

[TRADUCTION]

Citation : *K. M. c. Ministre de l'Emploi et du Développement social*, 2015 TSSDGSR 51

Date : 1^{er} juin 2015

Numéro de dossier : GT-121029

DIVISION GÉNÉRALE - Section de la sécurité du revenu

Entre:

K. M.

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

Appel instruit par vidéoconférence le 7 avril 2015

MOTIFS ET DÉCISION

COMPARUTIONS

K. M., appelante

Zeeshan S. Baig, représentant de l'appelante

INTRODUCTION

[1] L'intimé a estampillé la demande de pension d'invalidité de l'appelante au titre du *Régime de pensions du Canada* (RPC) le 15 juin 2011. L'intimé a rejeté la demande au stade initial ainsi qu'à l'étape de la révision. L'appelante a interjeté appel de la décision en révision devant le 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 par vidéoconférence pour les raisons suivantes : la vidéoconférence est possible dans la région où vit l'appelante; les questions visées par le présent appel ne sont pas complexes; le mode d'audience respecte les exigences énoncées dans le *Règlement sur le Tribunal de la sécurité sociale*, soit que l'instance se déroule de la manière la plus informelle et la plus expéditive que les circonstances, l'équité et la justice naturelle permettent.

Question préliminaire

[3] L'appelante a déposé des observations juridiques à jour accompagnées de pièces jointes auprès du Tribunal le 6 avril 2015 (pièce GT-7). Comme les observations et les pièces jointes étaient principalement composées de rapports médicaux existants, de déclarations de revenus de l'appelante et d'une explication concernant son revenu, le Tribunal a admis la pièce GT-7 en preuve. Une copie a été envoyée à l'intimé afin de lui donner la possibilité de formuler des commentaires, le cas échéant.

[4] Le 21 avril 2015, l'intimé a informé le Tribunal par courriel qu'il n'examinerait pas la pièce GT-7 vu qu'elle ne semblait pas répondre aux observations de l'intimé et contenait des renseignements qui auraient été disponibles à la fin de la période de réponse.

DISPOSITIONS LÉGISLATIVES

[5] Conformément à l'article 257 de la *Loi sur l'emploi, la croissance et la prospérité durable* de 2012, tout appel déposé devant le BCTR avant le 1^{er} avril 2013 et qui n'a pas été instruit par le BCTR est réputé avoir été déposé auprès de la division générale du Tribunal de la sécurité sociale.

[6] 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).

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

[8] L'alinéa 42(2)*a*) du RPC définit l'invalidité comme étant une invalidité physique ou mentale grave et prolongée. Une personne est considérée être 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.

QUESTION EN LITIGE

[9] Le litige ne porte pas sur la PMA, car les parties conviennent que cette période a pris fin le 31 décembre 2000, ce qu'a également conclu le Tribunal.

[10] En l'espèce, le Tribunal doit déterminer s'il est plus probable qu'improbable que l'appelante ait été atteinte d'une invalidité grave et prolongée à la date marquant la fin de sa PMA ou avant cette date.

PREUVE

Preuve documentaire

[11] Dans le Questionnaire du RPC daté du 1^{er} juin 2011, l'appelante a indiqué qu'elle avait cessé de travailler le 1^{er} octobre 1997 pour des raisons de santé. Elle travaillait depuis le 1^{er} février 1981 comme opératrice de machine à coudre. L'appelante est née en 1956 et a terminé sa 6^e année.

[12] Dans le rapport médical du RPC daté du 3 décembre 2011, le D^r Syed, chirurgien orthopédiste, a indiqué que l'appelante avait une bursite au talon du pied droit et une douleur constante au talon droit, une rupture des rotateurs de l'épaule droite et de l'arthrite bilatérale aux genoux. Il a indiqué qu'elle suivait des traitements de physiothérapie pour l'épaule droite et les deux genoux. Elle a reçu une injection pour la douleur au talon et ses chaussures avaient été modifiées. Il a ajouté qu'elle ressentirait vraisemblablement de la douleur pendant un certain temps dans l'épaule et les genoux.

[13] Dans le rapport médical du RPC daté du 4 juin 2011, le D^r Choi, médecin de famille, a indiqué qu'il connaissait l'appelante depuis 1980 et qu'il l'a traité pour son principal problème de santé depuis mai 2006. Son diagnostic était le suivant : hypothyroïdie, hypertension artérielle, discopathie dégénérative de la région lombo-sacrée de la colonne avec hernie discale (2006), fibromyalgie, incontinence urinaire d'effort, anémie, arthrose aux deux genoux et rupture de la coiffe des rotateurs à l'épaule gauche (septembre 2010). Il a décrit une

arthroplastie totale du genou en septembre 2009, une chirurgie arthroscopique en juin 2009, de la fibromyalgie en 2006, une hernie du disque lombosacré en mars 2006 et une chirurgie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche en septembre 2010. Dans la section Observations physiques et limitations fonctionnelles, le D^r Choi a décrit des mouvements douloureux des genoux, de l'épaule gauche et de la région lombo-sacrée de la colonne. Il a indiqué que les médicaments suivants avaient été prescrits à l'appelante : de l'amitriptyline, de l'hydrochlorothiazide, de l'Eltroxin, du Tylenol 3 et du Crestor. Il a ajouté qu'elle devait bientôt subir une arthroplastie totale du genou droit et qu'on vérifiait s'il elle était anémique. Elle avait 16 des 18 points douloureux caractéristiques de la fibromyalgie, une tolérance réduite à la douleur lorsqu'elle marche ou se tient debout, une endurance physique réduite et de la douleur chronique accompagnée d'une fatigue généralisée.

[14] Dans son rapport du 1^{er} décembre 1997, le D^r Logarakis, qui dictait au nom du D^r Hassouna, a décrit une intervention pour l'implantation d'une fronde pubovaginale qu'a subie l'appelante en raison de son incontinence urinaire d'effort.

[15] Le 13 juillet 1999, l'appelante a consulté le D^r Lee, rhumatologue, en raison de l'aggravation de son inconfort au coude droit et à l'épaule gauche et un engourdissement accru dans la main droite et, plus récemment, dans la main gauche. Le D^r Lee a écrit ce qui suit : [traduction] « En résumé, [l'appelante] présente une exacerbation de l'épicondylite latérale droite et une tendinite de la coiffe des rotateurs à l'épaule gauche. Il semble aussi que son syndrome du canal carpien (SCC) ait empiré bilatéralement ». Le D^r Lee a proposé une injection de cortisone à l'épaule gauche et au coude droit, que l'appelante a acceptée. Le D^r Lee a ensuite demandé à l'appelante d'utiliser une attelle de poignet pour son engourdissement dans les mains.

[16] Le D^r Choi a fait mention de la fibromyalgie dans ses notes cliniques du 20 juin 2000, du 11 juillet 2000, du 28 août 2000 et du 6 décembre 2000. Dans sa note clinique du 21 novembre 2000, il lui a diagnostiqué une discopathie dégénérative.

[17] Le 20 juin 2000, l'appelante a consulté le D^r Lee pour un suivi de son inconfort à l'épaule gauche et au cou. Elle se plaignait d'inconfort au-dessus du trapèze gauche et à la

base du cou. Elle se plaignait aussi d'engourdissements bilatéraux aux mains à la suite d'une chirurgie du canal carpien. Le D^r Lee a écrit ce qui suit : [traduction] « En résumé, [l'appelante] a un inconfort chronique au cou et à l'épaule gauche qui résultent d'un accident de voiture survenu il y a plus de dix ans. Je soupçonne que ses symptômes actuels découlent d'une fatigue de la nuque qui irradie jusqu'au muscle trapèze ». Le D^r Lee n'a constaté aucune anomalie importante au niveau de la coiffe des rotateurs, si ce n'est une légère sensibilité. Lors de l'examen musculo-squelettique, l'appelante avait une bonne amplitude de mouvement au cou avec un peu de douleur à l'effort et de la sensibilité à la base de la colonne cervicale gauche et au trapèze. Elle avait aussi une bonne amplitude de mouvement aux deux épaules sans grand inconfort. Elle avait une légère sensibilité au bas de la colonne lombaire, 12 des 18 points douloureux et une bonne force motrice. À titre d'essai, le D^r Lee a donné à l'appelante une injection de cortisone au niveau des points douloureux déclenchement le long du trapèze pour soulager son inconfort. Elle l'a aussi encouragée à consulter une clinique de traitement de la douleur. Selon le D^r Lee, l'appelante ne souhaitait pas suivre cette recommandation.

[18] Un rapport d'imagerie du poignet du 22 septembre 2000 ne révèle aucun signe de fracture récente ou lointaine.

[19] Un tomodensitogramme de la colonne cervicale effectué le 24 octobre 2000 a révélé une légère discopathie cervicale dégénérative.

[20] Une IRM de l'épaule réalisée le 24 mai 2001 était illisible. Elle avait été faite en raison d'antécédents cliniques de rupture de la coiffe des rotateurs.

[21] Le 5 novembre 2001, le D^r Lee a indiqué que l'appelante l'avait consultée pour un inconfort à l'épaule gauche et qu'une IRM de l'épaule gauche (probablement l'IRM du 24 mai 2001) révélait des modifications dégénératives à l'articulation acromio-claviculaire accompagnées d'un petit crochet à l'acromion, une tendinite de la coiffe des rotateurs avec rupture partielle des tendons du sus-épineux et une certaine modification dégénérative du bourrelet marginal antéro-inférieur. L'appelante souffrait d'une douleur persistante et aiguë à l'épaule gauche qu'une injection de cortisone n'a soulagée que temporairement. L'appelante a

accepté de subir une intervention chirurgicale et a été inscrite sur la liste pour subir une excision de l'extrémité distale de la clavicule et une décompression sous-acromiale.

[22] D'après un rapport du D^f Miniaci daté du 30 janvier 2002, l'appelante avait une douleur à l'épaule gauche [traduction] « depuis un certain temps ». Elle était constante et limitait sa capacité d'atteindre des objets au-dessus de l'épaule et à bout de bras. Le D^f Miniaci a indiqué que l'appelante pouvait bénéficier d'une chirurgie. Le 11 avril 2002, le D^f Bogoch a inscrit l'appelante sur la liste des chirurgies.

[23] Le 18 septembre 2002, l'appelante a subi une décompression de l'articulation acromio-claviculaire gauche, une résection de l'extrémité externe de la clavicule et une acromioplastie. Le 1^{er} octobre 2002, le D^f Bogoch a signalé que la coiffe des rotateurs de l'appelante était intacte après la chirurgie. Elle a commencé des traitements de physiothérapie pour redonner de la mobilité à son épaule.

[24] Le 26 novembre 2002, le D^f Stackpool, qui dictait au nom du D^f Bogoch, a signalé que l'appelante progressait lentement après la chirurgie, mais se plaignait d'une légère douleur persistante et de raideur à l'épaule. Selon le D^f Bogoch, il n'est pas rare de ressentir une certaine douleur postopératoire, qui selon lui s'estomperait dans les six prochaines semaines.

