

[TRADUCTION]

Citation : *K. L. c. Ministre de l'Emploi et du Développement social*, 2015 TSSDGSR 36

Date : Le 5 mai 2015

Numéro de dossier : GT-120716

DIVISION GÉNÉRALE – Section de la sécurité du revenu

Entre:

K. L.

Appelante

et

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

Intimé

**Décision rendue par Jeffrey Steinberg, membre de la division générale - Section de la
sécurité du revenu**

Audience tenue par vidéoconférence le 4 mai 2015

MOTIFS ET DÉCISION

COMPARUTIONS

K. L., appelante

D. A., représentant de l'appelante

INTRODUCTION

[1] La demande de pension d'invalidité faite par l'appelante aux termes du *Régime de pensions du Canada* (RPC) a été estampillée par l'intimé le 25 mars 2011. L'intimé a rejeté la demande dans un premier temps ainsi qu'à l'étape de la révision. L'appelante en a appelé de la décision de révision au Bureau du Commissaire des tribunaux de révision (le BCTR) et cet appel a été transféré au Tribunal en avril 2013.

[2] L'audience pour cet appel a été tenue par vidéoconférence pour les raisons suivantes : i) la vidéoconférence est accessible dans la zone où l'appelante réside; ii) les questions faisant l'objet de l'appel ne sont pas complexes; iii) le mode d'audience est conforme à l'exigence du *Règlement sur le Tribunal de la sécurité sociale* de veiller à ce que l'instance se déroule de la manière la plus informelle et expéditive que les circonstances, l'équité et la justice naturelle permettent.

DROIT APPLICABLE

[3] L'article 257 de la *Loi sur l'emploi, la croissance et la prospérité durable* de 2012 stipule que tout appel déposé au BCTR avant le 1^{er} avril 2013 et que le BCTR n'a pas entendu est réputé avoir été déposé auprès de la division générale du Tribunal.

[4] L'alinéa 44(1)b) du RPC établit des critères d'admissibilité à la pension d'invalidité du RPC. Pour être admissible à la pension d'invalidité, le demandeur doit :

- a) être âgé de moins de 65 ans;
- b) ne toucher aucune pension de retraite du RPC;
- c) être invalide;

- d) avoir versé des cotisations valables au RPC pendant au moins la période minimale d'admissibilité (la PMA).

[5] Le calcul de la PMA est important puisqu'une personne doit établir qu'elle est atteinte d'invalidité grave et prolongée au plus tard à la date où la PMA prend fin.

[6] L'alinéa 42(2)a) du RPC définit l'invalidité comme étant une incapacité physique ou mentale qui est grave et prolongée. On considère qu'une personne est atteinte d'une invalidité grave si elle est régulièrement incapable de détenir une occupation véritablement rémunératrice. Une invalidité n'est prolongée que s'il est probable qu'elle durera pendant une période longue, continue et indéfinie ou qu'elle entraînera vraisemblablement le décès.

QUESTION EN LITIGE

[7] La PMA n'est pas contestée; les parties conviennent d'une PMA au 31 décembre 2009 et le Tribunal est du même avis.

[8] Dans le cas présent, le Tribunal doit décider si l'appelante était vraisemblablement atteinte d'une invalidité grave et prolongée le 31 décembre 2009 ou avant cette date.

PREUVE

Preuve documentaire

[9] Dans le questionnaire du RPC daté du 21 mars 2011, l'appelante a indiqué qu'elle avait cessé de travailler le 3 mars 2008 à titre d'infirmière de la santé publique pour cause de maladie. Elle a décrit les affections suivantes : dépression; insuffisance rénale chronique; anémie; fatigue chronique; nausée; pression dans la tête; encéphalite (inflammation du cerveau). Elle a également décrit, entre autres choses, les symptômes suivants : manque d'énergie; douleur; faiblesse; mauvaise concentration; mémoire déficiente; difficulté à conduire; activité physique limitée; difficulté à comprendre. Elle a aussi décrit les symptômes suivants : difficulté à avaler; difficulté à dormir; étourdissements; ostéoporose; douleurs thoraciques; difficulté à respirer. Elle a indiqué qu'elle pouvait s'asseoir ou se tenir debout pendant une ou deux heures, marcher moins d'une heure et soulever/transporter de 11 à 20 lb

sur une courte distance, et qu'elle avait de la difficulté à accomplir des tâches ménagères en raison de la fatigue et du manque d'énergie. On lui a prescrit de l'Imovane pour dormir.

[10] L'appelante a une 13^e année et un baccalauréat en soins infirmiers.

[11] Le 22 avril 2011, le D^r Jones, médecin de famille, a rempli le rapport médical aux fins du RPC. Elle a indiqué qu'elle connaissait l'appelante depuis cinq mois et demi et posé le diagnostic suivant : insuffisance rénale chronique – stade III; trouble d'adaptation avec humeur dépressive; trouble panique (possible); fatigue chronique et insomnie; asthme; méningite septique (2011). Elle a indiqué qu'au cours des deux dernières années, l'appelante a subi une hystérectomie (mars 2010) et qu'elle a souffert d'insuffisance rénale postopératoire (avril 2010) avec endoprothèses urétrales pour une hydronéphrose dans les deux reins (eau à l'intérieur des reins); les endoprothèses ont été enlevées en juin et en août 2010. Elle a noté ce qui suit [traduction] : « Les limitations fonctionnelles actuelles sont causées par des affections nombreuses et diverses comme la douleur, les maux de tête, la fatigue et la difficulté à se concentrer. Aucun diagnostic précis n'a encore été trouvé pour les principaux symptômes de la patiente; toutefois, les recherches se poursuivent. Ces symptômes pourraient aussi être des manifestations somatiques du diagnostic psychologique de la patiente. » Le D^r Jones a indiqué que l'appelante avait été dirigée vers un psychiatre afin de suivre éventuellement une pharmacothérapie et une psychothérapie, et que l'appelante consultait un néphrologue (D^r Lenga) et un interniste général (D^r Marqus). Sous la rubrique pronostic, le D^r Jones écrit ce qui suit [traduction] : « Insuffisance rénale chronique – actuellement stable. Une progression ou détérioration est possible. Trouble d'adaptation avec humeur dépressive – amélioration probable après un traitement approprié et la résolution des problèmes physiques et médicaux. »

