

[TRADUCTION]

Citation : *K. P. c. Ministre de l'Emploi et du Développement social*, 2015 TSSDGSR 50

Date : Le 1^{er} juin 2015

Numéro de dossier : GT-121417

DIVISION GÉNÉRALE - Section de la sécurité du revenu

Entre:

K. P.

Appelant

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

Appel instruit en personne le 25 mai 2015, à Toronto (Ontario).

MOTIFS ET DÉCISION

COMPARUTIONS

K. P., appellant

Richard Levin, représentant légal de l'appellant

INTRODUCTION

[1] L'intimé a estampillé la demande de pension d'invalidité du *Régime de pensions du Canada* (RPC) de l'appellant le 15 mai 2008. L'intimé a rejeté la demande après l'examen initial ainsi qu'après réexamen. L'appellant a interjeté appel de la décision en réexamen auprès du Bureau du Commissaire des tribunaux de révision (BCTR) et le présent appel a été transféré au Tribunal en avril 2013.

[2] Le présent appel a été instruit en personne pour les raisons suivantes :

- a) la complexité des questions en litige;
- b) la forme d'audience respecte l'exigence 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.

DROIT APPLICABLE

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

[4] L'alinéa 44(1)b) du RPC établit les conditions d'admissibilité à une pension d'invalidité du RPC. Pour être admissible à une pension d'invalidité, un demandeur doit :

- a) avoir moins de 65 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).

[5] Le calcul de la PMA est important puisqu'une personne doit établir qu'elle était atteinte d'une invalidité grave et prolongée à la fin de sa PMA ou avant cette date.

[6] L'alinéa 42(2)a) du RPC définit l'invalidité comme étant 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 entraîner vraisemblablement le décès.

[7] Aucune question n'a été soulevée en ce qui concerne la PMA car les parties conviennent que la date à laquelle la PMA a pris fin est le 31 décembre 2007 et que le Tribunal en arrive à la même conclusion.

[8] En l'espèce, le Tribunal doit déterminer s'il est plus probable que le contraire que l'appelait était atteint d'une invalidité grave et prolongée à la date à laquelle a pris fin la PMA ou avant cette date.

PREUVE

Preuve documentaire

[9] Dans son Questionnaire du RPC daté du 12 mai 2008, l'appelant a indiqué qu'il avait cessé de travailler en mars 2005 à titre d'opérateur de poinçonneuse à commande numérique par ordinateur (CNC) en raison d'une blessure. Il occupait ce poste depuis juillet 1999. Il a terminé sa 12^e année et a fréquenté pendant un an le Georgian College pour y étudier la menuiserie et acquérir des compétences en construction. Il a reçu de la formation en cours d'emploi. Il est incapable de se tenir debout pendant plus de 5 à 10 minutes, de s'asseoir pendant plus de 20 à 30 minutes et de marcher sur quelque distance que ce soit. Il a reçu des anesthésies tronculaires pour l'aider à maîtriser sa douleur et s'est fait prescrire du Tylenol 3, du Duragesic, du Percocet,

du Zanaflex et de l'Elavil. Son nom a été inscrit sur une liste d'attente à la Sunnybrook Pain Clinic et il se sert d'une canne. Il a consulté le Canadian Back Institute (CBI), mais son fournisseur d'assurance-invalidité privée a cessé les paiements.

[10] Dans le rapport médical du RPC daté du 26 mars 2008, le D^r Aldridge, médecin de famille, a indiqué qu'il connaissait l'appelant depuis six mois et avait commencé à le traiter pour son principal problème de santé en septembre 2007. Il a posé les diagnostics suivants : i) syndrome de douleurs myofasciales (syndrome du piriforme) et douleur dorsale chronique; ii) syndrome des facettes des articulations lombaires. Il a indiqué que l'appelant souffrait d'une douleur dorsale chronique depuis trois ans. Il consultera la Sunnybrook Pain Clinic et s'est fait prescrire du Duragesic, du Zanaflex, du Tylenol 3, du Percocet et de l'Elavil. Le D^r Aldridge a fait état d'une réaction modérée aux anesthésies tronculaires lombaires hebdomadaires et, autrement, aucune réaction du tout. Il a indiqué que le pronostic était réservé.

[11] Dans un rapport médical du RPC non daté, dont la date de réception par l'intimé est le 17 avril 2008, le D^r Axler, médecin de famille, a indiqué qu'il connaissait l'appelant depuis 31 ans. Il lui a diagnostiqué une douleur lombaire chronique qui dure depuis de nombreuses années. Selon le D^r Axler, le 13 mars 2005, l'appelant était assis chez lui sur une chaise quand celle-ci s'est brisée. Il est tombé sur le plancher et a ressenti une douleur lombaire soudaine qui a persisté. Il a indiqué que l'appelant consultait le D^r Aldridge, un spécialiste de la douleur, et le D^r Gofeld à l'hôpital Sunnybrook. Il lui a prescrit des timbres de Fentanyl, du Tylenol 3, de l'amitriptyline et du Zanaflex et il recevra des anesthésies tronculaires à Sunnybrook. Il se déplace lentement et présente une réduction de l'amplitude de tous ses mouvements au niveau de la colonne lombaire. L'examen neurovasculaire des membres inférieurs a donné des résultats normaux. Le D^r Axler a remarqué que le bas du dos était décoloré en raison de l'utilisation constante d'un coussin chauffant. Selon le D^r Axler, le pronostic était réservé étant donné que l'appelant ressentait une douleur chronique continue depuis trois ans et qu'il aurait probablement toujours de la douleur. Il a indiqué que l'appelant peut se tenir debout de 5 à 20 minutes et qu'il ne pouvait pas travailler, faire les travaux ménagers ou préparer les repas. Il a besoin d'aide pour se laver, se raser et faire la lessive. Il peut marcher pendant 10 minutes, se sert d'une canne et passe le plus clair de son temps à la maison. S'il reste assis, il utilise toujours de la chaleur. Sans chaleur, il peut rester assis pendant 10 à 15 minutes. Il ne peut pas

se pencher, a besoin d'un appareil pour ramasser des objets par terre et a besoin d'aide pour se déplacer.

[12] Selon le rapport établi par l'Albany Medical Clinic le 15 avril 2005, l'appelant a reçu un diagnostic de douleur lombaire. Comparativement à un examen antérieur de la région lombosacrée de la colonne vertébrale datant de septembre 2001, on a constaté une légère progression des modifications dégénératives des disques aux niveaux L1-2 et L2-3. On a également observé une lippe ostéophytique dégénérative antérieure à ces niveaux.

[13] Selon un rapport établi le 11 octobre 2005 par le D^r Godfrey, physiatre, le tomodensitogramme de l'appelant a révélé une progression des modifications au niveau L2-3. Selon le D^r Godfrey, le Tylenol 3 ne soulageait l'appelant que temporairement et qu'il avait de la difficulté à avoir une bonne nuit de sommeil. Le 1^{er} novembre 2005, le D^r Godfrey a indiqué que l'appelant continuait à ressentir une douleur considérable, qu'il était incapable de dormir et avait de la douleur quand il était assis pendant un certain temps. Il a indiqué que l'appelant avait besoin d'un programme d'exercices plus dynamique et l'a dirigé vers le Canadian Back Institute (CBI).

[14] Le 13 juillet 2006, le programme de restauration fonctionnelle (FRP) du Toronto Western Hospital (TWH) a procédé à une évaluation multidisciplinaire initiale afin de déterminer la capacité de l'appelant à participer au programme. Les évaluateurs n'ont indiqué aucune contre-indication psychologique à la participation de l'appelant. Le diagnostic suivant a été posé : 1. trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale; 2. douleur lombaire non spécifique avec symptômes radiculaires. Les évaluateurs ont recommandé que l'appelant participe au FRP.

[15] Le 11 septembre 2006, le FRP du TWH a établi son rapport de traitement initial, selon lequel l'appelant avait commencé un traitement le 21 août 2006. Le traitement visait à l'aider à soulager sa douleur et à lui offrir une réorientation professionnelle.

[16] Le 13 septembre 2006, le FRP du TWH a rédigé son sommaire de congé et a formulé des recommandations. Les évaluateurs du rapport ont indiqué que l'appelant avait démontré qu'il était capable d'accomplir des activités à un niveau considéré comme étant [traduction]

« limité » sur le plan physique, selon la définition des niveaux d'exigences physiques de la Classification nationale des professions (CNP). Ils ont énoncé les précautions fonctionnelles permanentes suivantes : éviter les flexions avant répétées ou prolongées ou les torsions de la colonne lombaire; capacité d'alterner les périodes où il est assis, les périodes où il est debout et la marche, au besoin; manipulation d'objets à un niveau [traduction] « limité » sur le plan physique. Ils ont indiqué que l'appelant continuait de répondre aux critères établis dans le DSM-IV pour définir le trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale. Toutefois, son état dépressif était en rémission. Sur l'axe V, il a obtenu une note de 71 à 75 à l'évaluation globale du fonctionnement (EGF). Sur le plan psychologique, il a été indiqué qu'il n'y avait aucune restriction particulière empêchant l'appelant de retourner à une occupation rémunératrice.

[17] Le 8 novembre 2006, le service de physiothérapie du CBI a établi un rapport provisoire de réadaptation professionnelle (RP). Il y est indiqué que l'appelant était capable de soulever souvent des poids de 10 livres jusqu'à la taille et de la taille aux épaules, et qu'il pouvait faire des exercices de portée, avec câbles et avec poids. Il a été signalé qu'il est indépendant dans toutes ses activités de soins personnels et était encouragé à augmenter ses tâches et activités quotidiennes.