[25] Le 7 janvier 2003, le D^f Bogoch a fait rapport sur l'état de l'épaule gauche après la décompression sous-acromiale en raison du conflit sous-acromial dont souffrait l'appelante. Il a indiqué que sa douleur à l'épaule semblait être soulagée. Elle pouvait lever l'épaule complètement et avait une excellente rotation. Elle se plaignait d'une douleur dans la région du trapèze gauche, mais il n'a rien trouvé dans son cou, son épaule ou son trapèze. Il lui a conseillé de cesser la thérapie, d'essayer de reprendre ses activités normales et a dit que la douleur au trapèze allait s'estomper.

[26] Le 23 juin 2003, le D^f Bogoch a indiqué que l'appelante avait noté une bonne diminution de la douleur à l'épaule et au bras après la chirurgie de septembre 2002. Elle pouvait lever l'épaule facilement et ses signes d'arc et d'accrochage douloureux avaient disparu. Le D^f Bogoch a indiqué que l'appelante avait l'impression que la douleur dans la région supérieure gauche du trapèze ferait l'objet d'une chirurgie. Il lui a expliqué qu'il

s'agissait d'une douleur projetée provenant du cou et qui n'était pas liée à l'intervention à l'épaule. Il a dit qu'il la dirigerait vers la physiothérapie pour sa colonne cervicale.

[27] Le 9 octobre 2003, le D^r Lee a évalué l'appelante pour une douleur bilatérale au genou qui était pire du côté gauche depuis un an. Le D^r Lee a écrit ce qui suit : [traduction] « En résumé, M^{me} K. M. ressent une douleur au genou droit depuis un an qui est probablement causée par une tendino-bursite de la patte d'oie et probablement par un début d'arthrite du compartiment interne ». Selon le D^r Lee, l'appelante avait de la difficulté à garder le genou fléchi pendant une longue période quand elle était assise ou qu'elle dormait. Toutefois, elle n'avait pas de problème à marcher. Le D^r Lee lui a proposé d'essayer une injection de cortisone dans la bourse.

[28] Un rapport d'imagerie daté du 26 octobre 2004 a révélé un traumatisme au majeur de la main droite et une enflure des tissus mous recouvrant l'articulation interphalangienne proximale du majeur droit.

[29] Le 21 novembre 2005, l'appelante a consulté le D^r Yu pour l'évaluation d'une douleur à la poitrine qui durait depuis environ six mois. Le D^r Yu a recommandé un échocardiogramme d'effort. Le 30 janvier 2006, l'appelante a été vue à nouveau en raison de périodes d'inconfort atypique à la poitrine. Comme les résultats de l'échocardiogramme d'effort étaient négatifs, le D^r Yu a estimé qu'il était peu probable qu'il s'agisse d'une coronaropathie importante. Il lui a suggéré de prendre de l'aspirine et a décidé de voir comme ses symptômes allaient progresser.

[30] Un rapport d'imagerie daté du 7 mars 2006 a révélé une légère discopathie dégénérative localisée au niveau L4-L5.

[31] Le 16 mai 2006, le D^r Lee a évalué l'appelante pour une douleur lombaire qui durait depuis deux mois. Elle a remarqué un engourdissement dans la cuisse latérale antérieure, a pensé qu'il pouvait s'agir d'une meralgie paresthésique et a diagnostiqué une douleur dorsale mécanique probablement causée par une discopathie dégénérative. Le D^r Lee a recommandé la perte de poids et une augmentation de la dose d'amitriptyline pour aider à soulager la paresthésie. Elle a aussi demandé ordonné un test de conduction nerveuse. Le D^r Lee a indiqué

que l'appelante se plaignait également de raideur ou de lourdeur dans le majeur et l'index de la main droite la nuit depuis les six derniers mois. Elle a signalé que l'appelante avait subi une chirurgie du canal carpien environ cinq ans auparavant, s'est demandé s'il s'agissait d'une détérioration du SCC et a demandé une évaluation de sa main pendant le test de conduction nerveuse.

[32] Le 23 mai 2006, l'appelante a été évaluée par le D^r Cooper, psychiatre. Elle présentait des symptômes d'anxiété, de tension et se plaignait de troubles de mémoire. Le problème avait empiré au cours de la dernière année. Selon le D^r Cooper, entre 1981 et 1987, l'appelante a travaillé comme machiniste dans une usine et [traduction] « aide maintenant son mari à la ferme [...] » Le D^r Cooper n'a constaté aucune preuve clinique indiquant l'appelante avait des problèmes de mémoire. Il a indiqué qu'elle ne semblait pas souffrir de dépression clinique et n'a trouvé aucune preuve de trouble de la pensée ou de la perception. Sa mémoire et sa concentration semblaient être intactes.

[33] Le 10 août 2006, l'appelante a vu le D^r Kong pour une consultation en neurologie. Selon le D^r Kong, l'appelante ressentait un engourdissement et un fourmillement dans les mains depuis deux ans. Le D^r Kong a indiqué que l'appelante avait d'abord développé un engourdissement bilatéral des mains plus de 10 ans auparavant et avait subi une chirurgie de libération du canal carpien de la main droite environ 10 ans auparavant et au côté gauche deux ans plus tard. Ses symptômes s'étaient améliorés au début. Le D^r Kong a écrit ce qui suit : [traduction] « Depuis deux ans, l'engourdissement bilatéral de sa main s'est aggravé, ce qui affecte la paume et les trois premiers doigts [...] » Le D^r Kong a constaté qu'il existait une preuve clinique et électrophysiologique d'un léger SCC bilatéral. Il a conseillé à l'appelante de porter des attelles pour poignet la nuit. Il a aussi noté qu'elle ressentait [traduction] « de l'engourdissement et des fourmillements dans la cuisse latérale droite depuis trois mois ». Il a remis en question le diagnostic de meralgie paresthétic ou de compression chronique du nerf cutané latéral droit de la cuisse. Il a indiqué que l'appelante se plaignait depuis plus de cinq ans de douleurs musculo-squelettiques diverses affectant le cou, le bas du dos et les quatre membres. Il a dit conclure qu'elles étaient causées par la fibromyalgie [traduction] « étant donné qu'elle prend de l'amitriptyline ». Le D^r Kong a signalé l'absence de signe de Tinel dans

les deux poignets et les deux coudes et que ni l'un ni l'autre des nerfs ulnaires n'était manifestement enflé.

[34] En septembre 2006, l'appelante a consulté le D^r Lee pour un suivi concernant l'engourdissement dans sa cuisse. L'étude, notamment un test de conduction nerveuse, correspondait au diagnostic de meralgie paresthétiqua. Le D^r Lee a encouragé l'appelante à perdre du poids, ce qui pouvait l'aider avec la compression nerveuse. Selon le D^r Lee, l'appelante a fait preuve de [traduction] « réticence » à l'idée de perdre du poids, en disant qu'elle menait une vie saine. Elle a posé des questions sur la liposuction, option que le D^r Lee a écartée.

[35] En septembre 2006, le D^r Almousa, qui écrivait au nom du D^r Hassouna, a signalé que l'appelante avait été vue pour un dysfonctionnement urinaire, des fuites et une polyurie nocturne modérée deux fois par nuit. On lui a diagnostiqué une vessie stable compensée sans aucun signe d'incontinence d'effort.

[36] Le 28 février 2007, l'appelante a consulté le D^r Sharma dans une clinique des maladies neuromusculaires. Des tests électrodiagnostics ont confirmé un SCC bilatéral qui s'était aggravé depuis le test d'août 2006. Ils n'ont révélé aucun signe de radiculopathie lombosacrée, mais les tests des muscles paravertébraux au niveau S1 ont révélé une légère dénervation qui correspond à une maladie dégénérative sous-jacente. Le D^r Sharma a écrit ce qui suit : [traduction] « [L'appelante] travaille dans une ferme où on cultive des légumes. Elle indique qu'elle commencera à faire de la culture en serre dans quelques semaines ».

[37] Un tomodensitogramme de la colonne lombaire réalisé en avril 2007 a révélé une hernie discale centrale postérieure au niveau L4-5 accompagnée d'une dégénérescence discale.

[38] D'après le rapport du 10 avril 2007 établi par les D^{rs} Anand et Cavalcanti, l'appelante avait des douleurs à la poitrine depuis novembre 2005. L'échocardiographie d'effort réalisée en décembre 2005 était normale. Un test d'effort Mibi réalisé en juin 2006 indiquait une légère anomalie réversible de la zone de l'AIA qui a été catégorisée comme présentant un faible risque. D'après un angiogramme réalisé en septembre 2006, les artères coronariennes étaient

normales. On a constaté une PVGD accrue indiquant un dysfonctionnement diastolique, mais une fraction d'éjection normale ventriculaire gauche. Les médecins ont noté qu'elle continuait de ressentir des douleurs atypiques à la poitrine accompagnées d'essoufflements, de nausées et de palpitations qui se présentaient sous forme de 3 à 4 épisodes par semaine et survenaient à l'effort ou au repos.

[39] Le 11 septembre 2007, l'appelante a consulté le D^r Lee pour une douleur lombaire aiguë qui a commencé en janvier de la même année. Selon le D^r Lee, l'appelante était au Mexique à cette époque et faisait beaucoup de visites touristiques et de marche. Lorsqu'elle est rentrée à la maison, elle a commencé à ressentir de la douleur au bas du dos et une faiblesse dans la jambe. Un tomodensitogramme de la colonne lombaire réalisé le 30 avril 2007 a révélé une hernie discale postéro-centrale au niveau L4-5 accompagnée de dégénérescence discale et une compression du sac thécal. À l'examen, elle avait une bonne amplitude de mouvement au niveau des hanches et des genoux. Le D^r Lee a indiqué lui avoir proposé la physiothérapie, mais l'appelante était réticente à suivre ces traitements parce qu'elle croyait qu'ils seraient inutiles. Le D^r Lee a indiqué qu'elle reverrait l'appelante après une IRM du dos.

[40] Le 27 septembre 2007, le D^r Ogilvie, pharmacologiste clinicien, a signalé que l'appelante avait une pression sanguine variable depuis six mois et a souligné qu'elle vivait un stress considérable.

[41] Le 18 septembre 2007, le D^r Zamel a indiqué que l'examen fonctionnel respiratoire de l'appelante était pour l'essentiel normal, les débits faibles se situant à la limite.

[42] Le 23 octobre 2007, l'appelante s'est rendue à une clinique de pneumologie pour un épanchement pleural droit. Selon le D^r Levitt, il semble que son épanchement pleural (qui avait été constaté pour la première fois le 10 avril 2007) ait disparu.

[43] En octobre 2008, le D^r Ghazwani, qui dictait au nom du D^r Hassouna, a indiqué que l'appelante avait demandé une cystoscopie et un examen urodynamique par vidéo. D'après l'examen urodynamique et la cystoscopie réalisés le 6 novembre 2008, l'appelante avait un urètre instable, mais ne présentant aucun de signe d'obstruction. On lui a donné des

anticholinergiques pour contrôler son incontinence et elle devait faire l'objet d'un suivi dans six mois.