[12] Le 22 avril 2010, le D^r Lenga, néphrologue, a évalué l'appelante pour une insuffisance rénale chronique aiguë causée par une hydronéphrose des deux reins. Elle a indiqué que les antécédents médicaux de l'appelante comprenaient ce qui suit : insuffisance rénale chronique de stade III pouvant être causée par la toxicité des AINS qu'elle a utilisés pendant une longue période pour traiter la douleur liée à l'endométriose; endométriose chronique; dépression, fatigue chronique et insomnie à long terme; asthme juvénile depuis longtemps, douleur thoracique atypique avec crises de tachycardie supraventriculaire depuis 1997; dysphagie

causée par une augmentation du sphincter inférieur de l'œsophage. Le D^r Lenga a indiqué que l'appelante avait eu une hystérectomie abdominale totale et une ovariectomie unilatérale trois semaines plus tôt. Au cours des deux dernières semaines, elle s'est plainte d'un malaise général, de nausée, de léthargie, d'une mauvaise absorption orale et de douleur dans le quadrant gauche. Les analyses de sang ont révélé une créatinine élevée. Un tomodensitogramme a révélé une hydronéphrose marquée à droite et modérée à gauche. À l'urétéroscopie, le côté droit de son urètre semblait plié. Par conséquent, on lui a installé des endoprothèses urétrales des deux côtés et sa créatinine a diminué. Selon le D^r Lenga, l'hydronéphrose des deux reins s'est probablement manifestée suite à l'opération et expliquait la réduction de la fonction rénale. Sa créatinine s'étant stabilisée, il prévoyait la renvoyer à la maison.

[13] Le 18 juin 2010, le D^r Lenga a rencontré l'appelante pour faire le suivi de son insuffisance rénale chronique aiguë causée par l'obstruction de l'urètre à la suite de l'hystérectomie et de l'ovariectomie. Il a indiqué que la fonction rénale de l'appelante s'était améliorée avec la réduction de la créatinine. À l'examen, l'appelante semblait bien se porter. Selon le D^r Lenga, la fonction rénale de l'appelante s'est améliorée, mais n'est pas revenue à ce qu'elle était. Elle se plaignait encore de fatigue, de douleur occasionnelle au flanc et de nausée. Il a écrit [traduction] : « À ce moment-ci, je ne pense pas que ces symptômes sont attribuables à sa dysfonction rénale. »

[14] Le 16 septembre 2010, le D^r Lenga a rencontré l'appelante pour un suivi. Il a indiqué qu'une cystoscopie et qu'un pyélogramme effectués en juin 2010 montraient des signes de rétrécissement de l'urètre distal. Par conséquent, son endoprothèse droite est réinsérée, mais finalement enlevée en août 2010. Il a indiqué que la fonction rénale de l'appelante s'était améliorée et que sa créatinine était redescendue à 130, soit son point de départ antérieur de 120-140. Il a noté ce qui suit [traduction] : « Bien qu'elle ait encore des problèmes de fatigue occasionnels, on ne peut attribuer ces problèmes à sa dysfonction rénale. » Il a indiqué que les symptômes de l'appelante s'étaient améliorés et il espérait qu'ils continueraient de le faire.

[15] Le 5 octobre 2010, le D^r Marqus, en médecine interne, a évalué l'appelante. Il a mentionné une « liste de problèmes » comportant i) une recherche pour les bouffées de chaleur et la sécheresse vaginale, ii) une recherche pour l'inconfort dans la gorge, iii) une recherche

pour la fatigue, iv) une insuffisance rénale chronique, v) des antécédents d'endométriose avec hystérectomie, vi) un avortement spontané en 2005 causé par un grand léiomyome utérin, vii) une dépression assortie d'insomnie, viii) de l'asthme juvénile, ix) une douleur thoracique avec tachycardie supraventriculaire. Il a décrit les récents antécédents de l'appelante, soit une hystérectomie pour endométriose suivie d'une insuffisance rénale, qui s'est améliorée après le soulagement de l'uropathie obstructive au moyen d'endoprothèses. Il a déclaré qu'elle se portait beaucoup mieux et que l'analyse la plus récente de sa fonction rénale faisait état d'une créatinine à 130. Il a indiqué qu'elle était préoccupée par ce qui semblait être des bouffées de chaleur, une déficience d'estrogène, un sentiment de fatigue et une absence de sommeil. Il a également noté un inconfort dans la gorge et de la difficulté à avaler. Il a indiqué de plus que l'appelante avait subi un test de motilité du tube digestif, mais qu'elle avait refusé l'inhibiteur calcique qui lui avait été recommandé. Le D^r Marqus a indiqué que l'appelante devrait rencontrer un médecin de famille pour ses affections médicales en cours. Quant à son problème de déglutition, il se demandait s'il ne s'agissait pas d'un trouble de motilité dû à une sclérodermie, et il a demandé des analyses de sang et planifié un examen du tube digestif supérieur. Il planifiait également un ultrason de la thyroïde afin d'éliminer la possibilité d'un nodule thyroïdien et demandé des analyses de sang pour la fatigabilité.

[16] Le 5 novembre 2010, l'examen du tube digestif supérieur et l'examen de suivi du duodénum ont révélé un œsophage aux prises avec un spasme important et un trouble de motilité éventuel. Toutefois, aucun trouble de motilité important comme l'achalasia (trouble de l'œsophage) n'a été détecté.

[17] Le 23 novembre 2010, le D^r Marqus a indiqué que l'examen du tube digestif supérieur révélait un spasme important et la possibilité d'un trouble de motilité. Il a indiqué que l'appelante avait reçu par le passé un diagnostic de spasme et d'hypertension du sphincter inférieur de l'œsophage et qu'on lui avait conseillé de commencer à prendre du Cardizem (pour l'hypertension et la douleur thoracique), mais qu'elle était hésitante à le faire étant donné ses autres troubles médicaux. Il a relaté les symptômes de l'appelante comme suit : maux de tête non spécifiques; quelques problèmes de vision diminuée et embrouillée à l'œil gauche; inflammation des articulations interphalangiennes proximales; sécheresse du vagin et de la bouche. Il a envisagé la possibilité d'un syndrome de Sjögren, une infection parasitaire de

l'œsophage appelée maladie de Chagas et un trouble de motilité de l'extrémité inférieure de l'œsophage. Il a indiqué qu'il fallait trouver la cause de la fatigabilité de l'appelante et de sa fonction nerveuse « embrumée », et indiqué qu'il l'enverrait en sérologie.

[18] Le 15 décembre 2010, Angela Calvert, kinésiologue agréée et évaluatrice de la capacité de travail agréée, a relaté une évaluation complète des capacités fonctionnelles de l'appelante. L'objectif était de définir objectivement ses capacités fonctionnelles actuelles. Selon Mme Calvert, l'appelante a mis fin à l'évaluation avant que celle-ci ne soit terminée. Par conséquent, ses tolérances de travail en toute sécurité n'ont pas pu être établies. Toutefois, Mme Calvert n'a noté aucun déficit fonctionnel lors de la tentative de test. Selon Mme Calvert, l'appelante s'est montrée capable d'être en position assise et debout.