[18] Le 12 janvier 2007, le CBI a produit un autre rapport provisoire de RP. Il indiquait que l'appelant avait assisté à 32 séances. Il était indépendant dans toutes ses activités de soins personnels et était encouragé à augmenter ses tâches et activités quotidiennes. Il n'était pas retourné au travail et avait été encouragé à chercher un autre emploi tout en suivant ses traitements afin de pouvoir recevoir de l'aide avec la transition vers le travail. Il participait au programme entre une heure et 1,5 heure par jour, trois fois par semaine, a démontré qu'il pouvait rester assis pendant 10 minutes et a dit qu'il pouvait rester assis pendant une heure à la maison. Il a aussi démontré qu'il était capable de rester debout pendant 25 minutes et il a été observé qu'il s'était appuyé sur un poste de travail adjacent pendant 10 minutes des 25 minutes. On lui a recommandé de continuer à suivre des traitements pendant les trois prochaines semaines et il a indiqué qu'il ne pouvait pas tolérer les séances quotidiennes.

[19] Le 7 février 2007, Julie Stitt, physiothérapeute agréée au CBI, a indiqué au D^r Axler qu'elle travaillait avec l'appelant pour accroître sa fonction. Elle a souligné qu'il avait indiqué

consommer une grande quantité de Tylenol 3 et de Percocet. M^{me} Stitt a demandé au D^f Axler de mieux gérer les médicaments de l'appelant. Elle a indiqué que l'appelant avait été encouragé à voir un conseiller d'orientation professionnelle afin de discuter d'un emploi futur comme si l'on ne s'attendait pas à ce qu'il puisse retourner à son ancien emploi en raison des [traduction] « attentes quant au soulèvement d'objets et aux longues périodes à se tenir debout ».

[20] Le 18 avril 2007, le CBI a produit son rapport de congé de RP. D'après les évaluateurs qui ont rédigé le rapport, l'appelant avait assisté à 79 des 90 séances de traitement. Ils ont indiqué qu'il était souvent réticent à participer en raison de la douleur au bas du dos et au genou qu'il disait ressentir. Il s'est aussi plaint de fatigue due à ses troubles de sommeil. Ils ont indiqué qu'il s'est souvent montré [traduction] « négatif » et ne semblait pas avoir la motivation pour [traduction] « (par moments, ne souhaitait pas) » faire des progrès dans son programme. Ils ont aussi indiqué que son amplitude de mouvement au niveau lombaire était toujours limitée par la douleur dont il se plaignait. Au moment de son congé, il pouvait fréquemment soulever 21 livres de la taille aux épaules et 15 livres de la taille à la hauteur du tabouret. Toutefois, sa douleur au genou droit et l'utilisation de la canne ont limité ses progrès quant à sa capacité de soulever et de transporter des poids au-dessous de la taille. Au moment de son congé, l'appelant a signalé qu'il pouvait rester assis pendant plus d'une heure sur sa chaise à la maison en utilisant un coussin chauffant. Il a été encouragé à utiliser la chaleur avec modération, soit pendant un maximum de 20 minutes, et à continuer d'essayer de faire des progrès quant à sa capacité à rester assis sur différents types de chaises pour l'aider à occuper éventuellement un nouvel emploi. Sa capacité à rester debout était toujours d'environ 25 minutes.

[21] Une IRM réalisée le 9 mars 2007 a révélé des modifications au niveau de la spondylite de la colonne lombaire. La matière discale semblait buter contre la racine nerveuse S1 au niveau L5-S1.

[22] Le 18 juin 2007, le D^f Lexier, chirurgien orthopédiste, a procédé à un examen médical indépendant à la demande du fournisseur d'assurance-invalidité de l'appelant afin d'évaluer la demande de prestations d'invalidité de l'appelant. Selon le D^f Lexier, l'appelant souffrait d'une entorse et de contusion dans la région lombaire. Le D^f Lexier a diagnostiqué une douleur lombaire mécanique due à une discopathie dégénérative. Il a souligné que le

tomodensitogramme du 13 septembre 2005 révélait une réduction de l'espace intervertébral et une légère protrusion discale diffuse au niveau L2-L3; l'IRM de mars 2009 a confirmé une dessiccation discale, une réduction au niveau de divers disques et une légère protrusion discale centrale à base large qui semblait buter contre la racine nerveuse SI du côté droit. Selon le D^r Lexier, l'appelant avait atteint son niveau fonctionnel antérieur à sa blessure et n'a démontré aucune restriction. Il a indiqué qu'il n'imposerait pas de restrictions en ce qui concerne les activités quotidiennes de l'appelant et sa capacité de reprendre l'emploi qu'il occupait avant son invalidité. À son avis, les restrictions et limitations apparentes de l'appelant, p. ex., son incapacité à rester debout pendant plus de 20 à 30 minutes, étaient inappropriées étant donné son diagnostic et les conclusions de son examen. De l'avis du D^r Lexier, l'appelant était, sur le plan médical, complètement rétabli des lésions des tissus mous qu'il a subies lors de sa chute en mars 2005. Il a indiqué qu'aucune contre-indication médicale ne l'empêcherait de participer à un programme de réadaptation et de retour progressif au travail.

[23] Le 24 septembre 2007, le D^r Kraemer, chirurgien orthopédiste, a vu l'appelant à propos de son dos. Il a fait référence à la blessure lombaire accompagnée d'une importante douleur lombaire et a souligné que l'appelant était en arrêt de travail depuis un certain temps et a indiqué que sa compagnie d'assurance lui avait demandé de reprendre un poste qui exigeait de soulever de lourds objets et de marcher. Selon le D^r Kraemer, l'appelant a indiqué qu'il avait beaucoup de difficulté avec une douleur aiguë. Au début, la douleur irradiait dans sa jambe gauche, mais après avoir commencé à travailler, elle irradiait aussi dans sa jambe droite. Le D^r Kraemer a indiqué ce qui suit : [traduction] « En résumé, le patient a une douleur dorsale provenant principalement du bas du dos, qui limite ses activités et qui est aggravée par des travaux exigeants. La chirurgie ne l'aiderait pas. » Il a ajouté : [traduction] « À en juger par l'exacerbation de ses symptômes causée par son emploi actuel, je doute qu'il soit capable de continuer et il devra vraisemblablement trouver un emploi modifié en permanence ou se recycler pour trouver un travail sédentaire. En ce qui concerne ses activités récréatives, il n'a pas pu recommencer à jouer de la guitare basse en raison de sa capacité limitée à rester assis et à se tenir debout ».

[24] Le 12 octobre 2007, le D^r Aldridge a indiqué au D^r Axler que la douleur dorsale de l'appelant empirait lorsqu'il restait assis pendant plus de deux heures et se tenait debout pendant

plus de 15 minutes. Sa douleur s'aggravait aussi s'il marchait plus d'un pâté de maisons. Il prenait chaque jour de 4 à 8 comprimés de Tylenol 3 et de 2 à 4 comprimés de Percocet pendant qu'il était au travail. Le Tylenol 3 et le Percocet réduisaient sa douleur de 50 à 60 pour cent. Selon le D^r Aldridge, l'appelant était en état de sédation lorsqu'il prenait du Tylenol 3 et du Percocet. Le D^r Aldridge a ajouté : [traduction] « Il est important de souligner qu'il prend beaucoup plus d'opioïdes quand il travaille que lorsqu'il est à la maison ». Il a indiqué que l'appelant avait travaillé à temps partiel dans un atelier de métal où il exécutait des tâches modifiées pendant les quatre dernières semaines et qu'il reprenait progressivement ses fonctions à temps plein. Selon le D^r Aldridge, l'appelant [traduction] « en voulait » à l'évaluateur médical indépendant qui avait autorisé son retour au travail. À l'examen, l'appelant présentait une sensibilité modérée marquée du côté droit et gauche aux niveaux L3-4 et L5-S1 des régions paravertébrales, un résultat positif au test d'irritation sacro-iliaque gauche et un résultat positif au test du muscle piriforme droit et gauche. Le D^r Aldridge a diagnostiqué un syndrome des facettes des articulations lombaires et une irritation sacro-iliaque accompagnée d'un spasme du muscle piriforme (douleurs myofasciales). Il a recommandé à l'appelant de reprendre des traitements de physiothérapie et d'essayer des anesthésies tronculaires pour voir s'il pouvait pallier sa douleur. Il lui a aussi fortement recommandé d'envisager l'essai d'opioïdes à action prolongée.

[25] Le 24 octobre 2007, le D^r Aldridge a indiqué avoir donné la semaine précédente à l'appelant des anesthésies tronculaires paravertébrales dans la région lombaire qui l'ont considérablement soulagé pendant cinq à six jours. Il a souligné que même si le D^r Axler avait prescrit à l'appelant de la Codeine Contin, l'appelant n'avait ressenti aucun soulagement. Le D^r Aldridge a recommandé que l'appelant prenne plutôt des timbres de Duragesic si une dose plus forte ne l'aidait pas.

[26] Le 9 janvier 2008, le D^r Aldridge a informé le fournisseur d'assurance-invalidité de l'appelant que celui-ci avait indiqué que sa douleur avait grandement diminué pendant cinq à six jours après avoir reçu chaque anesthésie tronculaire paravertébrale lombaire. Toutefois, la procédure ne lui a pas permis de retourner à son lieu de travail étant donné que sa douleur au dos s'aggravait grandement lorsqu'il tentait d'accomplir son travail. Il a indiqué que l'appelant avait essayé plusieurs opioïdes à action prolongée pour sa douleur chronique sans succès,

notamment de la Codeine Contin, de l'Oxycontin et de l'Hydromorphone Contin. Le D^f Aldridge a indiqué ce qui suit : [traduction] « En effet, ces médicaments ne lui ont pas permis de fonctionner dans son milieu de travail. À l'heure actuelle, [l'appelant] ne travaille pas en raison de la gravité de sa douleur au dos. [L'appelant] prend du Tylenol 3, du Percocet et 4 mg de Zanaflex, deux fois par jour, pour sa douleur en ce moment. » À l'examen, l'appelant présentait une sensibilité modérée ou aiguë dans les régions paravertébrales aux niveaux L3-4 à L5-S1 et a obtenu un résultat positif au test du muscle piriforme droit et gauche. Le D^f Aldridge a diagnostiqué un syndrome du piriforme (douleurs myofasciales) et un syndrome des facettes des articulations lombaires, et a indiqué ce qui suit : [traduction] « Son pronostic est sombre et, du point de vue clinique, je suis d'avis qu'il ne pourra pas reprendre son ancien emploi dans un avenir prévisible. Je recommande que [l'appelant] se recycle dans un domaine où il n'aura pas à soulever des objets (p. ex., un travail sédentaire) ».