[44] Le 4 novembre 2008, le D^r Sussman a signalé que l'appelante présentait une douleur au genou gauche. Il a constaté un léger du compartiment de l'articulation et de l'articulation fémoropatellaire correspondant à une légère modification dégénérative.

[45] Le 25 novembre 2008, le D^r Lee a vu l'appelante pour des douleurs au bas du dos et au genou gauche qui ont augmenté le 11 octobre 2008. Elle ressentait de la douleur lorsqu'elle restait debout pendant plus de deux heures ou si elle marchait pendant plus d'une heure, mais n'avait aucune difficulté à s'asseoir. Selon le D^r Lee, la douleur lombaire était intermittente. En général, elle empirait lorsqu'elle se levait. L'appelante pouvait marcher pendant une heure ou deux et était plus limitée par sa douleur au genou que par celle du dos. À l'occasion, la douleur irradiait dans la jambe gauche depuis environ deux ans. Toutefois, la principale inquiétude de l'appelante était la douleur aiguë dans son genou gauche. Le D^r Lee a estimé qu'il s'agissait d'une poussée d'arthrite du genou ou d'une déchirure méniscale. Le D^r Lee a aussi remarqué certaines caractéristiques de la fibromyalgie et lui a proposé de la thérapie en piscine.

[46] Le 20 janvier 2009, l'appelante a consulté le D^r Lee pour un suivi concernant sa douleur au genou gauche. Elle a indiqué que, pendant ses vacances le mois précédent, l'appelante a commencé à ressentir une douleur aiguë dans le genou gauche pendant qu'elle faisait une visite guidée à pied. Elle ne pouvait marcher que pendant 10 minutes. À l'examen, elle avait une pleine amplitude de mouvement au niveau du genou accompagnée de douleur. La manœuvre de McMurray du ménisque interne de l'appelante a donné un résultat positif. Le D^r Lee soupçonnait une lésion au ménisque interne gauche.

[47] Une IRM du genou gauche réalisée en juin 2009 a révélé une déchirure complexe de la corne postérieure du ménisque médial.

[48] Le 5 juin 2009, le D^r Syed a indiqué que l'appelante l'avait consulté pour une douleur au genou gauche qui durait depuis cinq mois. Elle ne pouvait pas marcher. Étant donné les résultats de l'IRM, le D^r Syed a recommandé une arthroscopie. Le 18 juin 2009, l'appelante a

consulté le D^r Ali pour un suivi de l'arthroscopie du genou gauche réalisée sept jours auparavant. Elle avait une pleine amplitude de mouvement et la douleur postopératoire avait diminué.

[49] Le 8 octobre 2009, l'appelante a été vue pour un suivi de l'arthroplastie totale du genou gauche réalisée en septembre 2009. Elle se plaignait de douleur. Elle a été vue à nouveau en décembre 2009 parce qu'elle se plaignait encore de douleur, mais celle-ci était moindre. Le D^r Syed a expliqué que la raideur au genou gauche était due aux tissus cicatriciels et a demandé à l'appelante de suivre une thérapie intensive d'amplitude du mouvement du genou gauche pendant deux mois. Si elle ne donnait pas de bons résultats, il lui donnerait un rendez-vous pour un débridement et une manipulation du genou gauche.

[50] Le 26 février 2010, le D^r Syed a indiqué que l'appelante avait subi une arthroplastie totale du genou gauche en septembre 2009. Elle avait été vue pour la dernière fois en janvier 2010 parce qu'elle se plaignait d'une douleur croissante de la face interne et latérale de son articulation. À l'examen, elle présentait un léger épanchement, de la sensibilité à la palpation et une amplitude de mouvement réduite. Comme sa mobilité ne s'était pas améliorée et que la douleur avait augmenté, le D^r Syed a mentionné la possibilité de faire une arthroscopie et une manipulation du genou. Le 4 mars 2010, l'appelante a fait l'objet d'une arthroscopie. Selon le rapport du 22 mars 2010 du D^r Hassouna, l'appelante se sentait mieux. Elle avait une plus grande amplitude de mouvement, mais se plaignait toujours de douleur antérieure au genou gauche. Le médecin lui a conseillé de continuer les traitements de physiothérapie et l'a encouragée à accroître son amplitude de mouvement.

[51] Le 22 mars 2010, l'appelante a été vue à la suite de l'arthroscopie du genou gauche réalisée pour soulager une raideur. D'après le D^r Hassouna, l'appelante se sentait mieux et avait accru son amplitude de mouvement, mais se plaignait encore de douleur au genou gauche et prenait six Percocet par jour. Elle avait de la douleur à la palpation et un léger épanchement. Le médecin lui a conseillé de poursuivre la physiothérapie et l'a encouragée à accroître son amplitude de mouvement en faisant des exercices à la maison.

[52] Le 9 avril 2010, l'appelante a subi une neurostimulation percutanée afin de déterminer si elle pouvait recevoir un implant neurostimulateur afin de corriger sa

dysfonction urinaire. Le 14 avril 2010, elle a fait état de bons résultats quant à la réduction, la fréquence et l'urgence de miction. Le 24 août 2010, elle a subi une intervention pour l'insertion permanente d'un neurostimulateur. En mars 2011, elle a subi une intervention de réinsertion après avoir ressenti de la douleur au niveau du site de la batterie du neurostimulateur.

[53] Le D^r Syed a vu l'appelante le 26 avril 2010 pour un suivi de son arthroscopie au genou gauche. Elle a indiqué avoir eu de la douleur pendant les deux semaines précédentes et une amplitude de mouvement limitée. Avant cette date, elle avait atteint par elle-même une bonne amplitude de mouvement jusqu'à 95 degrés. L'examen physique a révélé une légère enflure avec une amplitude de mouvement de 5 à 90 degrés. Le D^r Syed lui a recommandé de continuer les traitements de physiothérapie accompagnés de thérapie manuelle pour accroître l'amplitude de mouvement.

[54] Le 7 juin 2010, le D^r Syed a vu l'appelante pour un suivi de son arthroplastie du genou gauche. Elle présentait de la raideur, mais une meilleure amplitude de mouvement. Le médecin lui a dit de suivre un programme intensif de physiothérapie. Elle a été vue à nouveau le 14 juin 2010. Elle avait une raideur et son amplitude de mouvement était de 0 à 90 degrés. Le D^r Syed a effectué des manipulations sous anesthésie.

[55] Le 28 juin 2010, l'appelante a consulté le D^r Syed. Elle a continué de se plaindre de douleur à l'intérieur du genou gauche. Elle se plaignait aussi de douleur à la face extérieure et interne de la cheville droite. L'examen physique de la cheville droite a révélé de l'enflure et de la sensibilité sur la face extérieure et interne. Le D^r Syed a indiqué qu'elle avait peut-être une lésion du ligament de la cheville droite et a recommandé une immobilisation plâtrée.

[56] Le 14 juillet 2010, l'appelante a été vue pour un suivi de son problème au genou gauche. Elle avait une raideur et une amplitude de mouvement de 0 à 90 degrés.

[57] Le 2 juillet 2010, le D^r Syed a indiqué que l'appelante continuait de se plaindre de douleur. Elle avait une flexion limitée. Il a procédé à une manipulation sous-maximale et à un autre examen du genou. Le 19 juillet 2010, le D^r Syed a indiqué que l'appelante continuait de se plaindre de douleur aux faces latérale et médiale du genou gauche. Il a déterminé qu'elle

avait une flexion limitée. Il a procédé à une manipulation sous-maximale et à un autre examen du genou et a indiqué : [traduction] « Il s'agit d'une personne de 54 ans qui présente une flexion limitée du genou après avoir subi une arthroplastie du genou en septembre 2009 ».

[58] Le 18 août 2010, le D^r Davey a vu l'appelante au nom du D^r Yu pour des douleurs à la poitrine et de l'essoufflement, surtout lorsqu'elle marchait à l'extérieur. Il a été noté qu'elle avait eu un cathétérisme coronaire négatif en 2006 et un test d'effort Mibi Persantine précédemment qui avait révélé une légère anomalie réversible au niveau de la distribution de l'AIA. Son rapport de cathétérisme a révélé une possible dysfonction diastolique. Elle a eu un ECG qui a révélé un rythme sinusal normal. On l'a envoyée faire un test de résistance par résonance (Dobutamine). Le 21 octobre 2010, le D^r Yu a indiqué que l'appelante avait subi une scintigraphie pulmonaire de perfusion et qu'elle était normale. Elle avait toujours des symptômes d'essoufflement, mais n'avait pas d'inconfort à la poitrine. Le D^r Yu l'a dirigée vers un pneumologue, car il soupçonnait que ses symptômes n'étaient pas de nature cardiaque.

[59] Le 2 septembre 2010, le D^r Rajamanickam qui écrivait au nom du D^r Syed, a indiqué que le genou gauche de l'appelante ne bougeait pas bien. Elle avait subi une IRM de la cheville droite et de l'épaule gauche. L'IRM de l'épaule gauche a révélé une tendinopathie du tendon sus-épineux avec une déchirure articulaire de surface partielle. Le D^r Syed lui a offert une décompression sous-acromiale, avec ou sans réparation de la coiffe des rotateurs, en même temps qu'une manipulation du genou. L'IRM n'a révélé rien de remarquable au niveau de la cheville gauche, dans laquelle le D^r Syed a injecté de la cortisone pour une possible bursite ou une inflammation de la face latérale.

[60] Le 1^{er} octobre 2010, l'appelante a fait l'objet d'une arthroscopie du genou gauche, un débridement, une réparation de la coiffe des rotateurs (révision), une bursectomie de l'épaule gauche, une arthrotomie de l'articulation de l'épaule gauche, une réparation du tendon bicapital. Sous la rubrique « Notes cliniques », l'entrée suivante a été faite : [traduction] « Cette dame a de la douleur à l'épaule gauche et au genou gauche. Elle a subi une chirurgie de l'épaule gauche il y a environ dix ans. La douleur est réapparue progressivement ».

[61] Le 14 octobre 2010, l'appelante a consulté le D^r Syed à la suite de son examen du genou gauche et de la réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. Il lui a conseillé de commencer des traitements de physiothérapie pour l'épaule gauche.

[62] Le 21 octobre 2010, l'appelante a consulté le D^r Yu pour un suivi de ses périodes d'[traduction] « inconfort atypique à la poitrine, surtout lorsqu'elle marchait dans sa serre l'été dernier ». Il a indiqué que l'échocardiogramme d'effort à la dobutamine n'a révélé aucune anomalie du mouvement des parois et que la scintigraphie pulmonaire de perfusion de septembre 2010 était normale. Elle a continué d'avoir des symptômes d'essoufflement, mais pas de périodes d'inconfort à la poitrine. Sa pression sanguine était de 120/80. Il a soupçonné un élément pulmonaire à son essoufflement et l'a dirigée vers un pneumologue.