[19] Le 22 décembre 2010, l'appelante a subi un examen médical psychiatrique indépendant mené par le D^f Jeffries, psychiatre, qui a indiqué que l'appelante a cessé de travailler en 2007 pour cause de dépression. Elle se plaignait qu'elle dormait mal, qu'elle se réveillait et qu'elle était essoufflée, ce pourquoi elle s'était déjà rendue à l'urgence. Le D^f Jeffries a noté ce qui suit : difficulté à avaler (un examen récent du tube digestif supérieur a révélé un spasme de l'œsophage); quelques douleurs thoraciques; pouls irrégulier causant de l'essoufflement; sentiment que « quelque chose ne va pas à l'intérieur »; asthme; insuffisance rénale aiguë suivie d'une septicémie; fatigue; tendance à oublier et manque de concentration; pression dans la tête; sentiment de tristesse et de frustration; anémie; insuffisance rénale chronique, qui, selon elle, ne la dérange pas trop dernièrement. Le D^f Jeffries a indiqué que l'appelante avait rédigé un résumé de 30 pages concernant sa santé, dans lequel elle se plaignait également de bouffées de chaleur, de sécheresse du vagin, d'une bosse dans la gorge, de ganglions enflés et de calculs biliaires. Il a noté de plus qu'elle a eu une fausse couche en 2005 et qu'elle a rencontré un psychiatre, qui lui a prescrit du Celexa. Il a indiqué qu'elle avait subi une étude du sommeil en 2009 et que c'est à ce moment que le D^f Buttoo a diagnostiqué un mouvement involontaire des membres; en outre, le D^f Hennes, médecin de famille de l'appelante à l'époque, a écrit à Manuvie en indiquant que l'appelante souffrait d'une dépression clinique et qu'elle n'était pas apte au travail. En mars 2009, le D^f Butto a écrit que [traduction] : « L'anxiété et la dépression jouent un rôle important. » Il a dirigé l'appelante vers le D^f Schneider, qui a écrit en mai 2009 qu'elle était de plus en plus déprimée, qu'elle pleurait beaucoup, qu'elle était incapable de se

concentrer, qu'elle était fatiguée et découragée, que sa mémoire était défaillante, qu'elle manquait d'énergie et qu'elle vivait un retrait social. Le D^r Schneider a indiqué qu'elle avait du mal à accomplir des tâches, qu'elle avait des pensées suicidaires et qu'une fois, elle avait tenté de sauter de la voiture en mouvement de son mari. À quelques reprises, elle avait été admise à l'hôpital pour des pensées suicidaires.

[20] Selon le D^r Jeffries, l'appelante avait un trouble d'adaptation avec humeur dépressive grave. Il soupçonnait également un trouble panique sans agoraphobie. Il a indiqué qu'il ne serait pas exagéré de dire qu'elle souffre d'un trouble de somatisation étant donné qu'elle [traduction] « a de graves problèmes physiques et qu'elle semble avoir une fixation concernant son état de santé physique ». Il a indiqué que les principaux symptômes actuels de l'appelante étaient les suivants : tristesse et frustration avec idéation suicidaire occasionnelle et un désir de mourir plus persistant; essoufflement, qu'il soupçonnait d'être causé par la panique, bien qu'il puisse aussi y avoir une cause physique. Il a indiqué que les capacités cognitives de l'appelante étaient altérées dans une certaine mesure. Même si sa mémoire ne semblait pas être aussi mauvaise qu'elle le disait, elle était manifestement altérée. Le D^r Jeffries a recommandé un antidépresseur et la consultation d'un psychiatre. Il a noté qu'elle était un peu réfractaire à une intervention psychiatrique parce qu'elle avait hâte de recevoir un diagnostic physique. Il a indiqué qu'elle était [traduction] « tellement fixée sur le plan somatique à ce moment-ci qu'elle ne pouvait pas se concentrer sur le travail. »

[21] Le 1^{er} mars 2011, un tomodensitogramme de l'abdomen a révélé une cholélithiase.

[22] Le 2 mars 2011, le D^r Crisp, en médecine interne, a indiqué que l'appelante se plaignait de maux de tête intermittents depuis trois ans, qu'elle décrivait comme une forte pression dans la tête, un sentiment d'obstruction dans ses oreilles et un peu de nausée. Les crises duraient environ une semaine et survenaient une fois ou deux par mois environ. Le D^r Crisp a indiqué que l'appelante s'était présentée à l'hôpital, qu'elle avait été évaluée et qu'elle avait reçu son congé parce que l'on croyait que ses maux de tête étaient bénins. Plus tard, on l'a trouvée inconsciente à la maison et on l'a ramenée à l'hôpital. Selon le D^r Crisp, l'appelante a des antécédents de maladie virale non spécifique avec signe confirmé de méningite aseptique. Il a indiqué que les maux de tête étaient causés par une sorte de migraine. Le même jour, le

D^r Silverman a évalué l'appelante pour sa méningite aseptique. Il a convenu qu'elle souffrait de méningite aseptique, mais il était d'avis qu'une IRM était requise pour éliminer l'encéphalite. Le ou vers le 21 mars 2011, le D^r Silverman a indiqué que l'IRM du cerveau de l'appelante était normale, tout comme les radiographies du thorax répétées. Elle était de retour à ses symptômes de base. Il a noté qu'elle avait un trouble dépressif chronique et une légère insuffisance rénale chronique. L'appelante a indiqué qu'elle avait du mal à avaler, qu'elle souffrait de nausée chronique et de maux de tête occasionnels. Elle a décrit ses maux de tête comme étant à la fois légers et [traduction] « un problème réel ». Le D^r Silverman lui a proposé de la diriger vers un neurologue si ses maux de tête constituaient un problème à long terme.

[23] Dans son avis de préparation daté du 28 mars 2014, l'appelante a noté les rendez-vous supplémentaires suivants ou les visites suivantes chez le médecin :

- Le 4 mars 2012, elle était admise en ambulance à l'urgence du Toronto Western Hospital.
- Le 27 janvier 2013, elle s'est rendue à l'urgence du Sunnybrook Hospital en raison de difficultés respiratoires, d'asthme non contrôlé, de douleurs thoraciques, de douleur dans les articulations, d'étourdissements et de difficultés à se concentrer.
- Le 27 février 2014, elle s'est rendue à l'urgence du Lake Ridge Health en raison d'une difficulté à respirer, de pression dans la tête et de raideur dans le cou.
- D^r Christine Lay, neurologue, en octobre 2012, en janvier 2013 et en avril 2014.
- D^r Gawel, neurologue, en novembre 2011, le 22 novembre 2011, le 29 novembre 2011, le 4 janvier 2012 et en janvier 2012.
- D^r Lenga, néphrologue, en novembre 2011 et en décembre 2013.
- D^r Philteos, pneumologue, à propos de la difficulté à respirer, le 4 mars 2014 avec un rendez-vous de suivi le 29 mai 2014.