[27] Le 7 avril 2008, le D^f Gofeld, du programme de soulagement de la douleur à la Diagnostic Nerve Block and Pain Control Clinic de l'hôpital Sunnybrook, a évalué l'appelant pour sa douleur lombaire qui irradiait dans les fesses, la cuisse postérieure et à l'occasion au bas de la jambe gauche. Il a indiqué que l'appelant était [traduction] « pratiquement incapable de travailler depuis » sa blessure causée par une chute, avait [traduction] « exécuté par intermittence des tâches modifiées et avait finalement été congédié de son emploi dans le cadre duquel il devait marcher et rester assis ». Il a souligné que l'appelant avait commencé à prendre du Tylenol 3, suivait des traitements de physiothérapie, avait essayé le Percocet, utilisait des timbres de Fentanyl et recevait des injections de blocs paravertébraux. Le D^f Gofeld a écrit : [traduction] « Toutefois, malgré tout cela, il était incapable de reprendre son travail et de faire de l'activité physique ». Il a ajouté : [traduction] « Pratiquement toutes les activités aggravent la douleur, notamment se tenir debout, rester assis ou marcher ». À l'examen, le test d'EJT a donné un résultat positif quant à la douleur au dos. Il a souligné que la région lombaire était nettement décolorée et la peau fragile en raison de l'utilisation prolongée d'un coussin chauffant. Il a constaté une sensibilité médiane et bilatérale assez diffuse du niveau L2 au niveau L5. Il a indiqué que l'IRM révélait une discopathie dégénérative aux niveaux L1-2 et L2-3 accompagnée de modifications de type Modic II du plateau vertébral antérieur et une discopathie dégénérative au niveau L5-S1 avec un léger bombement discal. Sous la rubrique Impressions, le D^f Gofeld a signalé des comorbidités comme l'obésité et le tabagisme. Il a

indiqué qu'il ne pouvait pas [traduction] « exclure l'incidence que peut avoir le fait de toucher une indemnité d'assurance pour son travail manuel », mais a ajouté [traduction] « le patient semble être sincère et être motivé à obtenir de bons résultats ». Il a indiqué qu'il allait recourir à un bloqueur ganglionnaire à la racine dorsale L2 comme première étape pour soulager la douleur diagnostiquée chez l'appelant, qui à son avis est d'origine discale.

[28] Le 9 février 2010, le D^r Finkelstein, médecin agrégé de l'American Academy of Pain Management et directeur de la Toronto Headache and Pain Clinic, a indiqué qu'il avait vu l'appelant qui se plaignait de problèmes de dos constants et pour une demande d'invalidité de longue durée. Il a décrit la blessure survenue le 16 mars 2005 alors que l'appelant était assis sur une chaise qui s'était brisée, qu'il était tombé sur le côté et avait immédiatement ressenti une douleur lombaire, qu'il avait décrite comme étant lancinante, accompagnée d'une douleur sourde généralisée dans le bas du dos qui irradiait dans la jambe droite, de la cuisse au genou. La douleur empirait avec les variations météorologiques, les longues périodes de marche, ou en position assise ou debout. Il ne pouvait pas rester assis ou debout pendant plus de 30 minutes. Le D^r Finkelstein a indiqué que l'appelant avait été en arrêt de travail pendant trois ans après sa blessure de 2005 et avait reçu des prestations d'invalidité de longue durée. Il a ajouté que l'appelant avait dit avoir été [traduction] « forcé » de retourner au travail et de reprendre progressivement des tâches modifiées. L'appelant a déclaré avoir exécuté des tâches légères à raison de trois jours par semaine pendant environ sept semaines. Il devait quitter le travail plus tôt ou s'absenter du travail en raison de la gravité de sa douleur dorsale. Après plusieurs semaines, il a repris le travail à temps plein. Il a été incapable de satisfaire aux exigences du travail, a été congédié par son employeur et n'a pas travaillé depuis ce temps. L'examen a révélé une sensibilité bilatérale des vertèbres au niveau des vertèbres L4-5 et L5-S1 et une sensibilité bilatérale des articulations S1. La palpation du muscle carré des lombes a révélé une sensibilité accompagnée de spasmes. La mesure de l'amplitude de mouvement a révélé une flexion limitée causée par la douleur et une extension limitée. Le D^r Finkelstein a posé le diagnostic suivant : i) trouble biomécanique, région lombo-sacrée de la colonne vertébrale; ii) bombement discal, avec modifications dégénératives au niveau L2-S1; iii) trouble du sommeil non réparateur; iv) obésité. Il a indiqué : [traduction] « Cet homme de 32 ans souffre depuis longtemps de douleur lombaire. Sa douleur s'est aggravée après une chute à la maison. Il s'est plaint de douleur chronique et quotidienne qui a affecté sa capacité de travailler et de mener ses

activités quotidiennes habituelles. Son IRM a révélé de multiples bombements discaux de la colonne lombaire accompagnés de modifications dégénératives. » Le D^r Finkelstein a indiqué que, malgré de nombreux traitements de physiothérapie, l'essai de médicaments et de contrôle par l'intervention, l'appelant a continué de ressentir de la douleur qui n'était pas bien maîtrisée. Il a ajouté que le FRP de la CSPAAT lui avait diagnostiqué un [traduction] « trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale ». Le D^r Finkelstein a indiqué que l'appelant avait besoin d'une gestion psychologique sous forme de thérapie cognitivo-comportementale et de stratégies d'adaptation en raison de sa douleur chronique. Il a indiqué qu'il ne croyait pas que l'appelant aurait avantage à essayer des toxines botuliniques et que l'actuel traitement de la douleur au moyen d'injections ne lui procurait pas un soulagement durable, mais était davantage de nature palliative. Il a laissé entendre que l'appelant pourrait obtenir un soulagement avec du Nabilone, un cannabinoïde synthétique. Il a indiqué : [traduction] « Dans son état actuel, je ne peux voir [l'appelant] détenir quelque emploi rémunérateur que ce soit. Tant que sa douleur ne sera pas mieux maîtrisée, qu'il ne fréquentera pas une clinique d'amaigrissement pour perdre un poids considérable et qu'il ne suivra pas une thérapie cognitivo-comportementale, ses chances de redevenir un membre à part entière de la société seront faibles. »

[29] Le 16 février 2010, le D^r Aldridge a indiqué que l'appelant ressentait une douleur lombaire depuis cinq ans, après être tombé d'une chaise. Le lendemain, l'appelant a ressenti une douleur au dos qui est un [traduction] « phénomène constant » depuis ce temps. L'appelant a décrit sa douleur actuelle comme étant une douleur profonde, lancinante avec une sensation de brûlure d'une intensité de 10/10 qui irradiait dans les jambes. Elle empirait lorsqu'il restait assis plus de 15 à 30 minutes, qu'il restait debout pendant plus de 10 minutes et qu'il marchait plus d'un pâté de maisons. Il s'est fait prescrire du Tylenol 3, de l'Elavil, du Baclofen et du Fentanyl, 100 mcg, tous les trois jours. Le D^r Aldridge a affirmé qu'il avait suivi l'appelant au cours des 28 derniers mois sur une base hebdomadaire pour des blocages nerveux qui lui procuraient un soulagement considérable, mais temporaire, pour son mal de dos. Il a souligné que l'appelant avait suivi des traitements de physiothérapie qui avaient aussi soulagé sa douleur temporairement. Le D^r Aldridge a ajouté que l'appelant avait cessé de travailler en 2007 et qu'auparavant il avait été en arrêt de travail pendant trois ans. Il a repris le travail en effectuant des tâches modifiées pendant sept semaines. Ensuite, il a dû reprendre ses tâches habituelles,

qui consistaient notamment à soulever des feuilles métalliques de 6 à 65 livres de façon régulière et répétitive. Selon le D^r Aldridge, l'appelant a expliqué qu'il était incapable de fonctionner en raison de sa douleur lombaire. Par conséquent, il a été licencié. Le D^r Aldridge a indiqué que, le 7 avril 2008, l'appelant avait consulté le D^r Gofeld, anesthésiologiste, à la clinique de la douleur Sunnybrook. Le diagnostic était une douleur lombaire d'origine discale. Un traitement de radiofréquence pulsée du ganglion de la racine dorsale au niveau L2 a été administré le 14 mai 2008, mais n'a pas soulagé de façon durable la douleur au dos. Le D^r Aldridge a indiqué que l'appelant [traduction] « présentait les symptômes d'une douleur lombaire aiguë et constante depuis les cinq dernières années. Avec le temps, l'intensité de la douleur du patient avait progressé de sorte que son fonctionnement professionnel avait diminué au point où il n'était plus capable d'accomplir ses tâches, incluant celles qui avaient été modifiées. » Le D^r Aldridge a expliqué qu'il avait suivi de près l'appelant au cours des 28 derniers mois et a indiqué : [traduction] « Je peux dire en toute confiance que [l'appelant] a fait tous les efforts pour contrôler sa douleur et retourner sur le marché du travail ». Il a ajouté : [traduction] « En ce qui concerne l'état physique du patient, du point de vue clinique, je suis d'avis qu'il est très peu probable que [l'appelant] puisse retourner au travail dans un avenir prévisible. Son amplitude de mouvement au niveau lombaire est considérablement réduite; cette déficience, sans compter l'intensité de sa douleur constante et aiguë, a une incidence considérable sur la capacité d'un travailleur d'accomplir ses tâches quotidiennes. » Selon le D^r Aldridge, l'appelant satisfaisait à la définition d'invalidité permanente et totale du Healthcare of Ontario Pension Plan (HOOPP).