[63] Une IRM de la colonne lombaire réalisée en février 2011 a révélé de légères modifications dégénératives de la colonne lombaire, avec bombement discal diffus au niveau L4-5 touchant la racine nerveuse droite descendante au niveau L5 et pinçant légèrement les racines nerveuses bilatérales au niveau L4.

[64] Le 8 avril 2011, le D^r Syed a vu l'appelante pour sa douleur aux genoux droit et gauche. Il a signalé qu'elle avait eu une arthroplastie totale du genou gauche en septembre 2009 et un examen pour raideur au genou en septembre 2010. Elle était satisfaite de l'amélioration de son amplitude de mouvement, mais se plaignait de la face antéro-médiale du genou gauche. Elle se plaignait aussi de douleur au genou droit avec enflure pour laquelle elle avait eu un examen du genou droit en 2009. Il a été noté qu'elle avait de la difficulté à emprunter les marches. Le D^r Syed a expliqué que la douleur au genou gauche était causée par une tendinite et que l'appelante avait besoin d'exercice et de traitements de physiothérapie. Il a discuté d'une éventuelle arthroplastie totale du genou droit.

[65] Le 2 mai 2011, le D^r Syed a rendu le diagnostic suivant : i) arthroplastie totale du genou gauche avec raideur résiduelle; ii) arthrose au genou droit, en attente d'une arthroplastie totale du genou; iii) radiculopathie, en attente d'une injection à la racine nerveuse. Il a recommandé de la physiothérapie pour le genou gauche et une arthroscopie totale du genou droit.

[66] Le 27 mai 2011, l'appelante a vu le D^r Varadi pour une dyspnée d'effort. Son étiologie n'était pas claire. Les examens fonctionnels pulmonaires n'ont révélé qu'une légère réduction proportionnelle des débits et une capacité pulmonaire par ailleurs normale.

[67] Une IRM de l'épaule réalisée en septembre 2011 montrait une résection antérieure de l'extrémité distale de la clavicule. Il y avait de légers changements ostéoarthritiques dans l'articulation gléno-humérale et une enthésopathie dégénérative de la face supérieure de la grosse tubérosité.

[68] D'après une IRM de la colonne lombaire réalisée en février 2011, l'appelante présentait de légères modifications dégénératives de la colonne lombaire avec bombement discal diffus au niveau L4-5, touchant la racine nerveuse droite descendante au niveau L5 et pinçant légèrement les racines nerveuses bilatérales au niveau L4. En février 2011, l'appelante a reçu une injection au côté droit de la racine nerveuse au niveau L4.

[69] Un rapport préalable à l'admission daté de mai 2011 fait état d'une arthrose modérée du compartiment de l'articulation fémoropatellaire.

[70] D'après le rapport de juin 2011 du D^r Naraghi, l'appelante a subi une arthroplastie totale du genou droit avec resurfaçage rotulien. La position et l'alignement des pièces de métal ne présentaient rien de particulier.

[71] D'après une échographie Doppler des membres inférieurs veineux réalisée en juin 2011, aucune thrombose veineuse profonde n'a été détectée au-dessus du mollet droit.

[72] Le 25 juillet 2011, le D^r Syed a indiqué qu'il avait vu l'appelante pour un suivi de l'arthroplastie bilatérale totale du genou. Son genou gauche avait opéré quelques années auparavant et le genou droit le 15 juin 2011. Elle allait très bien. Le genou droit avait une amplitude de mouvement de 0 à 115 et le genou gauche de 0 à 100 degrés. Le D^r Syed voulait qu'elle continue les traitements de physiothérapie avec des exercices d'amplitude du mouvement et de renforcement.

[73] Un rapport de radiologie du pied et de la cheville daté du 19 septembre 2011 ne révélait aucune lésion osseuse aiguë et montrait l'alignement des chevilles droite et gauche. Une radiographie de l'épaule réalisée le 29 septembre 2011 révélait de légères modifications arthritiques à l'articulation gléno-humérale et une enthésopathie dégénérative de la face supérieure de la grosse tubérosité.

[74] Le 11 novembre 2011, le D^r Syed a posé le diagnostic suivant : i) arthroplastie totale bilatérale des genoux; ii) ganglion au pied droit, iii) fasciite plantaire droite; iv) réparation de la coiffe des rotateurs droite. Il a offert à l'appelante une injection du kyste synovial.

[75] Le 13 décembre 2011, le D^r Syed a vu l'appelante pour son épaule gauche. Elle continuait à ressentir de la douleur et d'avoir une amplitude de mouvement limitée. Il lui a donné une injection de cortisone.

[76] L'appelante a vu le D^r Johnson le 16 mars 2012 pour une douleur à l'épaule gauche et de l'instabilité. Il lui a recommandé des traitements de physiothérapie et des exercices d'amplitude de mouvement pour les biceps et de renforcement musculaire ainsi que des injections de cortisone localisées pour la douleur.

[77] Le 11 décembre 2012, le D^r Lee a fait rapport au D^r Choi concernant la fibromyalgie de l'appelante. Elle a souligné que l'appelante avait eu besoin d'une chirurgie à l'épaule gauche en 2000 et avait fait l'objet d'une révision en 2010. Selon le D^r Lee, au cours de l'année précédente, l'appelante avait ressenti une douleur lombaire qui avait nécessité plusieurs injections. La douleur s'était depuis déplacée au côté gauche. Elle avait subi une arthroplastie bilatérale des genoux en 2009 et en 2010. Son principal problème au moment de la consultation était sa difficulté à dormir et son sommeil non réparateur. D'après le D^r Lee, l'appelante ressentait une douleur musculosquelettique généralisée accompagnée d'un sommeil non réparateur. Le D^r Lee a aussi décrit ses antécédents de fibromyalgie dont elle souffrait depuis longtemps. Le 23 janvier 2013, le D^r Lee a signalé qu'au cours des deux dernières semaines, l'appelante avait de l'enflure sur le côté gauche du visage. Elle a indiqué que l'appelante avait de l'enflure au visage depuis plusieurs années, principalement du côté droit, mais que les résultats des vérifications antérieurs étaient normaux. Le D^r Lee a signalé qu'elle réagissait bien au Lyrica.

[78] Le 7 février 2013, l'appelante a vu le D^r McCabe en raison de ses antécédents de SCC bilatéral. D'après le D^r McCabe, l'appelante avait subi une libération du canal carpien il y a environ 10 ans. Il a écrit : [traduction] « En ce moment, elle présente des symptômes qui sont constants dans la distribution nerveuse médiale ». Le D^r McCabe a opté pour un test électrodiagnostic et une injection au canal carpien droit.

[79] Le 25 février 2013, le D^r Syed a vu l'appelante pour une douleur à l'épaule. Au plan neurovasculaire, elle était intacte. Il lui a donné une injection de cortisone et lui a conseillé de continuer de faire les activités qu'elle pouvait tolérer.

[80] Le 13 juin 2013, le D^r Syed a vu l'appelante pour une douleur à l'épaule gauche qui irradiait dans son cou. Il a indiqué qu'elle avait subi une intervention dans le passé qui lui avait procuré un soulagement [traduction] « important ». Toutefois, elle avait développé récemment une inflammation à l'épaule qui la dérangeait. Il lui a injecté de la cortisone et lui a recommandé la réadaptation.

[81] Le 3 juillet 2013, l'appelante a vu le D^r Lee en raison de sa fibromyalgie. Elle a fait l'objet d'un test d'évaluation du sommeil qui n'a révélé aucun signe d'apnée du sommeil, mais un trouble de sommeil modéré (Alpha EEG). Son état était relativement stable et elle n'avait pas besoin de suivi.

[82] Le 26 mai 2014, le D^r Syed a répondu à la demande de rapport du conseil de l'appelante. Le D^r Syed a indiqué que l'appelante souffrait d'arthrite à plusieurs articulations qui touchaient ses épaules, ses genoux et sa colonne. Elle a subi une arthroplastie du genou gauche et les deux épaules ont fait l'objet d'une décompression. Son arthrite au genou droit était contrôlée au moyen d'anti-inflammatoires et d'injections et elle aurait probablement besoin d'une arthroplastie du genou à l'avenir. Le D^r Syed a écrit ce qui suit : [traduction] « À l'heure actuelle, son genou droit limite sa capacité à marcher et à se tenir debout ». Elle a aussi subi une intervention aux deux épaules, mais ressent de la douleur constante et a besoin d'injections de cortisone. La douleur aux épaules limite sa capacité à utiliser ses bras pour transporter des objets ou à faire des mouvements au niveau de l'épaule ou au-dessus de l'épaule. Elle a aussi une douleur chronique au dos qui est maîtrisée par de la thérapie et des

injections. Elle limite sa capacité à se tenir debout, à rester assise, ou à marcher pendant de longues périodes ».

[83] Le 11 juin 2014, le conseil de l'appelante a indiqué que l'appelante avait reçu un diagnostic de diabète et qu'elle avait été dirigée vers le Programme d'éducation des diabétiques.

Témoignage de vive voix

[84] L'appelante a 58 ans. Elle est née au X, en Amérique du Sud.

[85] Elle est venue au Canada en 1980 avec son mari et ses deux enfants.

[86] À l'heure actuelle, elle vit seule à X.

[87] Elle n'a pas travaillé depuis 1997.

[88] Elle a cessé de travailler en raison d'une chirurgie à la vessie parce qu'elle souffrait d'incontinence urinaire. Elle n'est jamais retournée au travail après cette intervention. Son mari a acheté une ferme et elle l'aidait, c'est-à-dire qu'elle supervisait les ouvriers parce qu'elle ne pouvait pas faire le travail.

[89] Après 1997, elle avait de la douleur et ne pouvait pas faire grand-chose. À la ferme, elle aidait à ouvrir la serre et à mettre le ventilateur en marche, et elle montrait aux ouvriers où trouver les choses. Ce n'était pas un travail rémunéré. Son mari exploitait l'entreprise et son nom à elle ne figurait pas sur le titre de l'entreprise agricole. Son mari ne lui donnait pas de chèques de paie.

[90] Elle n'est jamais retournée au travail après sa chirurgie en 1997. Elle a eu une opération à l'épaule en 2001 et ne pouvait pas faire grand-chose avec son épaule après cette intervention. Elle ne pouvait rien soulever. Elle a ensuite eu des douleurs au genou. Elle a pris son problème de genou au sérieux vers 2005 lorsqu'elle a commencé à consulter des médecins.

[91] À cause de son problème de genou, elle ne pouvait pas en faire beaucoup sur la ferme. Elle avait aussi des problèmes à l'épaule et au dos qui limitaient ses activités sur la ferme.