- D^r Jones, médecin, principalement à propos d'une forte pression dans la tête, d'une difficulté à respirer, d'une douleur au flanc, d'une recherche en cours concernant une infection ou une obstruction des reins et un dépistage de la drépanocytose : en mai 2013, en décembre 2013 et en février 2014.
- D^r Thagaroopan, psychiatre, en septembre 2011.
- D^r Yاتفynovich, psychiatre, le 26 octobre 2012 et le 24 janvier 2013.
- D^r Hank Frazer et consultants, psychologue, en novembre 2013, en janvier 2014 et en février 2014: diagnostic de trouble dépressif majeur et d'anxiété mixte causés par des affections médicales chroniques. L'appelante a été dirigée vers le D^r Gary Challis, spécialiste de la gestion des problèmes médicaux associés à la dépression.

[24] Le 18 août 2014, l'appelante a indiqué qu'elle avait rencontré les spécialistes suivants :

- D^r Tremblay, gynécologue, qui a prescrit un plan de traitement et des médicaments pour l'insomnie et les changements hormonaux. Elle a eu une consultation le 3 mars 2014 et le 13 mai 2014.
- D^r Goussev, chirurgien général, le 1^{er} avril 2014, à propos d'une chirurgie de la vésicule biliaire.
- D^r Lay, neurologue, le 7 avril 2014, à propos de nouveaux médicaments.
- D^r Philteos, pneumologue, le 29 mai 2014. Il a évalué son asthme et passé en revue son état de santé en détérioration.
- D^r Fraser et consultants, psychologue, le 5 juin 2014. Elle a subi une évaluation psychologique et un suivi.

[25] Le 1^{er} mars 2015, l'appelante a indiqué qu'elle avait rencontré les spécialistes suivants :

- D^f Christine Lay, neurologue, le 10 septembre 2014 et le 4 mars 2015. On a eu une consultation pour une évaluation neurologique et un traitement de la pression chronique dans la tête.
- D^f Gevorgyan, otorhinolaryngologiste, à propos de la présence possible d'un petit diverticule de pulsion dans l'œsophage distal. Elle est dirigée vers un gastroentérologue, le D^f Green, pour des recherches plus poussées, en septembre et en décembre 2014 ainsi qu'en février 2015.
- Admission aux soins d'urgence ambulatoires, Ajax Pickering Hospital, pour une douleur thoracique intense et de la difficulté à respirer. Elle a été dirigée vers un cardiologue, le D^f Burstein, le 19 octobre 2014.
- D^f Ilana Lenga, le 11 novembre 2014, pour la gestion de l'insuffisance rénale chronique.
- D^f Challis, psychologue, le 15 décembre 2014, pour la gestion des troubles médicaux associés à la dépression.

Témoignage de vive voix

[26] En réponse aux questions du Tribunal, l'appelante a précisé qu'elle n'avait pas fait de suivi auprès du D^f Marqus. Compte tenu de son grand nombre d'affections, il l'a dirigée vers le D^f Jones, médecin de famille, qui l'a dirigée vers d'autres spécialistes.

[27] Elle n'a pas rencontré le D^f Jeffries pour un suivi. Il lui a recommandé de consulter un psychiatre traitant. Avec l'aide de son représentant légal, l'appelante a précisé qu'elle a rencontré un certain nombre de psychiatres et de thérapeutes pour un suivi. Elle a rencontré le D^f Thagaroopan, psychiatre, en septembre 2011. Ce n'était pas le bon médecin pour elle. Il ne voulait la traiter qu'avec des médicaments. Toutefois, elle estimait que son corps ne métabolisait pas bien les médicaments étant donné sa fonction rénale réduite. Elle a indiqué que si elle prenait ces médicaments, elle se sentirait pire. Elle a également consulté le

D^r Yatfynovich, psychiatre. Il souhaitait lui faire subir une thérapie de choc. Elle était en désaccord avec ce traitement. Auparavant, elle avait rencontré le D^r Schneider. Elle a aussi rencontré le D^r Fraser, psychologue et consultants, pour une psychothérapie. En particulier, elle a rencontré Marlene, psychothérapeute associée au D^r Fraser. Elles auraient discuté de la manière de composer avec ses sentiments négatifs et sa frustration du fait de se sentir malade depuis si longtemps. Le D^r Fraser l'a éventuellement dirigée vers un psychologue qui traite les troubles dépressifs associés à des affections médicales chroniques. Elle a rencontré le D^r Challis, psychothérapeute, environ une fois tous les trois mois. Elle estime qu'elle a commencé à le voir peu après juin 2014. Elle ne sait pas quel sera le résultat de la thérapie. Toutefois, ça ne suffit pas. L'assurance ne paie qu'une partie. Aussi, le D^r Challis n'est pas toujours disponible lorsqu'elle a besoin de parler à quelqu'un. Quand elle se sent mal sur le plan émotionnel, c'est difficile. Elle continue de lutter avec cela. Elle appelle fréquemment un service téléphonique de prévention du suicide parce qu'elle a besoin d'encouragement. Elle est frustrée de se sentir toujours malade et de ne pas avoir de réponses. Habituellement, elle appelle le soir environ une fois par semaine. Elle appelle le service téléphonique de prévention du suicide de manière intermittente parce qu'il est accessible. Elle ne se souvient pas si elle a appelé un service téléphonique de prévention du suicide en 2009. Elle ne parvient pas à « se remettre » de son hystérectomie, de son incapacité à avoir des enfants, de sa fausse couche et de son manque d'énergie. Ce n'est pas la vie qu'elle choisit de vivre. Elle a aussi rencontré le D^r Jeffries en 2010, qui a effectué un examen médical indépendant.

[28] Le 4 mars 2014, elle a été emmenée à l'hôpital en ambulance parce qu'elle était inconsciente. Le représentant de l'appelante (qui est son mari) a expliqué que l'appelante a perdu connaissance lorsqu'elle a fait euthanasier son chat à l'hôpital vétérinaire. Elle a été emmenée à l'hôpital et gardée pendant la nuit pour observation.

[29] Le 27 janvier 2013, elle s'est rendue à l'urgence du Sunnybrook Hospital en raison de difficultés respiratoires, d'asthme, de douleurs thoraciques, de douleur dans les articulations, d'étourdissements et de difficulté à se concentrer. Elle croit qu'on lui a fait un tomodensitogramme du cerveau mais elle n'est pas certaine.

[30] Le 27 février 2014, elle s'est rendue à l'urgence du Lakeridge Health en raison de difficultés à respirer, de pression dans la tête et de raideur dans le cou. Elle ne sait pas si les médecins ont trouvé quelque chose et a indiqué qu'ils trouvent rarement ce qu'elle a. Elle a expliqué que son corps est particulier et que lorsque les médecins l'évaluent, ils ont la fausse impression qu'elle se porte bien alors que ce n'est pas le cas et qu'elle ne se sent pas bien.