[30] Le 7 avril 2010, le ministère des Services sociaux et communautaires a avisé l'appelant qu'il était déclaré invalide au sens de la *Loi sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées* (LPOSPH).

[31] Le 15 novembre 2010, le D^r Bain, pneumologue, a vu l'appelant dans une clinique du sommeil pour un problème de sommeil non réparateur et de somnolence diurne excessive, et parce qu'il se sentait épuisé toute la journée. Selon le D^r Bain, l'appelant présentait, avant le test, une forte probabilité d'apnée obstructive du sommeil. Il a pris les arrangements pour une polysomnographie pendant la nuit. Le 18 janvier 2011, le D^r Bain a indiqué que l'étude du sommeil de l'appelant avait révélé une apnée obstructive du sommeil modérée. Il a indiqué que

l'appelant bénéficierait d'un appareil de ventilation par pression positive continue (VPPC). Toutefois, il a souligné que la douleur chronique contribuait aussi à ses problèmes de sommeil et qu'il restait à voir à quel point l'appareil VPPC améliorerait la situation. Le 10 mars 2011, le D^r Bain a indiqué que l'appelant s'était assez bien adapté à l'appareil VPPC. Il a estimé qu'il y avait eu une légère amélioration dans la consolidation du sommeil de l'appelant et une amélioration variable de l'aspect réparateur de son sommeil et de son bien-être pendant la journée.

[32] Le 7 février 2013, David Antflick, spécialiste agréé de la réadaptation et de l'évaluation professionnelle, a produit une évaluation professionnelle dans laquelle il a décrit la situation de l'appelant, y compris son éventuelle capacité de gagner un revenu comme conséquence de l'accident. Il a indiqué qu'il avait examiné le dossier médical, avait interrogé l'appelant et lui avait fait subir des tests professionnels. Le résumé du dossier établi par M. Antflick comprend un examen de l'information et des rapports suivants :

- le 17 février 2007, la Standard Life a rejeté la demande de prestations d'invalidité de longue durée à compter du 19 septembre 2007;
- une IRM du dos réalisée en mars 2007 a confirmé des [traduction] « modifications au niveau de la spondylite de la colonne lombaire ... Au niveau L5-S1, la matière discale semble buter contre la racine nerveuse S1 droite »;
- en avril 2007, le D^r Wiley a estimé que l'interprétation des symptômes de l'appelant comme n'ayant pas de fondement biologique n'était pas acceptable. Il a indiqué qu'une IRM confirmait que la lésion discale se situait probablement aux niveaux L4-L5 et L5-S1;
- en avril 2007, le CBI a mis fin à la thérapie de l'appelant. Au moment de son congé, il a été souligné qu'il s'était plaint de douleur et de fatigue et qu'il était souvent réticent à participer aux traitements en raison de la douleur et de la fatigue. Un rapport de la Standard Life a indiqué qu'il avait une amplitude de mouvement réduite en raison de la douleur et avait besoin d'une canne pour se déplacer et garder son équilibre. Il pouvait rester assis pendant une heure et se

tenir debout pendant 25 minutes. Selon le rapport, il n'était pas autorisé à occuper quelque emploi que ce soit;

- en avril 2007, en raison de sa douleur, l'appelant a été incapable d'achever plusieurs étapes d'une évaluation des capacités fonctionnelles (ECF) réalisée par le Mobile Assessment Centre à la demande de l'assureur;
- vers la même période, le D^r Axler a indiqué que l'appelant avait des limitations quant aux périodes prolongées en position assise et debout, et qu'il pouvait difficilement se pencher, faire des torsions et soulever des objets;
- le 20 juin 2007, le D^r Lexier a conclu que l'appelant était capable de participer à un programme de réadaptation et de retour progressif au travail et lui a diagnostiqué une douleur lombaire mécanique causée par une discopathie dégénérative. Il a aussi indiqué que l'appelant avait atteint son [traduction] « niveau fonctionnel antérieur à sa blessure et pouvait reprendre ses tâches complètes à titre d'opérateur de poinçonneuse à commande numérique par ordinateur. Toutefois, il a souligné que l'appelant prenait de nombreux médicaments, que sa douleur lombaire était toujours présente et qu'il se servait d'une canne;
- le 11 juillet 2007, la Standard Life a informé l'appelant qu'il n'y avait aucune contre-indication à sa participation à un programme de retour au travail (PRT) et à ce qu'il reprenne son poste d'opérateur de machine à commande numérique par ordinateur;
- un plan de retour progressif au travail a été adopté par l'assureur et l'employeur. Le 14 septembre 2007, l'appelant s'est fait dire qu'il devait retourner au travail dans le cadre d'un programme modifié de retour au travail, à défaut de quoi ses prestations prendraient fin. Le programme de retour au travail a commencé par des heures réduites. Chaque semaine, le nombre d'heures de travail augmentait d'une heure. Il accomplissait des tâches modifiées, où il devait rester assis et ébarber des pièces pendant environ sept semaines en augmentant

progressivement ses heures et ses tâches. M. Antflick a écrit ce qui suit :
[traduction] « Pendant ce temps, il prenait des médicaments opioïdes pour soulager sa douleur, ce qui le rendait somnolent et intoxiqué. De plus, il n'a reçu aucun soutien médical pendant sa tentative de retour au travail. Il s'est efforcé de conserver son emploi modifié et m'a dit qu'il se plaignait souvent de ses difficultés à ses supérieurs, mais que ses plaintes étaient ignorées. Au cours de sa tentative de retour au travail, il a dû quitter le travail plus tôt cinq fois en septembre 2007 et deux fois en octobre en raison de la douleur. En plus, il ne s'est pas présenté au travail pendant trois jours parce qu'il s'était déclaré malade. Le 15 septembre, il aurait quitté le travail sans en informer qui que ce soit »;

- [traduction] « après sept semaines de travail, alors qu'il pouvait à peine endurer sa douleur, son employeur et son assureur lui ont demandé de reprendre son travail sur une machine à commande numérique par ordinateur, ce qu'il était incapable de faire. Il a eu besoin de thérapie pendant sa tentative de retour au travail et il s'est demandé quel niveau de douleur il devait endurer pour conserver son emploi et comment il pourrait faire son travail sur une machine à commande numérique par ordinateur sans se faire plus de mal tout en prenant des médicaments opioïdes »;
- le 24 septembre 2007, le D^r Kraemer s'est dit d'avis qu'il était peu probable qu'il puisse continuer d'occuper cet emploi et qu'il aurait probablement besoin d'accomplir des tâches modifiées de façon permanente ou de se recycler dans un emploi sédentaire;
- le 12 octobre 2007, le D^r Aldridge a cru qu'il était atteint du syndrome des facettes articulaires lombaires, d'une irritation sacro-iliaque et d'un spasme du muscle piriforme (douleur myofasciale). Il lui a recommandé l'essai d'anesthésies tronculaires et la reprise d'autres types de thérapie et d'opioïdes à action prolongée. Il ne croyait pas que l'appelant puisse reprendre son ancien emploi dans un avenir prévisible;

- du 14 septembre 2007 au 10 novembre 2007, il a travaillé comme opérateur de tourelle. Le 2 novembre 2007, il a informé son employeur qu'en raison de sa douleur lombaire il était incapable de remplir ses fonctions essentielles d'opérateur de poinçonneuse à commande numérique par ordinateur. Il a été congédié le 2 novembre 2007;
- le 5 décembre 2007, le D^r Aldridge a déclaré que l'appelant était incapable de travailler en raison de la gravité de sa douleur au dos et qu'il ne pourrait pas reprendre son ancien emploi dans un avenir prévisible. En avril 2008, le D^r Gofeld a indiqué qu'il présentait plusieurs comorbidités qui nécessitaient une certaine attention et lui a donné des injections de stéroïdes qui ne lui ont pas procuré un soulagement permanent. En novembre 2008, le D^r Shapero lui a administré un blocage nerveux des facettes des vertèbres lombaires. Il n'a donné aucun résultat, ce qui laissait croire que la douleur lombaire ne provenait pas des facettes des vertèbres lombaires;
- le 1^{er} juin 2009, l'appelant a été accepté comme personne handicapée par le POSPH. En février 2010, le D^r Finkelstein, de la Toronto Headache and Pain Clinic, a indiqué qu'il ne croyait pas que l'appelant puisse conserver un emploi rémunérateur;
- le 16 février 2010, le D^r Aldridge a indiqué que, selon lui, il serait fort peu probable que l'appelant puisse retourner au travail dans un avenir prévisible. À son avis, il répondait à la définition du HOOPP comme étant entièrement invalide de façon permanente.

[33] Selon M. Antflick, une preuve médicale convaincante appuyait l'opinion selon laquelle, à cause de l'accident, l'appelant a subi des blessures considérables à des parties du corps qui sont nécessaires à l'exécution des tâches essentielles de son travail et qui l'empêchent de fonctionner comme il le faisait avec l'accident. M. Antflick a indiqué que l'appelant avait repris des tâches modifiées (ébarbage) [traduction] « non autorisées par le médecin », mais que, lorsque le programme a été terminé, il a été réaffecté au poste d'opérateur qu'il occupait avant l'accident.