[92] Elle avait beaucoup de douleur au dos. Entre 1997 et 2000, elle avait de la douleur. Elle ne pouvait pas soulever son épaule. Elle a aussi eu beaucoup d'engourdissements dans les deux mains. Elle a subi une chirurgie pour le syndrome du canal carpien (SCC) dans les deux mains et a subi des tests nerveux au Toronto Western Hospital. Les médecins lui ont dit qu'elle souffrait du SCC et avait besoin d'une chirurgie. C'était pendant les années 2000.

[93] Le D^r Choi est son médecin de famille depuis 1980. Elle le consulte encore. Il l'a dirigée vers le D^r Mary Lee, qui l'a envoyée subir une chirurgie de l'épaule et a traité son genou. Elle a commencé à voir le D^r Lee au cours des années 1990. Le D^r Lee lui a donné des injections de cortisone pour la douleur à l'épaule. L'appelante a reçu de la thérapie à X à la suite de son intervention à l'épaule en 2000 ou en 2001. Avant l'intervention, elle a essayé des injections.

[94] Elle a eu un accident en 1991, et c'est à ce moment que bon nombre de ces problèmes ont commencé, y compris ses douleurs à l'épaule et au dos.

[95] Elle pourrait avoir besoin d'une autre intervention à l'épaule.

[96] Elle a subi une intervention au genou gauche. Elle ressentait encore de la douleur et a eu une arthroplastie du genou gauche. Elle a aussi eu une troisième intervention au genou gauche. Elle a aussi subi une arthroplastie du genou droit.

[97] Pour ses problèmes urinaires, elle a pris des comprimés qui sont devenus dispendieux. Elle a ensuite eu un implant pour contrôler son urine qui a amélioré sa situation de 75 %. L'implant la dérangeait parce qu'elle pouvait le sentir dans les fesses lorsqu'elle s'assoit. Ils lui ont installé un appareil plus petit.

[98] Elle a perdu un peu de poids. Elle allait au gym et y restait environ une heure. Elle ne pouvait pas se pousser en raison de sa douleur au genou et à l'épaule. Elle avait aussi perdu du poids à cause du stress. À la suite de l'intervention de 1997, elle avait eu une [traduction] « abdominoplastie » en raison de son ventre qui pendait, pour se sentir mieux.

[99] Son médecin de famille lui a dit qu'elle avait de l'arthrite il y a dix ans ou plus. Cela remonte à 2000 lorsque le D^r Lee la traitait pour ce problème. Elle a dit qu'elle ne pouvait pas dormir la nuit et on lui a prescrit du Lyrica.

[100] Elle prend du Tylenol 3 pour la douleur, de l'amitriptyline pour dormir, du Lyrica, des Celebrex, un comprimé de sucre pour le diabète (diagnostiqué il y a un an), de l'aspirine, du Synthroid pour son problème de thyroïde et des médicaments pour son taux élevé de cholestérol. Ces médicaments lui sont prescrits par le D^r Choi et le D^r Syed, son chirurgien.

[101] Elle a consulté un psychiatre une seule fois. Ils ont parlé de son trouble de la mémoire et de son manque de sommeil. Son avocat l'a dirigé vers le psychiatre. Elle ne se souvient pas de l'époque où elle l'a vu. La consultation l'a aidée un peu. Elle ne voit pas le psychiatre en ce moment.

[102] Elle est déprimée et a subi un test pour l'apnée du sommeil pour savoir pourquoi elle ne peut pas dormir. La douleur nuit à son sommeil. L'amitriptyline ne l'aide pas toujours. Certaines nuits, elle reste éveillée jusqu'à 5 h. Elle ne sait pas à quelle fréquence cela se produit. Cela peut se produire deux fois par semaine.

[103] Elle est divorcée et vit seule dans une maison en rangée où elle habite depuis 2011.

[104] Elle a travaillé à la ferme après 1997 jusqu'à ce qu'elle ait trop de douleur pour le faire. Elle supervisait des personnes et leur montrait quoi faire. Malgré ses renseignements fiscaux qui indiquent qu'elle a gagné 2 149,00 \$ en 2006, elle ne se souvient pas d'avoir gagné ce montant. Un comptable remplissait sa déclaration de revenus. Elle n'a jamais vu un chèque de ce montant. Elle ne travaillait pas à la ferme en 2006-2007.

[105] Quant au revenu figurant dans ses déclarations de revenus de 2011 et 2012, ces montants ont été versés par la London Life au titre d'une pension de retraite provenant de l'emploi d'opératrice de machine à coudre qu'elle a occupé entre 1981 et 1997. Lorsqu'elle a eu 55 ans, ils lui ont dit qu'elle pouvait toucher l'argent. Elle reçoit un dépôt mensuel dans son compte bancaire. Elle reçoit aussi une prestation Trillium environ tous les six mois.

[106] Elle a subi une intervention pour le canal carpien l'an dernier. Sa main est encore engourdie. Elle ne peut pas ouvrir sa main droite. Elle est enflée. Elle attend de subir une autre intervention.

[107] Sa douleur à la poitrine a commencé vers 2005. Elle se sentait étourdie et s'est effondrée.

[108] Elle a des problèmes avec son talon gauche. Les problèmes ont commencé il y a environ quatre ans. Les médecins ont dit qu'elle a eu une épine calcanéenne. Elle a eu des injections de cortisone.

[109] Elle souffre d'hypothyroïdie depuis environ 15 ans. Les médecins ont trouvé une petite bosse dans sa gorge. Ils lui ont dit qu'elle n'avait pas besoin d'une chirurgie. Parfois, elle perd la voix pendant plusieurs heures. Les médecins lui ont dit qu'elle ira mieux dans quelques jours. Le D^r Choi a augmenté ses doses de médicaments.

[110] Le D^r Choi et le D^r Syed lui ont dit que son genou allait s'aggraver.

[111] Elle a suivi tous les traitements.

[112] Elle ne peut pas rester debout pendant deux heures. Son talon lui fait mal. Elle ne peut pas ramasser des objets. Ses bras sont engourdis. Elle a des problèmes à l'épaule. Elle ne peut pas se pencher à cause de ses genoux. Elle ne peut pas rester assise longtemps. Avant 2000, elle ne pouvait faire quelque travail que ce soit.

[113] Elle est peu instruite. Elle a fréquenté école une située au coin de la rue Yonge et de la route 7 pendant moins d'un an en 2013 jusqu'au décès de son fils. Elle a appris des notions de base, par exemple, à lire, à écrire et à utiliser l'ordinateur. Depuis le décès de son fils, elle est incapable de continuer. Elle ne croit pas qu'elle pourra se trouver un emploi si elle termine le programme. Sa douleur ne lui permet pas de travailler. Elle ne peut pas dire si elle espérait être capable de trouver un emploi en 2013.

[114] Elle n'a jamais travaillé au X. Elle n'a travaillé que comme opératrice de machine à coudre au Canada pendant 17 ans. Elle ne pourrait pas faire ce travail aujourd'hui. Elle n'a jamais cherché un emploi similaire. Après la chirurgie, elle ne pouvait pas faire grand-chose.

[115] En réponse aux questions du Tribunal, l'appelante a précisé qu'elle avait fréquenté l'école en 2013 entre mars et décembre. Elle s'y rendait trois jours par semaine entre 8 h et 12 h. Elle avait une pause d'une demi-heure. Si elle avait besoin de s'étirer ou de marcher, elle était libre de le faire. Elle allait à l'ordinateur et se livrait à d'autres activités, comme de répondre à des questions au tableau. Elle ne restait pas assise à la même place tout le temps. Elle se rendait à l'école en voiture. Il lui fallait de 30 à 45 minutes. Elle partait tôt de la maison pour éviter la circulation parce qu'elle ne peut pas rester assise longtemps. Le retour à la maison lui prenait le même temps.

[116] Après s'être sentie mieux à la suite de sa chirurgie de 1997, elle avait agi comme superviseuse à la ferme. Elle a travaillé à la ferme environ de 2003 à 2006, époque à laquelle elle a [traduction] « commencé avec le genou ». Son travail à la ferme consistait à ouvrir la serre et à mettre le ventilateur en marche pendant une période de six semaines d'avril à mai. De plus, elle supervisait des ouvriers s'ils avaient besoin de directives. Elle pouvait le faire quelques fois par semaine et leur montrait où se trouvait l'équipement.

[117] En réponse à la question du Tribunal à savoir si elle avait exercé d'autres activités à la ferme, elle a dit qu'elle s'assoit et plaçait des plantes dans un contenant, qu'une machine plantait ensuite. Elle pouvait faire ce travail pendant une période d'une demi-heure à une heure.

[118] Elle n'était pas d'accord avec les commentaires faits par le D^f Lee dans son rapport de juin 2000, à savoir qu'elle ne souhaitait pas participer à un programme de soulagement de la douleur. Elle a dit que le D^f Lee l'a envoyée faire de la thérapie et qu'elle avait reçu des injections de cortisone. Elle se rendait à la X Recovery Clinic et dans une clinique sur Wellington pour de la thérapie trois fois par semaine.

[119] En ce qui concerne les commentaires du D^f Lee dans son rapport de septembre 2006 selon lesquels l'appelante s'opposait à perdre du poids, l'appelante les a niés. Elle a affirmé qu'elle faisait ce que ses médecins lui disaient de faire.

[120] Pour ce qui est du rapport de septembre 2007 du D^f Lee indiquant que l'appelante était au Mexique où elle marchait et visitait beaucoup, l'appelante a affirmé qu'elle avait de la

douleur et ne pouvait pas marcher. Le Tribunal a rappelé à l'appelante que le D^r Lee avait indiqué qu'elle n'avait commencé à ressentir de la douleur au bas du dos et de la faiblesse dans la jambe qu'après son retour à la maison. L'appelante a réitéré qu'elle ne pouvait pas marcher pendant son voyage. Le Tribunal a ensuite renvoyé l'appelante au rapport de janvier 2009 du D^r Lee, dans lequel elle a indiqué que l'appelante avait développé une douleur aiguë au genou gauche pendant qu'elle faisait une visite à pied et lui a demandé de commenter. Elle a répondu qu'elle ne se souvenait de rien à propos de ce voyage.

[121] Lors du réinterrogatoire, l'appelante a précisé qu'elle avait fréquenté l'école de mars à décembre 2013 et avait cessé de s'y rendre quand son fils est décédé. Elle était stressée. Elle avait aussi du diabète et des problèmes au cou. Elle ne pouvait pas s'asseoir.

[122] La planteuse de la ferme se déplaçait entre les rangs dans le champ. Si un employé était en retard au travail, elle le remplaçait. Ils n'étaient pas en retard trop souvent et rarement plus de 45 minutes ou une heure.

[123] Son mari avait organisé le voyage au Mexique. Elle ne pouvait pas descendre de l'autobus et marcher lors des visites guidées. Elle se souvient d'être allée au X en octobre 2009 lors du décès de son frère. Elle ne se souvient pas d'être allée au Mexique en décembre 2008. Elle n'a pas consulté le D^r Lee pendant une longue période après sa chirurgie.