[31] Elle a rencontré pour la première fois le D^r Gawal, neurologue, en 2011. Il l'a dirigée vers le D^r Lay, neurologue au Women's College Hospital. Le D^r Lay tente de soulager la pression dans la tête, qui est invalidante. Ils utilisent des vitamines, essaient de changer la chimie du sang et emploient la pleine conscience et des médicaments. Les médicaments sont tantôt efficaces, tantôt inefficaces. Elle est aussi sensible à la lumière. Elle ressentait de la pression dans la tête même avant d'avoir la méningite. Le D^r Silverman a indiqué qu'on a peut-être enlevé trop de fluide de la moelle épinière au cours des deux rachicentèses qu'elle a subies, ce qui pourrait causer la sensation de pression dans la tête. Elle ressent la pression comme si son cerveau était trop petit pour son crâne. Elle ressent cette sensation fréquemment et de manière imprévisible. Lorsque cela se produit, elle n'accomplit pas grand-chose. C'est très douloureux; elle a de la nausée et devient encore plus sensible à la lumière. Elle se sent fatiguée par la suite, pendant que son corps récupère. Elle rencontrera le D^r Lay pour un suivi en septembre 2015.

[32] Elle voit régulièrement le D^r Lenga, néphrologue, pour un suivi. Même si ses reins sont stables, ils ne sont pas « super ». Si elle est trop déshydratée ou prend des médicaments pour traiter d'autres affections, cela affecte ses reins.

[33] En 2014, elle a vu le D^r Philteos, pneumologue, pour son asthme. Son père est mort de l'asthme à l'âge de 44 ans. Elle est surprise d'être toujours en vie. Son état s'est aggravé depuis 2010. Le D^r Philteos lui fait prendre des médicaments « agressifs » pour sa MPOC. Son pharmacien et son allergologue ont dit que ces médicaments lui nuisaient. Elle tente une autre approche en essayant de mieux contrôler ses allergies, ce qui peut diminuer ses crises d'asthme. Elle se sent toujours à court de souffle. Elle est aussi allergique à beaucoup de choses. Elle a une réaction anaphylactique aux graines de sésame et aux produits à base de graines de sésame. Le produit est partout.

[34] Elle ne voulait pas continuer de voir le D^f Schneider, psychiatre, qui travaille dans un hôpital. Elle connaît des infirmières qui travaillent au même hôpital. Elle n'a pas aimé la stigmatisation et l'invasion de sa vie privée par les autres infirmières qui la voyaient suivre un traitement.

[35] Elle a rencontré le D^f Tremblay, gynécologue, en 2014 pour son insomnie et ses changements hormonaux. Malgré une certaine amélioration, elle a encore de l'insomnie. Le D^f Tremblay a depuis pris sa retraite et le D^f Jones a dirigé l'appelante vers une clinique de ménopause pour juillet 2015.

[36] Elle a rencontré le D^f. Goussev, chirurgien général, en 2014 pour des calculs biliaires. Il a indiqué que les calculs étaient probablement à l'origine des infections qu'elle a eues auparavant. Il a indiqué qu'elle était trop malade pour qu'il l'opère, mais pas assez vieille pour entreprendre un traitement médical, qui, selon lui, détruirait son foie. Il ne lui a pas donné beaucoup d'espoir. Elle consultera un autre médecin pour obtenir un deuxième avis.

[37] En 2014 et en 2015, elle a rencontré le D^f Lay, qui lui a prescrit des médicaments pour la pression dans la tête. Parfois, les médicaments fonctionnent, et parfois non. Si ses reins font des siennes, elle ne prend pas les médicaments. Elle les prend avec parcimonie.

[38] En 2014 et en 2015, elle a consulté le D^f Gevorgyan, otorhinolaryngologiste, à propos de ses problèmes de déglutition. Il a trouvé quelque chose de suspect qui méritait des recherches plus poussées. Elle subira une gastroscopie en juin 2015 et consultera le D^f Green, un autre spécialiste. La déglutition nuit aussi à son sommeil en raison de la pression constante dans sa gorge.

[39] En octobre 2014, elle a été admise à l'urgence de l'Ajax Hospital pour des douleurs thoraciques et de la difficulté à respirer. Elle a fait un suivi avec le D^f Bernstein, qui lui a fait passer un électrocardiogramme à l'effort. Il la gardera « sous son aile » pendant une année.

[40] Le représentant de l'appelante a précisé que l'appelante ne gagnait actuellement aucun revenu en 2013 et en 2014. Le revenu indiqué dans son registre des gains correspond à ses prestations d'invalidité de son assurance collective et non à des revenus d'emploi. Au départ,

elle était admissible à des prestations d'invalidité de courte durée et par la suite, à des prestations d'invalidité de longue durée. Elle n'a pas travaillé depuis décembre 2008.

[41] Depuis décembre 2009, elle et son mari habitent ensemble dans une maison. Elle ne pourrait dire laquelle de ses affections était la pire à ce moment-là étant donné que diverses affections apparaissent à divers moments. Depuis cette époque, sa dépression est la plus problématique de toutes ses affections. C'est un « cycle sans fin ». Lorsqu'elle pense qu'elle est « sortie du bois », quelque chose d'autre ne va plus dans son corps.

[42] Elle a eu besoin de l'aide de son mari pour accomplir les tâches quotidiennes. Selon le lieu et le moment, elle a besoin d'aide. Le CASC venait chez elle pour changer ses intraveineux. Son conjoint lui permettait de « garder la tête au-dessus de l'eau ». Sa mère et les membres de sa famille donnaient un coup de main. Au fil des ans, la famille l'a aidée à accomplir les tâches quotidiennes. Son conjoint fait les courses étant donné qu'elle n'a pas l'énergie de le faire. Sa mère appelle pour lui rappeler de manger quand elle est trop déprimée pour le faire.

[43] En 2009, elle pouvait prendre une douche, prendre un bain et s'habiller sans aide. Elle accomplissait quelques tâches ménagères, mais se sentait généralement fatiguée et malade. Son conjoint s'occupait de la plus grande partie du ménage.

[44] Elle a un permis de conduire, mais reste près de la maison et ne sort pas beaucoup. Toutefois, il y a environ une semaine, elle a conduit la voiture jusqu'à l'épicerie pour acheter quelques articles. Selon l'énergie qu'elle a, elle peut le faire de 0 à 4 fois par mois. Parfois, elle ne sort pas du tout; d'autres fois, d'autres fois elle a une poussée d'énergie.

[45] L'appelante a déclaré dans son témoignage qu'elle n'a pas voyagé. Son mari a toutefois précisé qu'en 2014, ils se sont rendus à la cérémonie de fin d'études de sa fille (la belle-fille de l'appelante) au X pendant quelques jours. En 2013, ils se sont rendus en X pour un voyage de 10 jours en famille. En 2011, ils se sont rendus à des funérailles en X. La cérémonie de fin d'études et les funérailles étaient d'une importance capitale et elle se sentait suffisamment bien pour voyager en 2011.