À cause de la douleur, il n'a pas pu satisfaire aux attentes de son employeur en ce qui a trait aux heures et à la production, et il a été congédié immédiatement. D'après M. Antflick, en raison des déficiences de l'appelant constatées par ses médecins traitants et de sa douleur chronique, il était incapable d'accomplir les tâches physiques essentielles de l'emploi qu'il occupait avant l'accident et de tout autre emploi qui convient à sa scolarité, à sa formation et à son expérience. M. Antflick a souligné que le D^r Aldridge et le D^r Finkelstein étaient d'avis que l'appelant était incapable d'accomplir les tâches essentielles de quelque emploi que ce soit. Selon M. Antflick, l'appelant ne pouvait satisfaire aux attentes raisonnables d'un employeur en ce qui concerne les heures ou la productivité dans le cadre d'un emploi qui convient à sa scolarité, à sa formation et à son expérience. Il a indiqué que l'appelant ne possédait pas de compétences particulières ou le niveau de scolarité requis pour occuper un autre emploi qui correspond à ses capacités et que ses récents résultats scolaires démontrent des aptitudes aux études relativement faibles qui sont insuffisantes pour suivre un programme de niveau collégial dans l'immédiat sans recyclage scolaire. À son avis, l'appelant continuait d'être atteint d'une déficience importante dans ses activités quotidiennes et sa capacité à travailler. Son pronostic de retour au travail était toujours extrêmement sombre étant donné la nature chronique de ses symptômes, de sa déficience fonctionnelle, de l'absence de traitement, de la consommation extraordinaire de médicaments opioïdes et du manque de fiabilité généralisé. Il était aussi d'avis qu'un retour aux études avec sa douleur et ses divers changements physiques et psychologiques serait un [traduction] « projet voué à l'échec ». Il a souligné que l'appelant n'avait pas fréquenté l'école depuis de nombreuses années, qu'il ressentait quotidiennement de la douleur, et avait des limitations fonctionnelles et des problèmes psychologiques qui l'empêchaient de se concentrer ainsi que de la fatigue qui accompagnait souvent une consommation prolongée de médicaments opioïdes. Il a aussi souligné que le besoin de se pencher vers l'avant et de s'asseoir pendant de longues périodes devant un écran d'ordinateur désavantagerait grandement l'appelant.

[34] Le 21 août 2013, le D^r Aldridge a rempli un rapport d'évaluation médico-légal. Il a fourni un historique détaillé et a posé un diagnostic de trouble de la douleur chronique associé à une affection médicale générale et à des facteurs psychologiques. Il a indiqué que comme [traduction] « les symptômes douloureux persistaient depuis 8 ans, sur le plan clinique, je suis d'avis que l'appelant aura une douleur chronique permanente et une déficience professionnelle permanente et importante l'empêchant de travailler dans le domaine de son choix à un niveau

antérieur à l'invalidité ». Il a indiqué que la capacité fonctionnelle de l'appelant était réduite comme l'a démontré son incapacité à terminer un programme de retour progressif au travail en 2007.

Témoignage de vive voix

[35] L'ILD l'a renvoyé au travail. Il avait encore de la douleur. Il y a eu de nombreuses journées où il prenait tellement d'analgésiques qu'il ne pouvait en faire plus, être en sécurité dans l'atelier ou se rendre à la maison. L'employeur l'a installé dans le coin le plus éloigné de l'atelier et se fâchait contre lui s'il mettait trop de temps à retourner à son poste de travail après une pause ou le dîner. Ses tâches consistaient à rester assis sur une chaise, à se lever, à saisir des pièces de métal, à se rasseoir et à les limer. Il n'a jamais atteint son objectif. Il se faisait [traduction] « critiquer » parce qu'il ne travaillait pas assez vite.

[36] Le travail modifié ne l'a pas préparé à retourner à son ancien poste d'opérateur de poinçonneuse, qui l'obligeait à soulever de grosses pièces métalliques. Il ne faisait que limer de petites pièces métalliques. Le travail modifié ne lui a jamais été offert de façon permanente. Même s'il l'avait été, il ne pouvait pas accomplir les fonctions de ce poste parce qu'il devait marcher et rester assis. À cause de la douleur, sa présence était aussi irrégulière. Pour illustrer son manque d'assiduité, il a expliqué qu'il avait l'intention d'arriver à l'audience à 8 h 30. Toutefois, il a été ralenti par sa douleur quand il a voulu s'habiller et se rendre à l'audience. Il était arrivé à 9 h 50. Certains jours, sa douleur est tellement aiguë qu'il ne peut pas sortir du lit ou se rendre à la salle de bains. Cela se produit au moins deux ou trois jours par semaine. Entre l'hiver et l'été, et l'été et l'hiver, il ressent une forte douleur et est incapable de faire quoi que ce soit. Il reste assis dans son lit et essaie de lire ou de regarder la télévision.

[37] Depuis 2005, il se sent incapable de travailler. La douleur qu'il ressent est un [traduction] « serrement » dans le dos. Elle peut descendre au niveau des fesses. Il ressent une douleur constante qui l'engourdit. S'il marche ou reste assis, il sent la douleur descendre dans la jambe gauche au-dessus du genou et à l'arrière de la jambe. Il lui est arrivé de tomber après que sa jambe a lâché en raison de la douleur. C'est pourquoi il se sert d'une canne depuis 2005. Aujourd'hui, sa douleur est la même qu'elle était en 2005. Lorsqu'il a une bonne journée, sa

douleur se situe à 7 sur 10; les mauvais jours, la douleur est de 10 sur 10. Il a pas mal de mauvaises journées. Il passe son temps à lire ou à regarder la télévision.

[38] Il avait une petite amie. La relation a pris fin récemment. Elle était sa [traduction] « bouée de sauvetage ». Elle l'aidait à prendre sa douche, à se laver et à se raser. Il se sentait humilié et frustré de devoir se fier aux autres. Il préférerait travailler. Il ne peut pas laver ses vêtements ou préparer ses repas. Il vit avec sa mère. Elle l'aide à acheter de la nourriture. Il espérait avoir une maison et une famille à ce stade de sa vie. Son avenir lui réserve la même chose.

[39] Il a cessé de prendre ses médicaments opioïdes après avoir commencé à en prendre de plus grandes quantités seulement pour pouvoir dormir la nuit. Il a tenté de prendre une surdose à quelques occasions parce qu'il était constamment déprimé. Il est devenu frustré d'avoir constamment de la douleur sans interruption. Comme il a cessé de prendre ses médicaments, il utilise plus de chaleur, la neurostimulation transcutanée et reste couché pour soulager sa douleur. La chirurgie a été écartée en raison des risques.

[40] Il a eu des injections tronculaires, mais elles ont cessé de faire effet. Il essaie de se tenir loin de l'acétaminophène.

[41] Lorsqu'il a repris le travail en effectuant des tâches modifiées vers le mois de septembre 2007, il a commencé à travailler trois heures par jour. Chaque semaine, ses heures de travail ont augmenté d'une heure jusqu'à ce qu'il atteigne 11 heures et demie par quart de travail. Il travaillait le vendredi, le samedi et le dimanche. Il se rendait en voiture au travail, qui était à environ 15 minutes de chez lui. Il devait se lever environ toutes les 10 à 15 minutes et marcher sur une distance d'environ 10 pieds pour aller chercher des pièces métalliques à ébarber. Il transportait ce qu'il pouvait. Les pièces métalliques pesaient environ cinq livres. Il était assis pendant l'ébarbage. Les périodes en position assise lui causaient de la douleur. L'ébarbage lui-même ne lui causait pas de douleur. Toutefois, sa douleur était aggravée par les périodes où il devait marcher, resté assis ou se pencher pour saisir des pièces. Même si le travail exigeait seulement qu'il reste assis, il ne croit pas qu'il aurait pu le faire en raison de la douleur qu'il ressentait quand il était assis. Quand il reste assis pendant 15 minutes, sa douleur au dos

augmente. Personne ne lui a jamais offert des tâches modifiées l'obligeant seulement à s'asseoir.

[42] Il est d'accord avec le résumé du M. Antflick quant à son assiduité et à ses absences de son travail modifié : il a quitté le travail plus tôt cinq fois en septembre et deux fois en octobre à cause de la douleur. Il se souvient de s'être déclaré malade. Toutefois, il ne se souvient pas d'avoir quitté le travail une fois sans en informer son superviseur. Il ne croit pas avoir jamais fait un quart de fin de semaine complet à cause de la douleur.

[43] Pendant qu'il effectuait des tâches modifiées, il prenait des médicaments opioïdes (à action prolongée), des T3, des Percocet et des relaxants musculaires. Il ressentait des effets secondaires. Un médicament lui causait de sérieuses sautes d'humeur (amitriptyline). Il n'avait pas beaucoup d'énergie et se sentait fatigué. Quand il se rendait au travail, il se sentait fatigué. Il se plaignait à ses superviseurs de ressentir une douleur constante et d'avoir à se lever pour aller chercher des pièces. Ils lui criaient après à cause du temps qu'il mettait à se rendre à la salle de bains et à en revenir. Il se plaignait d'avoir à travailler dans le coin le plus éloigné de l'atelier. Il n'atteignait pas son objectif d'ébarbage de pièces métalliques.

[44] Au début de novembre 2007, l'employeur lui demanda de faire fonctionner une poinçonneuse. Il a dit qu'il ne pouvait pas le faire parce que les feuilles de métal étaient trop lourdes. Il était aussi fatigué parce qu'il ne dormait pas bien et prenait des opioïdes, ce qui voulait dire qu'il serait dangereux qu'il fasse fonctionner une machine. Ils l'ont amené au bureau des RH où un employé lui a dit d'obtenir un billet de son médecin. Il a été congédié pendant qu'il tentait d'obtenir le billet.

[45] À la fin de la PMA, il vivait dans la maison de sa mère. Il peut conduire pendant 30 à 45 minutes. Toutefois, il ne conduit pas souvent. Il amène sa mère faire l'épicerie. L'épicerie se situe à environ trois minutes de chez lui. Pendant que sa mère fait ses courses, il reste assis dans la voiture ou s'étire à l'arrière de la fourgonnette. Il ne marche pas dans les allées de l'épicerie pour ne pas aggraver sa douleur.

[46] Sa mère ou sa petite amie préparent ses repas. Il ne peut pas rester debout ou assis pour cuisiner. Elles font aussi sa lessive. Il ne peut pas se pencher pour remplir et vider les machines. Sa petite amie faisait aussi le ménage parce qu'il ne pouvait pas se pencher ou rester debout.

[47] Il a dû abandonner ses passe-temps, comme la pêche, la balle-molle, la natation et la guitare basse. La guitare est trop lourde pour qu'il puisse la soulever et la placer sur ses genoux. Il ne peut plus jouer longtemps pendant qu'il est assis en raison de la douleur.

