lorsqu'il y a du bruit de fond. Les plaintes de l'appelante relatives à l'incontinence ont été jugées sans fondement physiologiques à la suite d'une cystoscopie des voies urinaires. L'appelante peut régler son problème d'apnée du sommeil en utilisant régulièrement un appareil de ventilation spontanée en pression positive continue (dont l'appelante est apparemment déjà munie).

[46] Cela étant dit, l'appelante souffre effectivement de troubles dont l'importance est manifeste. Elle souffre depuis longtemps de douleurs et de faiblesses à l'épaule, et elle a subi une intervention chirurgicale pour y remédier au début de la dernière décennie. Des examens répétitifs ont révélé l'existence d'une rupture « massive » de la coiffe des rotateurs droits et d'une dislocation de l'épaule. En novembre 2011 (avant la fin de sa PMA), elle a consulté le D^r Holtby, spécialiste en orthopédie, qui aux termes de délibérations, a écarté l'option consistant à procéder à une autre intervention chirurgicale et a privilégié la prise de mesures

conventionnelles comme des analgésiques et des injections de cortisone. Le D^r Holtby a remarqué que l'appelante semblait être [TRADUCTION] « très incapable ».

[47] À l'époque, l'appelante se plaignait également de douleurs au bas du dos et au genou droit et, au mois d'août 2013, le D^r Weiler a conclu qu'elle souffrait d'arthrite. Il a recommandé le remplacement du genou, et l'appelante a indiqué dans sa demande récente d'ajournement que cette intervention avait en fait été effectuée en mai 2014 du côté droit, et que l'on prévoyait procéder bientôt à une autre intervention, cette fois du côté gauche. Toutefois, il y a lieu de noter que l'intervention chirurgicale a été effectuée plus de deux ans après la date à laquelle l'appelante a été admissible pour la dernière fois à des prestations d'invalidité. En outre, l'intervention visant à lui remplacer le genou ne constitue pas en soi une preuve d'invalidité, et l'on sait qu'elle a pour effet d'apaiser grandement les douleurs et d'améliorer la mobilité.

[48] La dépression dont l'appelante souffre a semblé aux yeux du Tribunal constituer aussi un problème qui pourrait potentiellement être invalidant. L'on ne peut dire avec certitude combien de séances de consultation psychologique elle a suivies, mais l'unique évaluation psychiatrique qui figure au dossier — le rapport du D^r Malkin daté du mois d'avril 2012 — a établi qu'elle souffrait de dépression profonde, et lui a attribué au titre de l'EGF une note donnant à penser qu'il y avait une déficience importante au niveau du fonctionnement professionnel et social. Le D^r Malkin a dit estimer que le pronostic pour ce qui est du rétablissement de l'appelante était très sombre, étant donné son psycho traumatisme « incessant ».

[49] En dépit de ses problèmes de santé, l'appelante a continué de travailler — et c'est là le principal facteur qui sous-tend la décision du Tribunal de ne pas accueillir le présent appel. Dans sa demande de prestations d'invalidité, l'appelante a fait valoir qu'elle est invalide depuis le mois de janvier 2011, date à laquelle elle a fait une chute, mais elle a travaillé comme enseignante en 2011, 2012, 2013 et, d'après la dernière lettre qu'elle a envoyée au Tribunal, au cours de la dernière partie de l'année 2014. Elle a travaillé pour l'employeur chez qui elle avait travaillé depuis 1976, et l'on peut dire à juste titre de ses gains déclarés depuis 2011 qu'ils sont « véritablement rémunérateurs ».

[50] L'appelante a été blessée à plusieurs reprises, mais les blessures ne causent pas nécessairement une déficience permanente. De nombreux diagnostics ont été posés à son égard — notamment pour des problèmes de santé qui semblent être graves — mais un diagnostic n'équivaut pas à une invalidité. En dépit de ses nombreux problèmes de santé et de ses allégations d'invalidité, l'appelante a démontré qu'elle demeurerait capable de travailler au cours des quatre dernières années, puisqu'elle est retournée à maintes reprises à la salle de classe en contrepartie d'une rémunération.

[51] D'après les lettres de C. M., l'appelante a officiellement quitté le CSDT pour prendre sa retraite en janvier 2008, mais elle a continué de travailler— parfois comme suppléante sur appel, parfois en vertu d'un contrat à long terme — entre 54 et 96 jours par année (en moyenne, un calendrier scolaire compte approximativement 190 journées d'enseignement au total). L'appelante elle-même a révélé qu'elle a réussi à travailler 32 jours dans la dernière partie de l'année 2014, en dépit du fait qu'elle a subi une intervention chirurgicale visant à lui remplacer un genou. Si l'appelante a dû sans aucun doute travailler malgré une certaine mesure de douleurs et d'inconfort au cours des quatre dernières années, il reste qu'elle *a travaillé* et qu'elle a gagné 17 423 \$ en 2011, 14 862 \$ en 2012 et 25 597 \$ en 2013. Ces chiffres ne sont pas incompatibles avec les montants d'argent qu'elle a gagnés au cours des années précédant l'année alléguée du début de son invalidité (13 219 \$ en 2009 et 26 185 \$ en 2010) et, de l'avis du Tribunal, ils font état d'une occupation « véritablement rémunératrice ». Il n'est pas impossible de concevoir qu'une personne puisse subvenir à ses propres besoins au moyen de tels montants d'argent, même dans la région du Grand Toronto, où le coût de la vie est assez élevé.

[52] L'omission de l'appelante de comparaître ne l'a pas aidée dans la présente affaire. Elle n'était pas ici pour décrire dans le détail la manière dont ses problèmes de santé se sont accumulés pour créer une invalidité grave, ni pour expliquer la manière dont elle a été en mesure de travailler pendant la moitié d'une année scolaire et de gagner presque 26 000 \$ tout en faisant valoir qu'elle était inapte au travail.

[53] Aux termes du RPC, l'invalidité dont un demandeur est atteint doit fermer la porte à *tout* genre d'occupation régulière et rémunératrice — compte tenu de ses antécédents et de sa

formation — ce qui constitue une norme assez difficile à atteindre. En bout de ligne, la preuve n'a pas soutenu l'allégation de l'appelante selon laquelle elle était invalide à compter du 30 novembre 2011.

Invalidité prolongée

[54] Ainsi qu'il en a été question précédemment, l'invalidité alléguée de l'appelante n'a pas atteint la norme applicable au chapitre de la gravité. Il n'est donc pas nécessaire de déterminer si l'invalidité de l'appelante peut être qualifiée de « prolongée ».

CONCLUSION

[55] L'appel est par conséquent rejeté.



Membre de la division générale