[46] Son sommeil était mauvais en 2009 et l'est encore aujourd'hui. Elle a aussi un syndrome des jambes sans repos qui la garde éveillée. Elle a du mal à s'endormir et à rester endormie. Elle dort en moyenne 4 heures par nuit. Elle est fatiguée pendant la journée.

[47] Elle prend actuellement des médicaments pour la pression dans la tête; Rhinocort deux fois par jour; Symbocort (dose plus élevée qu'à l'habitude – jusqu'à 8 fois par jour); Ventolin; (elle a pris du Nexium pour sa gorge, mais elle est en attente d'autres résultats); Imovane pour le sommeil. Elle ne prend rien pour la dépression ou l'anxiété car ces médicaments la rendent plus suicidaire.

[48] Elle n'a pas assez d'énergie pour rencontrer des gens.

[49] Elle n'a pas tenté de se recycler, n'a pas cherché un autre emploi ni effectué du travail bénévole depuis son dernier emploi. Elle ne s'est pas sentie assez bien pour le faire. Elle doit gérer ses affections fréquentes et imprévisibles. Aucun employeur ne l'embaucherait étant donné la nature imprévisible de ses affections. Il n'y a aucun travail qu'elle se verrait faire.

[50] Elle a l'impression d'être tombée dans une faille du système : elle essaie de comprendre ce qui lui arrive et pourquoi. Peu de choses ont été découvertes. Elle se sent frustrée. Elle est condamnée à se sentir mal, incapable de travailler et incapable de retrouver sa vie d'avant. Elle n'a aucune énergie. Elle ne pourrait même pas travailler à temps partiel. Elle ne pourrait pas garantir qu'elle se sentirait bien ce jour-là. À propos de son mari, elle dit [traduction] « c'est lui qui me garde en vie ». Elle avait une meilleure mémoire auparavant. En raison du manque de sommeil, sa mémoire a beaucoup changé.

OBSERVATIONS

[51] L'appelante a fait valoir qu'elle est admissible à une pension d'invalidité pour les raisons suivantes :

- a) Le dossier médical fait état de ce qui suit : insuffisance rénale chronique (2005 à aujourd'hui); asthme (enfance à aujourd'hui); anémie (2005 à aujourd'hui); insomnie (2005 à aujourd'hui); dépression (2005 à aujourd'hui); essoufflement (2005 à aujourd'hui); problèmes cardiaques (1997 à 2000); pression dans la tête

d'origine neurologique (2005 à aujourd'hui). Voici l'historique de ses chirurgie et hospitalisations : insuffisance rénale chronique (23 avril, 23 juin, 13 juillet, 24 août, 16 septembre 2010); hystérectomie (26 mars 2010); douleur thoracique et essoufflement (21 août 2007); mal de dos et mal aux ovaires (23 et 24 juin 2006); maladie rénale (4 mars 2010); échographie des reins (2011 et suivi avec le D^r Lenga en novembre 2011); essoufflement (août 2008) et pression dans la tête d'origine neurologique (mars 2011) et évaluation en cours.

- b) De 2001 à 2008, elle travaille à temps plein comme infirmière. Elle est incapable d'occuper un emploi depuis 2008.
- c) Elle a reçu un diagnostic de trouble d'adaptation avec humeur dépressive, fatigue chronique, insomnie, asthme chronique et méningite aseptique. Les observations physiques sont les suivantes : « limitations fonctionnelles actuelles causées par divers symptômes physiques. » Son état fait encore l'objet de recherches. Elle a été dirigée vers un psychiatre afin de suivre une psychothérapie et consulte régulièrement un néphrologue et un interniste. Elle a de multiples limitations physiques. Le psychologue estime qu'elle est incapable d'occuper quelque emploi que ce soit.
- d) De décembre 2007 à novembre 2010, le D^r Hennes a régulièrement demandé qu'on accorde à l'appelante des prestations d'invalidité. Selon le D^r Hennes, l'appelante était incapable d'accomplir ses tâches professionnelles régulières en raison de son état de santé.
- e) Le 15 avril 2009, le D^r Odueke a noté ce qui suit : [traduction] « elle s'est présentée avec des antécédents de périodes de maladie lourdes et prolongées pendant trois ans » et d'autres affections, y compris une insuffisance rénale, un trouble du sommeil, de l'asthme, une endométriose et une dépression.
- f) Le 27 mai 2009, le D^r Buttoo a indiqué que le symptôme principal de l'appelante était le sommeil non réparateur et l'insomnie depuis 2005. Son trouble du sommeil ne s'est pas amélioré et elle a besoin de médicaments pour s'endormir.

Selon le D^f Buttoo, des facteurs psychiatriques [traduction] « d'anxiété et de dépression jouent un rôle important ».

- g) Le 19 juillet 2010, le D^f Morton a indiqué qu'elle [traduction] : « a des antécédents bien documentés d'une insuffisance rénale ayant tendance à s'aggraver avec des signes d'hydronéphrose importante à droite et peut-être d'hydronéphrose légère à gauche, le rein gauche fonctionnant mal à la suite de l'hystérectomie. »
- h) Le 22 décembre 2010, le D^f Jeffries a indiqué qu'elle souffrait [traduction] « d'un trouble d'adaptation avec humeur dépressive, et ce, à un degré élevé ». Il a indiqué ne pas croire que l'appelante était contre l'idée de travailler. Toutefois elle était [traduction]« tellement fixée sur le plan somatique à ce moment-ci qu'elle ne peut pas se concentrer sur le travail. »
- i) Elle est incapable d'exercer une occupation rémunératrice depuis décembre 2009 en raison d'une invalidité grave et prolongée.
- j) La liste de ses médicaments est longue. Elle a essayé tout ce que ses médecins lui ont recommandé. Toutefois, elle interrompt ses médicaments quand ceux-ci font en sorte qu'elle se sent encore plus mal. Elle fait de son mieux pour se sentir mieux et elle souhaite retourner au travail.
- k) Elle a tenté de suivre des tutoriels en ligne l'an dernier pour voir si elle pourrait se recycler. Étant donné ses problèmes de mémoire et de concentration, elle ne pouvait pas continuer¹.
- l) Elle ne peut pas occuper d'emploi. Elle est incapable de prévoir si elle pourra se préparer le matin, se rendre au travail et accomplir ses tâches assidûment.
- m) Le 15 mars 2012, elle a reçu une lettre du directeur de la division des pensions, de la paie et des avantages sociaux l'informant qu'à compter d'avril 2012, [traduction] « les employés recevront un T4 de la ville de X établissant la

¹ L'appelante n'a fait aucune observation à ce sujet pendant son témoignage de vive voix.

cotisation au RPC et à l'A-E aux fins de l'impôt sur le revenu ». La ville de X continue d'être son employeur actuel et les gains réalisés en 2012 et 2013 correspondent à des prestations d'invalidité de longue durée de base.