OBSERVATIONS

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

- a) Elle souffre de nombreux troubles médicaux (voir les observations écrites de l'appelante à la pièce GT2)
- b) Elle ressent de la douleur au trapèze gauche et à la base du cou depuis son accident de voiture de 1991. Elle a manqué plus de deux années de travail. Elle a commencé à avoir une douleur lombaire, de la douleur au genou, le syndrome du canal métacarpien, de la douleur à l'épaule, de la dépression, et autres, à la suite de

l'accident de voiture.

- c) Elle est tout à fait incapable d'effectuer tout genre de tâches modifiées ou à temps plein sur le marché du travail en raison de sa fibromyalgie, de sa douleur à l'épaule (pour laquelle elle subira une autre intervention prochainement), de la dépression et l'anxiété, d'un engourdissement dans les deux bras et d'une douleur lombaire aiguë. Elle ne peut pas se servir de son épaule ou de son bras gauches en raison de la douleur et de l'engourdissement. Elle échappe des objets qu'elle tient dans sa main gauche. Elle ressent aussi une douleur à la poitrine.
- d) Le travail qu'elle faisait à la ferme n'était pas rémunérateur.
- e) Le revenu qu'elle reçoit de la London Life ne provient pas d'un emploi rémunérateur.
- f) Tous les renseignements sur ses revenus se situent sous le [traduction] « seuil de faible revenu ».
- g) Bien qu'il a semblé y avoir un désaccord évident entre les professionnels au moment où elle a reçu son premier diagnostic de fibromyalgie, on ne peut pas dire qu'une invalidité progressive comme le syndrome de douleur chronique ou la fibromyalgie [traduction] « est apparue seulement au moment où un médecin praticien lui a donné un nom. Le conseil doit examiner l'ensemble de la preuve afin de rendre sa décision quant à la date de début ».
- h) La fibromyalgie a été mentionnée pour la première fois par le D^r Choi dans ses notes du 20 juin 2000, du 11 juillet 2000, du 28 août 2000 et du 6 décembre 2000. Le premier diagnostic de discopathie dégénérative est mentionné dans les notes du 21 novembre 2000 du D^r Choi.
- i) En plus d'être atteinte de fibromyalgie et de discopathie dégénérative, elle a reçu de nombreux autres diagnostics qui compliquent ses problèmes de santé et l'empêchent de détenir une occupation véritablement rémunératrice.

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

- a) D'après le rapport du 4 juin 2011 du médecin de famille, elle a subi une chirurgie arthroscopique au genou gauche en juin 2009 et une arthroplastie totale du genou en septembre 2009. Elle a reçu un diagnostic de fibromyalgie en 2006. Il a aussi été constaté qu'elle avait une hernie discale lombaire en mai 2006 et elle a subi une chirurgie de la coiffe des rotateurs en septembre 2010. Ces dates n'appuient pas une conclusion d'invalidité grave et prolongée lorsqu'elle est devenue admissible pour la dernière fois en décembre 2000;
- b) En raison de l'inconfort lié à la douleur au cou et à l'épaule, le D^r Lee lui a offert de la diriger vers une clinique de soulagement de la douleur. L'appelante a refusé en indiquant qu'elle n'était pas intéressée. Elle a refusé sans motif raisonnable de suivre le traitement recommandé.
- c) Le rapport de rhumatologie de mai 2006 indiquait que la douleur lombaire avait commencé deux mois plus tôt et confirmait une méralgie paresthésique. Ces renseignements n'appuient pas une conclusion d'invalidité grave et prolongée à la fin de la PMA.
- d) Le rapport de rhumatologie du 28 juin 2010 renferme un diagnostic de douleur à la cheville droite, soit après la fin de la PMA;
- e) Le rapport du 2 septembre 2010 du chirurgien orthopédiste au sujet de l'épaule gauche indique une inflammation d'un tendon et une déchirure partielle. Ces problèmes sont survenus après la fin de la PMA.
- f) Dans son rapport du 21 octobre 2010, le cardiologue a diagnostiqué un inconfort atypique à la poitrine depuis l'été précédent. C'était après la fin de la PMA.
- g) Dans son rapport médical du 3 décembre 2011, le chirurgien orthopédiste a diagnostiqué une bursite au talon droit, une rupture de la coiffe des rotateurs

droite et de l'arthrite bilatérale au genou. Il prévoyait que la douleur à l'épaule et au talon durerait un certain temps. Ces diagnostics ont été posés après la fin de la PMA.

- h)* L'information ne permet pas de conclure que l'hypothyroïdie, l'hypertension ou l'incontinence urinaire d'effort l'empêchent de travailler.
- i)* Elle a eu récemment plusieurs problèmes de santé, aucun d'eux ne faisait l'objet d'un traitement actif en décembre 2000. Elle a subi une chirurgie à l'épaule gauche en 2002 qui a été considérée comme ayant permis de soulager sa douleur et d'accroître son amplitude de mouvement. Même si elle continue à avoir des problèmes liés à l'incontinence d'effort ou à une vessie hyperactive, ces problèmes ont été corrigés au moyen d'une chirurgie pratiquée en 1997 et n'ont plus causé de problèmes jusqu'en 2008, et par la suite. En outre, il ne s'agit pas d'un problème invalidant qui l'empêcherait de travailler d'une façon acceptable.
- j)* Ses autres troubles de fibromyalgie, de douleur thoracique non cardiaque et de douleur au genou et au bas du dos ont tous été diagnostiqués bien après qu'elle est devenue admissible pour la dernière fois à des prestations d'invalidité.

ANALYSE

[126] L'appelante doit démontrer, selon la prépondérance des probabilités, qu'elle était atteinte d'une invalidité grave et prolongée le 31 décembre 2000 ou avant cette date.

Travaux agricoles

[127] Le Tribunal accepte le témoignage de l'appelante selon lequel le travail qu'elle accomplissait à la ferme entre 2003 et 2006 environ ne démontrait pas qu'elle était régulièrement capable de détenir une occupation véritablement rémunératrice ni en ce qui a trait à ses gains ni à la nature limitée et intermittente des travaux exécutés, notamment ouvrir une serre et mettre en marche un ventilateur, montrer à des ouvriers agricoles où trouver l'équipement et remplacer à l'occasion des ouvriers en retard sur la planteuse pendant moins d'une heure.

Revenus et gains pour 2011-2012

[128] Le Tribunal accepte également le témoignage non contesté de l'appelante selon lequel le revenu qui lui a été attribué en 2011 et en 2012 était un revenu de pension reçu pour son emploi précédent d'opératrice de machine à coudre et non pour des gains récents.

Traitements recommandés

[129] Bien que le dossier médical soulève des questions à savoir si l'appelante a suivi les recommandations de son médecin (p. ex., prendre rendez-vous dans une clinique antidouleur ou perdre du poids), le Tribunal est convaincu que, dans l'ensemble, l'appelante a suivi les recommandations de traitement de ses médecins et a suivi les traitements, notamment plusieurs interventions chirurgicales.

Troubles médicaux

i) Douleur à l'épaule gauche et au cou

[130] Le Tribunal est convaincu que l'appelante avait des problèmes à l'épaule gauche à la fin de la PMA ou avant cette date. Par exemple, le 13 juillet 2009, elle a consulté le D^f Lee, rhumatologue, pour un certain nombre de problèmes, notamment une tendinite à la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. Elle a aussi consulté le D^f Lee le 20 juin 2000 pour un suivi de son problème à l'épaule gauche et un inconfort au cou au-dessus du trapèze gauche et à la base du cou. Le D^f Lee a indiqué que l'appelante avait un inconfort chronique au cou et à

l'épaule gauche à la suite d'un accident de voiture survenu plus de dix ans auparavant et qu'elle soupçonnait que ses symptômes provenaient d'une fatigue de la nuque qui irradiait dans le trapèze. Toutefois, elle avait une bonne amplitude de mouvement dans le cou, une certaine douleur à l'effort, de la sensibilité à la base de la colonne cervicale gauche et du trapèze, et une bonne amplitude de mouvement dans les deux épaules sans grand inconfort. Le D^f Lee a fait des injections dans les zones gâchettes le long du trapèze et a encouragé l'appelante à envisager de consulter une clinique de soulagement de la douleur. D'après les résultats d'examen du D^f Lee, le Tribunal n'est pas en mesure de conclure que le problème de l'appelante à l'épaule gauche et au cou était grave au sens du RPC à la date de fin de la PMA.

[131] Le Tribunal demeure bien conscient du fait qu'une IRM réalisée peu de temps après l'expiration de la PMA, soit le 24 mai 2001, a révélé des modifications dégénératives à l'articulation acromio-claviculaire accompagnées d'un petit crochet à l'acromion, une tendinite de la coiffe des rotateurs avec rupture partielle des tendons du sus-épineux et une certaine modification dégénérative du bourrelet marginal. Le Tribunal est convaincu que la preuve appuie la conclusion selon laquelle, quelque temps après la fin de la PMA, le problème à l'épaule gauche est devenu invalidant au plan fonctionnel. Comme l'a souligné le D^f Miniaci dans son rapport du 30 janvier 2002, la douleur à l'épaule de l'appelante était constante et l'empêchait d'atteindre des objets au-dessus de l'épaule et à bout de bras. Cette description de restriction faite douze mois après la fin de la PMA est nettement différente de celle qui a été fournie par le D^f Lee en juin 2000, soit environ six mois avant la fin de la PMA.

[132] Si le Tribunal se trompe en estimant que le problème de l'appelante à l'épaule gauche n'était pas grave à la fin de la PMA, de toute façon, le Tribunal conclut que le problème n'était pas prolongé.

[133] D'après le rapport postopératoire du D^f Bogoch daté du 7 janvier 2003, l'appelante a subi une chirurgie de décompression sous-acromiale pour un conflit sous-acromial butée. Sa douleur à l'épaule a semblé être soulagée. Elle pouvait élever l'épaule complètement et avait une excellente rotation. Bien que l'appelante ait continué à se plaindre d'une certaine douleur dans la région du trapèze gauche, le D^f Bogoch n'a rien décelé dans son cou, son épaule ou son trapèze, lui a conseillé de cesser la thérapie et d'essayer de reprendre ses activités

normales. Le D^r Bogoch a aussi souligné dans son rapport du 23 juin 2003 que l'appelante pouvait maintenant lever l'épaule facilement et que ses signes d'arc et d'accrochage douloureux avaient disparu. Il a aussi noté que la douleur dans la région supérieure du trapèze gauche était une douleur projetée provenant du cou et qu'il l'envoyait pour des traitements de physiothérapie.

[134] Étant donné les excellents résultats obtenus avec la chirurgie de décompression qu'a décrits le D^r Bogoch, le Tribunal n'est pas convaincu que le problème de l'appelante à l'épaule gauche était prolongé, c'est-à-dire qu'il a continué d'être grave après la fin de la PMA, vu les excellents résultats obtenus avec la chirurgie.