[48] En ce moment, il consulte le D^r Truscott, médecin de famille, qui a remplacé le D^r Axler depuis qu'il a pris sa retraite. Il n'a pas consulté le D^r Aldridge depuis qu'il a cessé de prendre ses médicaments opioïdes.

[49] Depuis la date de fin de la PMA, il ne peut occuper aucun emploi de manière constante. Il ne sait pas comment il sentira d'une journée à l'autre. À cause de sa douleur, il s'est présenté en retard à l'audience aujourd'hui. Il ne pourrait pas se recycler pour la même raison.

[50] Il a terminé sa 12^e année et a fait une année dans un programme de charpenterie et de construction au niveau collégial. Il a été embauché en sortant du collège. Au début, il meulait le métal et a ensuite travaillé comme manœuvre général. Il a gravi les échelons jusqu'au niveau d'opérateur de poinçonneuse.

[51] S'il n'avait pas pris de médicaments opioïdes, il n'aurait pas pu accomplir de tâches modifiées. Sans médicaments opioïdes, il ne pouvait pas faire de travail semblable. Les choses sont pires maintenant parce qu'il ne prend pas de médicaments qui l'aident à apaiser la douleur.

[52] À l'heure actuelle, il dort de trois à quatre heures par nuit, avec un peu de chance. Lorsqu'il occupait un emploi modifié, grâce aux opioïdes, il devenait somnolent et pouvait dormir.

[53] Il a tenté de se suicider en prenant une surdose en novembre ou en décembre dernier. Il n'en a pas parlé à ses médecins. Depuis, il a pensé en parler avec eux.

[54] L'appelant a montré au Tribunal son dos exposé. Il était couvert de marques brunes tachetées sur toute la moitié inférieure. Les marques semblent être tachetées et brunes et avoir l'apparence de cicatrices et d'éraflures. Elles sont causées par le coussin chauffant.

OBSERVATIONS

[55] L'appelant a fait valoir qu'il est admissible à une pension d'invalidité pour les motifs suivants :

- a) Il est atteint d'une invalidité grave depuis le 16 mars 2005.
- b) Il était admissible aux prestations d'invalidité de courte et de longue durée versées par le fournisseur d'assurance-invalidité à son travail et a été accepté comme personne handicapée par le POSPH le 1^{er} juin 2009.
- c) Initialement, il a demandé des prestations d'invalidité du RPC en raison d'une douleur dorsale aiguë et chronique, d'une douleur au genou et de la fatigue résultant de l'incident survenu en mars 2005, au cours duquel il a subi une lésion lombaire après être tombé d'une chaise. Entre 1999 et la date de la blessure, il occupait un emploi rémunérateur à temps plein comme opérateur de poinçonneuse à commande numérique par ordinateur. Il a touché des prestations d'invalidité de longue durée jusqu'au 18 septembre 2007. Pendant ce temps, il a continué à recevoir des soins et devait prendre constamment du Tylenol avec codéine, du Percocet et de l'Elavil.
- d) Une IRM réalisée en mars 2007 a confirmé des modifications au niveau de la spondylite de la colonne lombaire. La matière discale semblait buter contre la racine nerveuse S1 droite au niveau L5-S1. En avril 2007, son chirurgien orthopédiste traitant a confirmé que ses symptômes continus et importants étaient de nature biologique et qu'une chirurgie pouvait être prescrite.
- e) Il a participé à un programme de réadaptation géré par le CBI en avril 2007. Il a été souligné qu'il était un participant réticent en raison de la douleur lombaire et au genou, et de la fatigue qu'il disait ressentir à cause du manque de sommeil. Lorsqu'il a reçu

son congé, il a démontré une amplitude du mouvement réduite par la douleur, continuait d'utiliser une canne et dépendait toujours de sa famille pour la préparation des repas et les tâches ménagères. Il pouvait rester assis pendant une heure, mais devait utiliser un coussin chauffant. Il pouvait rester debout pendant environ 25 minutes, mais n'avait pas été autorisé à reprendre quelque forme de travail que ce soit. Sa tentative de retour au travail pour accomplir des tâches légères en septembre 2007 s'était soldée par un échec. Il a été congédié en novembre 2007.

- f) Le D^r Lexier, dont les services ont été retenus par le fournisseur de l'assurance-invalidité de longue durée, a confirmé dans son rapport de juin 2007 que l'appelant souffrait d'une douleur dorsale mécanique résultant d'une discopathie dégénérative, qu'il prenait de 3 à 30 Tylenol 3 par semaine, 10 Percocet par mois et 4 amitriptyline chaque soir, qu'il se déplaçait à l'aide d'une canne, qu'il avait une cicatrice au dos causée par l'utilisation d'un coussin chauffant, qu'il avait pris 54,5 livres depuis le début de son invalidité et qu'il ressentait sa douleur lombaire tous les jours.
- g) Dans son rapport du 16 février 2010, le D^r Aldridge, le spécialiste de la gestion de la douleur qui traitait l'appelant, a indiqué que l'appelant présentait les symptômes d'une douleur lombaire aiguë et constante depuis les cinq dernières années. Le 9 février 2010, le D^r Finkelstein, directeur de la Toronto Headache and Pain Clinic et spécialiste du soulagement de la douleur, a diagnostiqué un trouble biomécanique de la région lombo-sacrée de la colonne vertébrale, un bombement discal au niveau L2-S1 accompagné de modifications dégénératives, un trouble du sommeil non réparateur et de l'obésité. Le D^r Bain, pneumologue, a fait état du sommeil non réparateur de l'appelant et a indiqué que sa douleur chronique contribuait à ses problèmes de sommeil.
- h) Il s'agit d'un cas [traduction] « classique » de douleur chronique accompagné d'une pathologie sous-jacente reconnaissable constatée dans une IRM qui révèle une importante discopathie dégénérative et une pression sur les nerfs. L'appelant était vulnérable aux effets de la chute.

- i)* Sa douleur chronique est constante. Il a des troubles de sommeil et a eu besoin de prendre une grande quantité de médicaments opioïdes par voie orale, par injection ou sous forme de timbres. Vers la fin de 2013 ou le début de 2014, le D^r Aldridge a progressivement cessé de lui prescrire des médicaments opioïdes auxquels il avait développé une dépendance. Il ne prend plus de tels médicaments depuis 2014 et n'a pas pu prendre de médicaments pour atténuer sa douleur. Il a plutôt recours au coussin chauffant, qui a laissé des marques sur son dos, aux bains chauds, au repos et à la sédentarité. Il a pris plus de 100 livres (il pèse actuellement 357 livres), ce qui crée un cercle vicieux d'invalidité. Il ne peut pas faire d'exercice, ce qui lui fait prendre du poids. C'est en grande partie la situation dans laquelle il se trouve depuis 2005.
- j)* Son retour au travail a causé des problèmes étant donné qu'il s'agissait d'un plan conçu par l'assureur et l'employeur sans tenir compte de l'avis de médecins ou d'autres professionnels bien formés. Il ne s'agissait pas d'un plan légitime de retour au travail. Un poste a été créé pour lui. Il a été installé dans une petite pièce et on lui donnait de petits morceaux de métal dont il devait sabler (ébarber) les bords. C'était une façon d'écouler du temps. Il n'y a eu aucun recyclage ni aucune tentative de lui trouver un travail modifié jusqu'à ce que les sept semaines soient écoulées, après quoi on lui a dit de retourner à sa poinçonneuse.
- k)* Six mois avant la fin des prestations, l'assureur a dit à l'appelant qu'il mettrait fin à ses prestations six mois plus tard, ce qui équivaut à un refus présumé.
- l)* Entre 2005 et 2007, l'appelant s'en remettait entièrement au fournisseur d'assurance-invalidité de longue durée pour ses prestations, les traitements, son rétablissement, la participation à des programmes de maîtrise de la douleur chronique et son recyclage professionnel.
- m)* Il n'a pas tenté de retourner au travail en raison de sa douleur chronique. Il ne peut pas travailler de façon constante et régulière. Certains jours sont meilleurs que d'autres, mais sa situation est imprévisible et peu fiable, ce qui le rend inapte au travail. Aucun employeur ne l'embauchera s'il ne peut travailler que de façon

conditionnelle. Sa dépendance aux médicaments opiacés l'a aussi rendu invalide. Ensemble, ils ont eu un effet dévastateur.

- n) Il souffre d'une douleur lombaire intense et constante qui irradie dans la jambe quand il marche.
- o) Le D^r Soroc, physiatre spécialisée en défense, a vu l'appelant en 2006 après que l'assureur lui a refusé des prestations de courte durée. Elle a conclu qu'il avait atteint le stade de la douleur chronique. Des activités, comme la marche, ou la position assise aggravaient sa douleur. La chaleur et la position couchée le soulageaient temporaire, de la même façon que les médicaments. Elle a souligné qu'il avait pris du poids et que les tentatives de faire des exercices thérapeutiques provoquaient plus de douleur. Elle a constaté une importante décoloration dans la région lombaire causée par l'utilisation d'un coussin chauffant. À l'examen, il pouvait à peine se pencher vers l'avant. Il n'avait pratiquement aucune extension lombaire et une flexion latérale limitée. Le facteur limitatif était la douleur au dos. Elle a conclu qu'il ne réussirait probablement pas à reprendre le travail pour l'instant et s'est dit préoccupée du fait que sa douleur devenait chronique. Elle a recommandé une évaluation psychologique et un cours de psychothérapie mettant l'accent sur une modification du comportement, mais aucune de ces recommandations n'a été suivie par le fournisseur d'assurance-invalidité.
- p) En août 2005, le D^r Godfrey, physiatre, a vu l'appelant et a recommandé un tomodensitogramme. Il a indiqué que l'appelant souffrait d'une douleur dorsale aggravée par l'activité et qu'il ne pouvait pas dormir la nuit.
- q) L'intimé semble accepter le fait que l'état de l'appelant s'est détérioré après la fin de la PMA. Toutefois, les dossiers médicaux permettent de conclure que son état est devenu grave après 2005, mais avant la fin de la PMA. Avant la chute, il travaillait et allait bien. Après sa chute, il n'y a pas de période pendant laquelle il n'a pas été invalide.
- r) Certains évaluateurs ont estimé que l'appelant pourrait retourner au travail s'il était plus actif et perdait du poids. Ils n'ont pas commenté la nature invalidante de sa

douleur ou des horribles effets secondaires de la consommation à long terme de médicaments opioïdes.