[52] L'intimé a fait valoir que l'appelante n'est pas admissible à une pension d'invalidité pour les raisons suivantes :

- a) Selon les renseignements qu'elle a fournis dans sa demande de révision d'août 2011, elle a été rencontrée en 2009 pour des symptômes gynécologiques, une insuffisance rénale, un trouble du sommeil, de l'asthme et une dépression. Des options de gestion de ses symptômes ont été abordées.
- b) Selon le rapport que son interniste a rédigé en 2010, elle a subi une hystérectomie et fait de l'insuffisance rénale, qui s'est améliorée après une intervention chirurgicale. Une infection s'est produite mais elle a été traitée efficacement; l'appelante a continué d'avoir certains problèmes de santé, y compris un inconfort dans la gorge pour lequel un inhibiteur calcique lui a été recommandé, mais qu'elle a refusé;
- c) Selon le rapport que son spécialiste des infections a rédigé en 2012, elle a été traitée efficacement pour une méningite aseptique;
- d) Selon l'évaluation des capacités fonctionnelles de décembre 2010, les capacités de l'appelante n'ont pas pu être établies parce qu'elle a mis fin aux tests prématurément. Toutefois, aucune difficulté ni aucun déficit fonctionnel n'avait été noté avant la fin des tests. Elle a démontré qu'elle pouvait rester assise et debout.
- e) Selon le rapport de psychiatrie de décembre 2010, elle ne pouvait pas travailler à ce moment-là en raison d'un certain nombre d'affections médicales dont aucune n'était grave. Elle était fixée sur ses problèmes physiques et avait reçu un diagnostic de trouble d'adaptation avec humeur dépressive.

- f) Selon le rapport que son neurologue a rédigé en mars 2011, son examen neurologique était normal.
- g) Selon le rapport que son interniste et spécialiste des infections a rédigé en mars 2011, elle a subi une nouvelle évaluation pour sa méningite aseptique. Elle était de retour à ses symptômes de base.
- h) Selon le rapport que son médecin de famille a rédigé en avril 2011, elle a de l'insuffisance rénale chronique de stade III, un trouble d'adaptation avec humeur dépressive, un trouble panique éventuel, de la fatigue chronique, de l'insomnie, de l'asthme et une méningite aseptique. Son insuffisance rénale chronique est stable et on peut prévoir qu'avec un traitement psychiatrique appropriée et la résolution des troubles physiques et médicaux, son trouble d'adaptation avec humeur dépressive s'améliorera.
- i) Selon les renseignements qu'elle a donnés dans son questionnaire, elle fait état de problèmes de fatigue et de cognition. De légères limitations physiques ont été notées. On lui a prescrit un médicament pour dormir.
- j) Selon le rapport médical d'avril 2011, il n'existe aucun diagnostic physique à ce jour pour ses symptômes principaux. Elle a été recommandée pour une psychothérapie et une pharmacothérapie éventuelles. Sa fonction rénale est stable et ses problèmes de santé mentale s'amélioreront probablement. Les renseignements donnés ne décrivent pas une affection médicale grave empêchant d'occuper tout type d'emploi dans un avenir prévisible.
- k) Ses symptômes pourraient être des manifestations somatiques de son diagnostic psychologique. On peut prévoir que si l'appelante suivait un traitement psychiatrique spécialisé et prenait ses médicaments, son état s'améliorerait.
- l) Même si elle prétend qu'elle a cessé de travailler en 2008, l'examen de ses revenus et de ses cotisations révèle qu'elle a fait des cotisations à l'égard des années d'imposition 2012 et 2013 à hauteur de 38 901,00 \$ en 2012 et de

50 363,00 \$ en 2013. Le registre des gains révèle que les revenus provenaient de son ancien employeur, la ville de X.

ANALYSE

[53] L'appelante doit prouver, selon la prépondérance des probabilités, qu'elle était atteinte d'une invalidité grave et prolongée le 31 décembre 2009 ou avant cette date.

Grave

[54] Le tribunal est convaincu que l'invalidité de l'appelante était grave pendant la PMA ou avant celle-ci.

[55] Le Tribunal accepte l'explication de l'appelante selon laquelle les revenus qui lui sont attribués en 2012 et en 2013 correspondaient à des prestations d'invalidité de longue durée de base et qu'ils ne constituaient pas des revenus d'emploi.

[56] Bien que l'appelante ait été capable de voyager à trois occasions à l'extérieur du Canada de 2011 à 2014, le Tribunal ne conclut pas que sa capacité de voyager se traduit par une capacité d'exercer régulièrement une occupation véritablement rémunératrice. La même chose vaut pour sa capacité de conduire sur une courte distance jusqu'à 4 fois par mois (parfois moins) pour aller acheter quelques articles à l'épicerie.

[57] Le Tribunal conclut que l'affection principale contribuant à la gravité de l'invalidité de l'appelante est son état psychologique, qu'il soit appelé trouble d'adaptation avec humeur dépressive (voir le rapport du 22 avril 2011 du D^r Jones à la page GT1-47) ou trouble d'adaptation avec humeur dépressive grave et trouble panique sans agoraphobie éventuel (voir l'examen médical psychiatrique indépendant du 22 décembre 2010 du D^r Jeffries à la page GT1-64).

[58] Le D^r Jeffries a décrit les antécédents de l'appelante. Il a indiqué qu'elle a cessé de travailler pour cause de dépression et qu'elle se plaignait qu'elle dormait mal, qu'elle se réveillait et qu'elle était essoufflée. Il a noté qu'en 2009 (avant la PMA), le D^r Hennes, médecin de famille à l'époque, a écrit à l'assureur de l'appelante en indiquant que celle-ci souffrait de dépression clinique et qu'elle était incapable de travailler et que le D^r Buttoo a écrit que

[traduction] « l'anxiété et la dépression jouent un rôle important ». Le D^f Jeffries a indiqué que l'appelante a rencontré le D^f Schneider, qui a écrit en mai 2009 (encore une fois, avant la PMA) que l'appelante était de plus en plus déprimée, qu'elle pleurait beaucoup, qu'elle était incapable de se concentrer, qu'elle était fatiguée et découragée, que sa mémoire était défaillante, qu'elle manquait d'énergie et qu'elle vivait un retrait social. Selon le D^f Jeffries, le D^f Schneider a indiqué que l'appelante avait de la difficulté à accomplir des tâches, qu'elle avait des pensées suicidaires, qu'une fois, elle a tenté de sauter du véhicule en mouvement de son mari et qu'elle a été admise à quelques occasions à l'hôpital pour des pensées suicidaires. Le D^f Jeffries a indiqué que les principaux symptômes actuels de l'appelante étaient les suivants : tristesse et frustration avec idéation suicidaire occasionnelle et un désir de mourir plus persistant; essoufflement (qu'il soupçonne être causé par la panique) et quelques limitations cognitives. Le D^f Jeffries a recommandé un antidépresseur et un traitement par un psychiatre, bien qu'il ait noté que l'appelante était quelque peu réfractaire à une intervention psychiatrique parce qu'elle avait hâte d'obtenir un diagnostic physique. Il a indiqué en outre qu'elle était [traduction] « tellement fixée sur le plan somatique à ce moment-ci qu'elle ne pouvait pas se concentrer sur le travail ».