[135] Bien que l'appelante ait continué à ressentir de la douleur dans le trapèze gauche après la chirurgie qui provenait du cou, le Tribunal n'est pas convaincu que la douleur au trapèze gauche était suffisamment invalidante au plan fonctionnel après la chirurgie pour l'empêcher de détenir régulièrement une occupation véritablement rémunératrice après la fin de la PMA.

[136] À la suite des excellents résultats constatés après la chirurgie pratiquée à l'épaule gauche, il y a très peu de rapports médicaux faisant état de problèmes importants à l'épaule gauche, si ce n'est longtemps après la fin de la PMA. Par exemple, le 2 septembre 2010, le D^r Rajamanickam, qui écrivait au nom du D^r Syed, a indiqué qu'une récente IRM de l'épaule gauche révélait une tendinopathie du tendon sus-épineux avec une déchirure articulaire de surface partielle. Le D^r Syed a offert à l'appelante une décompression sous-acromiale avec ou sans réparation de la coiffe des rotateurs. Le 1^{er} octobre 2010, elle a subi une réparation de la coiffe des rotateurs (révision), une bursectomie de l'épaule gauche, une arthrotomie de l'articulation de l'épaule gauche et une réparation du tendon bicipital. D'après une note clinique, elle avait de la douleur à l'épaule gauche et avait subi une chirurgie environ dix ans auparavant, mais la douleur était réapparue [traduction] « progressivement ».

[137] Pour conclure sur ce point, bien que la preuve appuie la conclusion selon laquelle les problèmes graves et importants de l'appelante à l'épaule gauche sont réapparus et ont nécessité une chirurgie en octobre 2010, le Tribunal conclut que cette récurrence a eu lieu après la fin de la PMA.

ii) Dépression et anxiété

[138] Le Tribunal n'a été saisi d'aucune preuve médicale démontrant que l'appelante avait reçu un diagnostic de dépression ou d'anxiété et qu'elle avait été traitée pour un tel problème à la fin de la PMA ou avant cette date, et que de tels troubles la rendaient régulièrement incapable de détenir une occupation véritablement rémunératrice.

[139] Dans son rapport psychiatrique du 23 mai 2006, le D^r Cooper a indiqué que l'appelante ne semblait pas souffrir de dépression clinique. Bien que l'appelante se soit plainte principalement de pertes de mémoire, le D^r Cooper a conclu que sa mémoire et sa concentration semblaient intactes.

[140] Le Tribunal n'est pas convaincu qu'à la date de fin de la PMA, ou avant cette date, l'appelante souffrait de dépression ou d'anxiété, ou encore de problèmes de mémoire importants qui étaient graves selon la définition du RPC.

iii) Douleur lombaire aiguë

[141] Dans son rapport du 10 août 2006, le D^r Kong a indiqué que l'appelante avait de longs antécédents de douleurs musculo-squelettiques généralisées depuis plus de cinq ans affectant son cou, le bas de son dos et ses quatre membres. Toutefois, le Tribunal remarque que le dossier médical renferme peu de rapports médicaux portant sur le problème au bas du dos et aux quatre membres à la fin de la PMA ou avant cette date. Le Tribunal s'est déjà penché ci-dessus sur le problème à l'épaule gauche supérieure. Le 20 juin 2000, le D^r Lee a décrit seulement une légère sensibilité au bas de la colonne.

[142] Le Tribunal conclut que le poids des rapports médicaux permet de conclure que les problèmes lombaires sont apparus après la fin de la PMA. Par exemple, le 16 mai 2006, le D^r Lee a évalué l'appelante pour une douleur lombaire qui durait depuis deux mois. Le 11 septembre 2007, le D^r Lee a vu l'appelante pour une douleur lombaire aiguë qui a commencé en janvier de la même année. Un test effectué en avril 2007 a révélé une hernie discale et une compression du sac thécal.

[143] Dans l'ensemble, le Tribunal n'est pas convaincu que le problème lombaire de l'appelante était grave selon la définition du RPC à la fin de la PMA ou avant cette date.

iv) **Fibromyalgie**

[144] Le Tribunal n'a été saisi d'aucun rapport contemporain de la fin de la PMA ou avant cette date qui établissait clairement non seulement un diagnostic de fibromyalgie, mais une incapacité fonctionnelle à travailler en raison d'une douleur corporelle généralisée. La mention de la fibromyalgie dans les rares notes cliniques du D^r Choi en 2000 et la mention par le D^r Lee de 12 des 18 points douloureux dans son rapport de juin 2000, ne persuadent pas le Tribunal que la fibromyalgie de l'appelante était grave selon la définition du RPC à la date de fin de la PMA ou avant cette date. Dans son rapport de juin 2000, le D^r Lee n'a pas indiqué que l'appelante ne pouvait pas travailler. Toutefois, elle a signalé une bonne amplitude de mouvement au niveau du cou avec une certaine douleur à l'effort et de la sensibilité à la base de la colonne cervicale gauche et au-dessus du trapèze, une bonne amplitude de mouvement dans les deux épaules sans grand inconfort et seulement une légère sensibilité au bas de la colonne.

[145] Comme je l'ai déjà mentionné, le 10 août 2006, le D^r Kong a indiqué que l'appelante avait de longs antécédents de douleurs musculo-squelettiques généralisées depuis plus de cinq ans qui affectaient son cou, le bas de son dos et ses quatre membres, douleurs qui, selon ce qu'il a compris, étaient attribuables à la fibromyalgie du fait que l'appelante prenait de l'amitriptyline. Le Tribunal souligne qu'une période de cinq ans antérieure à août 2006 nous amène au mois d'août 2001 et non au 31 décembre 2000, date de fin de la PMA. La période visée par le D^r Kong quand il fait référence à [traduction] « plus de cinq ans » n'est pas précise.

[146] Le 25 novembre 2008, le D^r Lee, rhumatologue, a vu l'appelante pour sa douleur au bas du dos et au genou gauche. Elle a noté [traduction] « certaines caractéristiques » de la fibromyalgie et a suggéré de la thérapie en piscine. Il est important de noter que ce rapport de rhumatologie, qui a été rédigé longtemps après la fin de la PMA, ne fournit pas un diagnostic clair et non équivoque de fibromyalgie en 2008, encore moins à la fin de la PMA. Le Tribunal a traité de la douleur lombaire et examinera la douleur au genou gauche ci-après.

[147] Dans son rapport du 11 décembre 2012, le D^r Lee a décrit de [traduction] « longs antécédents de fibromyalgie ». Il n'est pas clair si le D^r Lee faisait référence à son rapport de novembre 2008 dans lequel elle avait décelé des caractéristiques de la fibromyalgie par opposition à son rapport de juin 2000 dans lequel elle avait noté 12 des 18 points douloureux.

[148] Le Tribunal n'est pas convaincu que la référence faite en 2006 par le D^r Kong à des douleurs musculo-squelettiques généralisées, la mention par le D^r Lee de certaines caractéristiques de la fibromyalgie en 2008 et ses commentaires en 2012 quant à ses longs antécédents de fibromyalgie appuient la conclusion selon laquelle l'appelante souffrait d'une grave invalidité selon la définition du RPC du fait de la fibromyalgie à la fin de la PMA et de façon continue par la suite.

v) Douleur au genou

[149] Le Tribunal n'est pas convaincu que la douleur au genou de l'appelante était grave selon la définition du RPC à la fin de la PMA ou avant cette date.

[150] Il existe très peu de preuve dans le dossier médical concernant le problème au genou de l'appelante à la fin de la PMA ou avant cette date. Toute la preuve porte à croire que le problème de santé est apparu après la fin de la PMA.

[151] Le 9 octobre 2003, le D^r Lee a vu l'appelante pour une évaluation d'une douleur bilatérale au genou qui s'était aggravée du côté droit depuis un an et a indiqué ce qui suit : [traduction] « En résumé, [l'appelante] ressent depuis un an une douleur au genou droit qui est probablement causée par une tendino-bursite de la patte d'oie et probablement par un début d'arthrite du compartiment interne ». Le D^r Lee lui a proposé d'essayer une injection de cortisone à la bourse. Le 11 septembre 2007, le D^r Lee a vu l'appelante pour une crise de douleur lombaire aiguë. À l'examen, elle a noté que l'appelante avait une bonne amplitude de mouvement au niveau des hanches et des genoux. Puis, le 4 novembre 2008, le D^r Sussman a indiqué que l'appelante se plaignait de la douleur au genou gauche. Au cours du même mois, le D^r Lee a vu l'appelante pour une douleur au dos et au genou gauche qui s'était aggravée le 11 octobre 2008. Le D^r Lee a pensé qu'il s'agissait d'une poussée d'arthrite du genou ou d'une déchirure du ménisque. En janvier 2009, le D^r Lee a vu l'appelante, qui se plaignait d'une

douleur aiguë au genou gauche qui avait commencé le mois précédent pendant qu'elle faisait une visite guidée à pied. Une IRM réalisée par la suite a révélé une déchirure complexe du ménisque. Ensuite, l'appelante a subi une arthroplastie totale du genou gauche en septembre 2009 et une arthroscopie en mars 2010. Toutefois, elle a continué à se plaindre de douleur et de raideur. Elle a aussi commencé à avoir des problèmes au genou droit. En avril 2011, le D^r Syed a indiqué qu'elle se plaignait de douleur au genou droit avec enflure et a souligné qu'un examen du genou droit avait été réalisé en 2009. Il a discuté d'une éventuelle arthroplastie totale du genou.

[152] Bien que les rapports médicaux permettent de conclure que l'appelante avait commencé à avoir des problèmes importants aux genoux gauche et droit, le Tribunal conclut qu'ils sont apparus après la fin de la PMA.

vi) **Syndrome du canal carpien (SCC)**

[153] Les dossiers médicaux démontrent l'existence d'un SCC bilatéral avant la fin de la PMA. Par exemple, le 13 juillet 1999, le D^r Lee a souligné que le SCC de l'appelante s'était aggravé des deux côtés. Elle lui a recommandé de porter une attelle au poignet pour l'engourdissement des mains. Le 20 juin 2000, le D^r Lee a indiqué que l'appelante se plaignait d'engourdissement bilatéral dans les mains même après la chirurgie du canal carpien.

[154] Mis à part le rapport susmentionné, il existe peu de rapports médicaux au sujet du SCC à la fin de la PMA et de façon continue par la suite. Par conséquent, le Tribunal a examiné l'ensemble du dossier médical pour déterminer la nature grave et prolongée de ce problème médical. Ce faisant, il en est arrivé à la conclusion que le SCC n'était pas grave et prolongé à la date de la fin de la PMA et de façon continue par la suite.

[155] Le 10 août 2006, le D^r Kong a signalé au D^r Lee la détérioration de l'engourdissement bilatéral des mains affectant les paumes et les trois premiers doigts au cours des deux dernières années. Le Tribunal souligne que cette période (2004) se situe après la fin de la PMA. Il a souligné qu'elle avait commencé à ressentir de l'engourdissement bilatéral des mains plus de dix ans auparavant, qu'elle avait subi une libération du canal carpien droit environ dix ans auparavant et du côté gauche deux ans plus tard. Il a indiqué que, bien que ses symptômes se

soient d'abord atténués, au cours des deux dernières années, son engourdissement bilatéral des mains s'était aggravé.