- s) Il ne peut pas se recycler tant que sa douleur n'est pas d'abord bien maîtrisée et qu'il obtient un sommeil réparateur. Le FRP du TWH a été mal compris comme étant un programme visant à lui permettre de retourner au travail. Il visait plutôt à l'aider à mieux maîtriser sa douleur, à améliorer sa qualité de vie et éventuellement à se réorienter au plan professionnel. Il ne s'agissait pas d'un programme de réentraînement au travail. Sa douleur n'a pas été bien maîtrisée et les effets des opioïdes l'ont rendu incapable de fonctionner.

[56] L'intimé a soutenu que l'appelant n'était pas admissible à une pension d'invalidité pour les raisons suivantes :

- a) Selon le rapport d'avril 2008 du médecin de famille, il s'est blessé au bas du dos en mars 2005. Cette blessure lui a causé une douleur dorsale constante, a réduit son amplitude de mouvement au bas du dos et des limitations quant aux périodes prolongées en position assise ou debout et à marcher. Bien que ces limitations puissent empêcher certains types d'emploi, le RPC examine la capacité d'occuper toutes les formes d'emploi, qu'il soit à temps plein ou à temps partiel.
- b) En juin 2007, un chirurgien orthopédiste a indiqué qu'il n'existait aucune contre-indication médicale liée au problème de dos qui pouvait empêcher un retour progressif au travail.
- c) Un autre chirurgien orthopédiste a souligné en septembre 2007 qu'il avait tenté de retourner au travail, mais que, parce qu'il avait dû soulever des objets lourds et marcher, sa douleur au dos s'était aggravée. La plus récente IRM de la colonne lombaire n'a montré aucune hernie discale ou pression sur les nerfs rachidiens. Le spécialiste a recommandé qu'il occupe un emploi modifié en permanence ou se recycle dans un emploi sédentaire. Aucun renseignement au dossier n'indique qu'il a tenté d'occuper d'autres types d'emploi qui soient moins exigeants physiquement ou sédentaires.

- d) Son médecin spécialiste de la gestion de la douleur a souligné en janvier 2008 avoir indiqué que sa douleur avait grandement diminué pendant cinq ou six jours après les anesthésies tronculaires, mais qu'il n'avait pas pu retourner à son ancien lieu de travail. On a proposé un changement de carrière dans un secteur qui n'exigeait pas de soulever des poids. Ces éléments ne permettent pas de conclure à l'existence d'une affection grave qui empêchait toute forme de travail à la fin de la PMA.

ANALYSE

[57] L'appelant doit démontrer, selon la prépondérance des probabilités, qu'il était atteint d'une invalidité grave et prolongée à la date de fin de la PMA ou avant cette date.

Invalidité grave

[58] Certains rapports figurant dans le dossier médical indiquent que l'appelant a conservé la capacité d'effectuer un travail léger. Ces rapports sont les suivants :

- (i) Un sommaire de congé et des recommandations du FRP du TWH datant du 13 septembre 2006 indiquant que l'appelant a démontré la capacité d'accomplir des activités à un niveau considéré comme étant [traduction] « limité » sur le plan physique, selon la définition des niveaux d'exigences physiques de la CNP).
- (ii) Le rapport du 18 juin 2007 du D^r Lexier, chirurgien orthopédiste, indiquant que l'appelant avait atteint son niveau fonctionnel antérieur à sa blessure et n'avait démontré aucune restriction. Le D^r Lexier a indiqué qu'il n'imposerait pas de limites en ce qui concerne les activités quotidiennes de l'appelant et sa capacité de reprendre l'emploi qu'il occupait avant son invalidité.
- (iii) Le rapport du 24 septembre 2007 du D^r Kraemer, chirurgien orthopédiste, indiquant que la douleur dorsale de l'appelant provenant principalement du bas du dos était aggravée par des travaux exigeants et qu'il devrait vraisemblablement occuper en permanence un emploi modifié ou se recycler pour trouver un travail sédentaire.

(iv) Le rapport du 9 janvier 2008 du D^r Aldridge, indiquant que, sur le plan clinique, il estimait que l'appelant ne pourrait pas reprendre son ancien emploi dans un avenir prévisible. Il a recommandé que l'appelant se recycle dans un domaine où il n'a pas à soulever des objets (p. ex., un travail sédentaire).

[59] Après avoir soigneusement examiné les rapports susmentionnés et le dossier médical dans son ensemble, le Tribunal n'est pas convaincu que l'appelant était régulièrement capable de détenir une occupation véritablement rémunératrice à la fin de la PMA ou avant cette date.

[60] En ce qui concerne le rapport établi le 13 septembre 2006 par le FRP du TWH, bien que les évaluateurs qui ont rédigé le rapport aient indiqué que l'appelant répondait aux critères du niveau d'exigences physiques [traduction] « limité » selon la définition des niveaux d'exigences physiques de la CNP, ils ont énoncé les précautions ou restrictions fonctionnelles permanentes suivantes : être capable d'alterner entre la position assise, la position debout et la marche, au besoin.

[61] Le Tribunal est d'avis que l'alinéa 42(2)a) du RPC vise la capacité d'un demandeur de travailler dans un environnement de travail valable et concurrentiel et conclut que le commentaire de la Commission d'appel des pensions (CAP) dans la décision *L.F. c. MRHDC* (5 octobre 2010, CP 26809 (CAP)) est pertinent aux faits de la présente affaire, le CAP ayant déclaré ce qui suit :

On ne peut pas parler d'environnement valable et compétitif lorsqu'un employeur peut devoir prendre des mesures d'accommodement, comme dans le cas de l'appelante, en créant un environnement de travail souple pour lui permettre d'avoir un emploi qu'elle ne se serait autrement pas capable d'avoir dans un milieu de travail compétitif normal et pour composer avec ses absences occasionnelles du travail.

[62] D'après les faits de la présente instance, le Tribunal conclut que tout employeur éventuel devrait créer un milieu de travail souple pouvant répondre aux restrictions fonctionnelles de l'appelant qui nécessitent qu'il ait la capacité d'alterner entre la position assise, la position debout et la marche, au besoin.

[63] Le Tribunal a aussi pris en compte le besoin de l'appelant de changer souvent de position dans le contexte de l'analyse « réaliste » comme l'exige la Cour d'appel fédérale dans l'arrêt *Villani c. Canada (Procureur général)*, 2001 CAF 248 (CanLii), [2002] 1 C.F. Le juge Malone a traité de cette exigence dans l'arrêt *Garrett c. Canada (Ministre du Développement des ressources humaines)*, 2005 CAF 84 (CanLii), dans les termes suivants :

[2] Selon le sous-alinéa 42(2)a(i) du Régime, la personne doit être « régulièrement incapable de détenir une occupation véritablement rémunératrice ». Dans l'affaire *Villani c. Canada (Procureur général)*, 2001 CAF 248 (CanLii), [2002] 1 C.F.130, le juge Isaac a interprété cette expression et a formulé la conclusion suivante au paragraphe 38 :

Cette analyse du sous-alinéa 42(2)a(i) donne fortement à penser que le législateur avait l'intention d'appliquer l'exigence concernant la gravité de l'invalidité dans un contexte « réaliste ». Exiger d'un requérant qu'il soit incapable de détenir régulièrement une occupation véritablement rémunératrice n'est pas du tout la même chose que d'exiger qu'il soit incapable de détenir n'importe quelle occupation concevable. Chacun des mots utilisés au sous-alinéa doit avoir un sens, et cette disposition lue de cette façon indique, à mon avis, que le législateur a jugé qu'une invalidité est grave si elle rend le requérant incapable de détenir pendant une période durable une occupation réellement rémunératrice. À mon avis, il s'ensuit que les occupations hypothétiques qu'un décideur doit prendre en compte ne peuvent être dissociées de la situation particulière du requérant, par exemple son âge, son niveau d'instruction, ses aptitudes linguistiques, ses antécédents de travail et son expérience de la vie. [Souligné dans l'original.]

En l'espèce, la majorité n'a pas mentionné l'arrêt *Villani* et elle n'a pas effectué son analyse conformément aux principes qu'il consacre. Cela constitue une erreur de droit. Plus précisément, la majorité n'a pas fait état des éléments de preuve indiquant que les problèmes de mobilité de la demanderesse étaient aggravés par la fatigue et qu'il lui faudrait alterner les périodes où elle est assise et les périodes où elle est debout; des facteurs qui lui rendraient concrètement difficile les emplois de bureau sédentaires ou de même type. Tel est le contexte « réaliste » de l'analyse exigée par l'arrêt *Villani*.

[64] Le Tribunal est convaincu que les restrictions de l'appelant, qui touchent les longues périodes en position assise et son besoin de changer souvent de position, rendraient [traduction] « difficile », sinon improbable, l'exécution d'un travail sédentaire.

[65] Le Tribunal a aussi soigneusement examiné le rapport du 18 juin 2007 du D^r Lexier, chirurgien orthopédiste. Même si le D^r Lexier n'a constaté aucune contre-indication médicale qui empêcherait son retour progressif au travail, il lui a quand même diagnostiqué une douleur

lombaire découlant d'une discopathie dégénérative. Il a souligné que l'appelant prenait de 3 à 30 Tylenol 3 par semaine, 10 Percocet par mois et 4 comprimés d'amitriptyline chaque soir. Il a aussi noté que l'appelant se déplaçait avec une canne.