[59] Le Tribunal est convaincu que l'appelante a commencé à souffrir d'un trouble mental gravement invalidant en mai 2009, moment auquel le D^f Schneider a fait état, comme l'a relaté le D^f Jeffries, d'une déficience fonctionnelle importante, y compris le fait qu'elle avait de la difficulté à accomplir des tâches. Quand l'appelante a rencontré le D^f Jeffries en décembre 2010, il a indiqué qu'elle était tellement « fixée sur le plan somatique » qu'elle ne pouvait pas se concentrer sur le travail. Il a décrit en outre des capacités cognitives réduites et un sentiment de tristesse et de frustration, une idéation suicidaire et un désir persistant de mourir.

[60] L'appelante souffre également d'une myriade d'autres affections physiques, dont aucune, de l'avis du Tribunal, ne la rend gravement invalide lorsqu'elle est prise isolément. Toutefois, lorsqu'on prend en considération ces affections avec son trouble psychologique qui l'amène à se « fixer sur le plan somatique » sur ses affections non diagnostiquées ou non résolues, le Tribunal conclut que ces autres affections prennent une importance accrue et contribuent à son invalidité globale. Ces autres affections comprennent notamment un inconfort

dans la gorge, de la fatigabilité, un sommeil non réparateur, des problèmes de motilité du tube digestif y compris un spasme, et des maux de tête non spécifiques. De manière significative, le D^r Marquis a indiqué qu'ils devaient trouver la cause de la fatigabilité de l'appelante et de sa fonction nerveuse « brumeuse ». Quant aux maux de tête, le D^r Crisp, en médecine interne, a noté dans le rapport qu'il a rédigé en mars 2011 que l'appelante se plaignait de maux de tête intermittents depuis trois ans (soit avant la PMA) se manifestant sous la forme d'une pression intense dans la tête, d'une sensation de blocage dans les oreilles et d'un peu de nausée.} Selon l'appelante, les crises durent environ une semaine et surviennent une fois ou deux par mois environ. Le D^r Crisp estimait qu'il s'agissait d'une forme de migraine.

[61] Le Tribunal est convaincu, étant donné le trouble d'adaptation avec humeur dépressive de l'appelante et les symptômes concomitants de fatigue chronique et d'insomnie, les maux de tête intermittents, la sensation de pression dans la tête, qu'elle décrit comme invalidante, les problèmes digestifs et l'inconfort dans la gorge, qu'elle était incapable d'exercer régulièrement une occupation véritablement rémunératrice pendant la PMA ou avant celle-ci. Compte tenu de sa « fixation somatique » et de sa myriade de problèmes, le Tribunal est convaincu qu'elle ne serait pas en mesure, comme l'a indiqué le D^r Jeffries, de se concentrer sur le travail.

[62] En conclusion sur ce point, le Tribunal est convaincu que l'appelante est devenue gravement invalide en mai 2009, moment auquel le D^r Schneider a noté une déficience fonctionnelle importante. Cela comprenait le fait qu'elle était devenue de plus en plus déprimée, qu'elle pleurait beaucoup, qu'elle était incapable de se concentrer, qu'elle était fatiguée et découragée, que sa mémoire était déficiente, qu'elle manquait d'énergie et qu'elle vivait un retrait social. Le D^r Schneider a aussi indiqué que l'appelante avait du mal à accomplir des tâches, qu'elle avait des pensées suicidaires et qu'une fois, elle a tenté de sauter du véhicule en mouvement de son mari.

Prolongée

[63] Le Tribunal est convaincu que l'invalidité de l'appelante est prolongée. Bien qu'elle ait reçu un diagnostic de dépression en mai 2009 et que, selon la description de son état, elle avait du mal à accomplir des tâches, près d'un an après la PMA, en décembre 2010, le D^r Jeffries a diagnostiqué un trouble d'adaptation avec humeur dépressive grave. Comme il est indiqué ci-

dessus, elle était tellement fixée sur le plan somatique à ce moment-ci qu'elle ne pouvait pas se concentrer sur le travail. Au moment de l'audience, plusieurs années après la PMA, l'appelante a brossé un tableau similaire dans son témoignage de vive voix.

[64] Bien que le D^f Jones ait indiqué dans son rapport médical du RPC d'avril 2011 que le trouble d'adaptation de l'appelante s'améliorerait probablement après un traitement approprié et la résolution des problèmes physiques et médicaux, elle a indiqué que l'appelante avait été dirigée vers un psychiatre en vue d'une pharmacothérapie et d'une psychothérapies éventuelles. Elle consultait également un néphrologue et un interniste général.

[65] À ce moment-ci, le Tribunal conclut qu'il serait spéculatif d'affirmer que l'invalidité de l'appelante disparaîtra ou s'améliorera avec une pharmacothérapie, une psychothérapie et des consultations continues pour ses autres troubles médicaux. Toutefois, étant donné la preuve de l'appelante selon laquelle elle suit un traitement auprès du D^f Challis pour son trouble psychologique et qu'elle communique régulièrement avec un service téléphonique de prévention du suicide pour l'aider à faire face à la situation, combinée au fait que sa myriade d'affections physiques continue de faire l'objet d'exams, le Tribunal conclut que l'invalidité de l'appelante reste grave.

CONCLUSION

[66] Le Tribunal conclut que l'appelante était atteinte d'invalidité grave et prolongée en mai 2009 au moment où le D^f Schneider a fait état d'une déficience fonctionnelle importante d'origine psychologique. Aux fins des paiements, une personne ne peut être réputée invalide plus de quinze mois avant la réception, par l'intimé, de la demande de pension d'invalidité (alinéa 42(2)b) du RPC). La demande a été reçue en mars 2011; par conséquent, l'appelante est réputée avoir été invalide en décembre 2009. Selon l'article 69 du RPC, les paiements commencent quatre mois après la date réputée de l'invalidité. Les paiements commenceront en date d'avril 2010.

[67] L'appel est accueilli.

Jeffrey Steinberg
Membre, Division générale - Sécurité du revenu