[66] Le Tribunal est convaincu que la douleur considérable de l'appelant, qui nécessitait de fortes doses d'analgésiques opioïdes puissants, constitue la preuve de l'existence d'une contre-indication médicale qui l'empêchait de retourner progressivement au travail, et encore plus de reprendre son ancien emploi comme l'a soutenu le D^f Lexier. En outre, dans son rapport du 21 août 2013, le D^f Aldridge, qui connaissait encore mieux que le D^f Lexier l'état de santé de l'appelant, a soulevé des inquiétudes à l'égard des constatations du D^f Lexier, qui, le Tribunal en convient, remettent en question les conclusions du D^f Lexier. Au sujet de l'opinion du D^f Lexier selon lequel l'appelant ne présentait aucune restriction quant à ses activités quotidiennes et sa capacité d'occuper son emploi antérieur à son invalidité, le D^f Aldridge a souligné ce qui suit : [traduction] « je ne comprends pas comment on a pu tirer une telle conclusion compte tenu des fort piètres résultats obtenus au moment de son congé du programme de restauration fonctionnelle le 13 septembre 2006. En particulier, le patient a été classé au niveau d'exigence physique " limité " [...] Compte tenu de la nature exigeante de son emploi au plan physique, exiger que [l'appelant] retourne à ses fonctions habituelles à ce stade-ci n'était pas juste envers le patient et risquait fortement de se solder par un échec (comme ce fut le cas). »

[67] Le Tribunal a aussi soigneusement examiné le rapport du 24 septembre 2007 du D^f Kraemer. Bien que le D^f Kraemer ait indiqué que l'appelant ne pouvait pas retourner à son ancien emploi dans un avenir prévisible (opinion qui, comme le constate le Tribunal, met encore une fois en doute la conclusion du D^f Lexier), il a expliqué qu'il devrait probablement occuper en permanence un emploi modifié ou se recycler en vue d'occuper un emploi sédentaire. Le D^f Kraemer a conclu son rapport en affirmant ce qui suit : [traduction] « En ce qui concerne ses activités récréatives, il n'a pas été en mesure de recommencer à jouer de la guitare basse en raison de ses restrictions à rester assis ou debout ». Le Tribunal estime que ce commentaire est révélateur. Dans la mesure où l'appelant était incapable de jouer de la guitare de façon récréative chez lui en raison de ses restrictions à rester assis ou debout, cet élément soulève une question très réelle dans l'esprit du Tribunal quant à sa capacité de détenir

régulièrement une occupation véritablement rémunératrice dans un marché du travail compétitif.

[68] Bien que le D^r Aldridge ait laissé entendre que l'appelant devrait envisager de se recycler dans un domaine où il n'a pas à soulever des objets, le Tribunal est convaincu que le dossier médical appuie la conclusion selon laquelle l'appelant a des limitations importantes quant aux longues périodes en position assise. Dans son rapport du 11 octobre 2005, le D^r Godfrey a indiqué que l'appelant ressentait de la douleur lorsqu'il était assis pendant un certain temps. Le 13 juillet 2006, des membres du FRP du TWH ont produit une évaluation multidisciplinaire initiale. Leur diagnostic était un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale et une douleur lombaire non spécifique. Comme ils l'avaient souligné précédemment dans le résumé de congé et les recommandations, les membres du FRP du TWH ont énoncé la précaution fonctionnelle permanente suivante en ce qui a trait à un futur emploi : la capacité d'alterner les périodes où il est assis, les périodes où il est debout, et la marche, au besoin. Ils ont ajouté que l'appelant répondait toujours aux critères énoncés dans le DSM IV pour le trouble clinique sur l'Axe 1, soit le trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale. D'après le rapport provisoire du 12 janvier 2007 du CBI, l'appelant a démontré qu'il pouvait rester assis pendant 10 minutes et a indiqué qu'il était capable de rester assis pendant une heure à la maison. Dans le rapport de congé établi le 18 avril 2007 par le CBI, il est souligné que l'appelant avait indiqué être capable de rester assis pendant plus d'une heure sur sa chaise à la maison avec l'aide d'un coussin chauffant. Il a été encouragé à utiliser la chaleur pendant 20 minutes ou moins et à continuer [traduction] « d'essayer de faire des progrès quant à sa capacité à rester assis ». Comme nous l'avons déjà mentionné, le D^r Kraemer a sonné l'alarme concernant la capacité de l'appelant à rester assis (ou debout) relativement à la pratique de la guitare de façon récréative.

[69] Le Tribunal a aussi tenu compte de l'expérience qu'a vécue l'appelant avec le travail modifié pour évaluer sa capacité à occuper un poste sédentaire. Dans son rapport du 12 octobre 2007, le D^r Aldridge a indiqué que la douleur au dos de l'appelant était aggravée lorsqu'il restait assis pendant plus de deux heures. Il a souligné qu'il prenait de 4 à 8 comprimés de Tylenol 3 par jour et de 2 à 4 comprimés de Percocet par jour pendant qu'il travaillait. Selon le D^r Aldridge, le Tylenol 3 et le Percocet réduisaient la douleur de l'appelant de 50 % à 60 %. Le

D^r Aldridge a indiqué que l'appelant était en état de sédation lorsqu'il prenait ces médicaments. Il a écrit ce qui suit : [traduction] « Il est important de souligner qu'il prend beaucoup plus d'opioïdes quand il travaille que lorsqu'il est à la maison ». Dans son rapport du 9 février 2010, le D^r Finkelstein a indiqué que l'appelant avait affirmé avoir été [traduction] « forcé » de retourner au travail en 2008 (2007?) de façon progressive pour effectuer des tâches modifiées et que, pendant environ sept semaines, il avait travaillé trois jours par semaine à faire des tâches allégées. Il devait partir tôt ou s'absenter du travail en raison de la gravité de sa douleur au dos. Dans son rapport du 7 février 2013, David Antflick, spécialiste agréé de la réadaptation et de l'évaluation professionnelle, a indiqué, après examen du dossier, que l'appelant prenait des médicaments opioïdes pour soulager sa douleur pendant qu'il effectuait ses tâches modifiées. Ils le rendaient somnolent et intoxiqué. Selon M. Antflick, l'appelant lui avait dit qu'il avait de la difficulté à accomplir ses tâches modifiées et s'était plaint de ses difficultés à ses supérieurs. Pendant sa tentative de retour au travail, il avait dû quitter le travail plus tôt cinq fois en septembre 2007 et deux fois en octobre à cause de la douleur. Il ne s'était pas présenté au travail pendant trois jours parce qu'il s'était déclaré malade. Le 15 septembre, il aurait quitté le travail sans en informer qui que ce soit.

[70] L'appelant a déclaré que, pendant qu'il exécutait ses fonctions modifiées, il ressentait de la douleur au dos après être resté assis pendant 15 minutes. Même s'il devait se lever, se pencher pour ramasser de petites pièces métalliques et à les ramener à son poste de travail, le Tribunal admet que la position assise faisait partie des activités principales qui aggravaient sa douleur au dos.

[71] Le Tribunal est convaincu que l'appelant ne conserve pas la capacité résiduelle d'occuper un emploi sédentaire modifié. Il n'a pu accomplir des tâches légères modifiées à l'automne 2007 qu'en prenant une grande quantité d'analgésiques opioïdes pour maîtriser sa douleur. Et encore là, il a dû quitter le travail plus tôt et s'absenter à cause de la douleur.

[72] Pour conclure sur ce point, le dossier médical et le témoignage de l'appelant appuient la conclusion selon laquelle l'appelant avait d'importantes restrictions quant aux périodes où il pouvait rester en position assise, ce qui, de l'avis du Tribunal, écarte la plupart, sinon la totalité, des emplois sédentaires dans un marché du travail compétitif.

[73] Le Tribunal a aussi tenu compte de l'incapacité plus générale de l'appelant et des facteurs réalistes afin de conclure que son invalidité est grave au sens du RPC. Comme l'a souligné M. Antflick, un retour aux études, compte tenu de sa douleur et de ses divers défis d'ordre physique et psychologique, constituerait un [traduction] « un projet voué à l'échec ». Sa douleur, ses limitations fonctionnelles et ses problèmes psychologiques affecteraient sa concentration. Il aurait à composer avec la fatigue qui accompagne souvent la consommation à long terme de médicaments opioïdes. Bien que l'appelant ait déclaré qu'il ne prend plus de médicaments opioïdes, il s'en remet encore plus à la chaleur et au neurostimulateur transcutané et reste couché pour soulager sa douleur. M. Antflick a aussi souligné que le besoin de se pencher vers l'avant et de rester assis pendant de longues périodes devant un écran d'ordinateur [traduction] « désavantagerait grandement » l'appelant.

[74] Après avoir examiné soigneusement le dossier médical et le témoignage de l'appelant, le Tribunal est convaincu qu'il a commencé à être atteint d'une grave invalidité à compter de mars 2005, suivant l'accident qu'il a eu à la maison, période à laquelle il était régulièrement incapable de maintenir son emploi précédent et toute autre occupation véritablement rémunératrice.

Invalidité prolongée

[75] Le Tribunal est convaincu que l'appelant a commencé à être atteint d'une invalidité prolongée en mars 2005 lorsqu'il a subi une blessure au dos en tombant d'une chaise. Depuis ce temps, même après avoir reçu de nombreux traitements, fait de la thérapie et pris les médicaments décrits en détail dans le dossier médical, il continue de ressentir une douleur débilante et réfractaire qui affecte son fonctionnement, y compris sa capacité à rester assis, à se tenir debout ou à marcher pendant de longues périodes.

CONCLUSION

[76] Le Tribunal conclut que l'appelant était atteint d'une invalidité grave et prolongée en mars 2005. Aux fins des paiements, une personne ne peut pas être déclarée invalide plus de quinze mois avant que l'intimé reçoive la demande de pension d'invalidité (alinéa 42(2)*b* du RPC). La demande a été reçue en mai 2008; par conséquent, l'appelant est réputé être devenu invalide en février 2007. En vertu de l'article 69 du RPC, les paiements commencent quatre mois après la date à laquelle le prestataire est déclaré invalide. Les paiements commenceront au mois de juin 2007.

[77] L'appel est accueilli.

Jeffrey Steinberg
Membre de la division générale – Sécurité du revenu