[156] Bien que le dossier indique une certaine détérioration du SCC de l'appelante vers 2004, (et donc l'absence de problème grave continu depuis la fin de la PMA), le Tribunal n'est pas convaincu que le dossier médical appuie une conclusion de symptômes et de fonction suffisamment invalidants et continus. Dans son rapport d'août 2006, le D^r Kong a indiqué qu'il existait une preuve clinique et électrophysiologique d'un léger SCC bilatéral. Dans son rapport de mai 2006, le D^r Lee a indiqué que l'appelante se plaignait de raideur ou de lourdeur dans le majeur et l'index de la main droite la nuit depuis six mois. Elle s'est demandé si le SCC s'était aggravé.

[157] Le Tribunal remarque également que l'appelante a déclaré, dans son témoignage, qu'elle conduisait encore sa voiture et qu'en 2013 elle conduisait sa voiture pendant 30 à 45 minutes pour se rendre à l'école et en revenir trois jours par semaine. Elle n'a pas indiqué qu'elle avait de la difficulté à conduire en raison de ses mains. Elle a aussi déclaré qu'elle avait cessé de fréquenter l'école en raison du décès de son fils, et non à cause des problèmes avec ses mains.

[158] À la lumière du dossier médical et du témoignage de l'appelante, le Tribunal n'est pas convaincu que le SCC bilatéral de l'appelante était à la fois grave et prolongé à la fin de la PMA.

vii) **Épicondylite latérale droite – douleur au coude droit depuis 1999**

[159] Le Tribunal n'est pas convaincu que l'épicondylite latérale du coude droit de l'appelante la rendait régulièrement incapable de détenir une occupation véritablement rémunératrice à la fin de la PMA ou avant cette date. Il existe très peu de rapports médicaux portant sur ce problème à la fin de la PMA ou autour de cette date. Bien que les rapports établis avant la fin de la PMA fassent mention de ce problème, aucun rapport ne le lie à l'incapacité de travailler ou à des limitations fonctionnelles importantes. Dans son rapport d'août 2006, le D^r Kong a souligné l'absence de signe de Tinel dans les deux poignets et les deux coudes et que ni l'un ni l'autre des nerfs ulnaires n'était manifestement enflé.

viii) Enflure de la cheville droite

[160] Dans son rapport de juin 2010, le D^r Syed a indiqué que l'appelante se plaignait de douleur au niveau des faces latérale et médiale de la cheville droite. Il a indiqué qu'elle avait peut-être une lésion du ligament de la cheville droite.

[161] Le Tribunal conclut que ce problème est apparu de nombreuses années après la fin de la PMA et qu'il n'est pas pertinent pour déterminer si l'appelante était gravement invalide à la date de fin de la PMA ou avant.

ix) Incontinence urinaire d'effort

[162] Le Tribunal n'est pas convaincu que ce problème a entraîné une invalidité grave à la date de fin de la PMA ou avant. Les rapports médicaux décrivent un problème de fréquence et de besoin urgent d'uriner. Bien qu'elle ait reçu une fronde pubovaginale en décembre 1997 avant la fin de la PMA, d'après le rapport du 14 septembre 2006 du D^r Almousa, l'appelante a consulté la clinique parce qu'elle se plaignait de symptômes qui s'étaient aggravés l'année précédente, soit en 2005, et les résultats d'un examen urodynamique par vidéo étaient négatifs. En avril 2010, longtemps après la fin de la PMA, elle a subi une chirurgie pour l'implantation d'un neurostimulateur, laquelle a donné de bons résultats. Bien qu'elle ait eu besoin de chirurgies en rapport avec l'implant, le Tribunal n'est pas convaincu que ce problème était grave selon la définition du RPC à la fin de la PMA ou avant cette date.

x) Hypothyroïdie/hypertension /anémie chronique

[163] Le Tribunal n'a été saisi d'aucun élément de preuve démontrant que ces problèmes étaient graves au sens du RPC à la date de fin de la PMA ou avant. Même si sa tension artérielle a été variable [traduction] « au cours des six derniers mois » d'après le rapport du D^r Ogilvie daté du 27 septembre 2007, cela s'est produit bien après la fin de la PMA. Bien que l'appelante ait reçu un diagnostic d'anémie sidéropénique, les rapports médicaux n'indiquent pas que ce problème ne peut être contrôlé par des médicaments. Dans un rapport du 15 août 2011 envoyé au D^r Choi, le D^r Wang écrit ce qui suit : [traduction] « [...] vous aviez souligné qu'elle avait une très légère anémie avec un taux de fer normal ». De la même façon, l'appelante s'est fait prescrire du Synthroid pour son hyperthyroïdie. Le Tribunal n'est pas

convaincu que ce problème ne peut pas être contrôlé ou qu'il entraînait des complications secondaires rendant l'appelante gravement invalide à la fin de la PMA ou avant cette date.

xi) Apnée du sommeil

[164] D'après le rapport du 8 juillet 2013 du D^r Lee, l'appelante a fait l'objet d'une évaluation du sommeil le 19 avril 2013 qui n'a révélé aucune apnée du sommeil, mais des changements dans l'EEG du sommeil, y compris un trouble Alpha EEG modéré pouvant causer un sommeil non réparateur. Elle n'a pas eu besoin d'un rendez-vous de suivi. Ce problème a été diagnostiqué environ 13 ans après la fin de la PMA. Le Tribunal souligne que l'évaluation du sommeil a été demandée par le D^r Lee vers décembre 2012 après que l'appelante a indiqué que sa principale inquiétude [traduction] « maintenant » est son problème de sommeil [traduction] « qui est non réparateur et qu'elle se sent fatiguée toute la journée ». Bien que le mauvais sommeil non réparateur et la fatigue tout au long de la journée aient été mentionnés dans des rapports médicaux antérieurs, notamment le rapport du 25 novembre 2008 du D^r Lee, de tels rapports datent de plusieurs années après la fin de la PMA.

[165] Le Tribunal a aussi pris en compte le témoignage de l'appelante selon lequel, en 2013, elle conduisait sa voiture pendant 30 à 45 minutes pour se rendre à l'école qu'elle fréquentait de 8 h à 12 h et en revenir. Elle a indiqué qu'elle avait cessé d'aller à l'école en raison du décès de son fils et non parce qu'elle était incapable de se lever le matin, de se concentrer au volant ou de fonctionner en classe à cause de la fatigue.

[166] Le Tribunal n'est pas convaincu que le trouble de sommeil de l'appelante était grave au sens du RPC à la fin de la PMA ou avant cette date, et de façon continue par la suite.

xii) Douleur thoracique atypique

[167] D'après le rapport établi le 10 avril 2007 par les D^{rs} Anand et Cavalcanti, l'appelante a indiqué avoir des douleurs à la poitrine depuis novembre 2005. Une échocardiographie d'effort réalisée en décembre 2005 s'est révélée normale. Un test d'effort Mibi réalisé en juin 2006 a révélé une légère anomalie réversible de la zone de l'AIA qui a été catégorisée comme présentant un faible risque. Un angiogramme réalisé en septembre 2006 montrait des artères

coronariennes normales. On a constaté une PVGD accrue indiquant un dysfonctionnement diastolique, mais une fraction d'éjection ventriculaire gauche normale.

[168] Le Tribunal souligne que l'appelante s'est plainte d'autres périodes de douleurs thoraciques atypiques vers 2009 (voir le rapport du D^r Yu du 21 octobre 2010). À l'examen, le D^r Yu a indiqué à l'appelante qu'il ne croyait pas que les symptômes étaient de nature cardiaque et a proposé de la diriger vers un pneumologue.

[169] Le Tribunal n'est pas convaincu que la douleur thoracique atypique de l'appelante était grave au sens du RPC à la fin de la PMA ou avant cette date.

xiii) Démarche antalgique/engourdissement au talon gauche

[170] Le Tribunal conclut que le problème à la cheville gauche semble être un phénomène relativement récent. Il a fait l'objet d'un examen en 2010. D'après le rapport du 2 septembre 2010 du D^r Syed, une IRM n'a révélé [traduction] « rien de remarquable ». Elle avait de la sensibilité sur la face latérale. Le D^r Syed a cru qu'elle pouvait avoir une bursite ou de l'inflammation sur la face latérale et lui a offert une injection de cortisone. Le Tribunal n'est pas convaincu que le ou les problèmes susmentionnés étaient graves au sens du RPC à la fin de la PMA ou avant cette date.

Capacité régulière de détenir une occupation véritablement rémunératrice

[171] Compte tenu des conclusions susmentionnées, le Tribunal n'est pas convaincu que l'appelante était régulièrement incapable de détenir une occupation véritablement rémunératrice à la fin de la PMA ou avant cette date.

[172] Même si l'appelante avait des problèmes à l'épaule gauche, au cou et des engourdissements résiduels dans les mains à la suite de la chirurgie pour son SCC, en raison desquels un travail physique de nature répétitive aurait pu être déconseillé ou irréaliste, le Tribunal n'est pas convaincu que l'appelante n'avait pas conservé la capacité résiduelle d'exercer un autre travail plus léger ou de se recycler.

[173] Le Tribunal est convaincu que, comme l'appelante possède une expérience de travail limitée et une 6^e année, elle aura vraisemblablement besoin de se recycler pour trouver un travail plus léger. Comme elle avait 45 ans à la fin de la PMA, ce qui est relativement jeune, et qu'elle parle couramment l'anglais, le Tribunal conclut que le recyclage est une option réaliste.

[174] Selon la décision *Inclima c. Canada (Procureur général)*, 2003 CAF 117 (CanLII), au paragraphe 3 :

En conséquence, un demandeur qui dit répondre à la définition d'incapacité grave doit non seulement démontrer qu'il (ou elle) a de sérieux problèmes de santé, mais dans des affaires comme la présente, où il y a des preuves de capacité de travail, il doit également démontrer que les efforts pour trouver un emploi et le conserver ont été infructueux pour des raisons de santé.

[175] Le Tribunal souligne que l'appelante a tenté de se recycler en 2013 pour apprendre à lire, à écrire et à utiliser un ordinateur, malgré qu'on lui avait diagnostiqué de nombreux autres problèmes de santé qui sont apparus ou se sont aggravés après la fin de la PMA. Elle a déclaré qu'elle avait cessé de fréquenter l'école en raison du décès de son fils. Comme elle a démontré qu'elle était capable de se recycler longtemps après la fin de la PMA, même avec des problèmes médicaux additionnels ou aggravés, le Tribunal est conforté dans son opinion selon laquelle elle avait la capacité de se recycler à la fin de la PMA ou avant cette date.

[176] Compte tenu des faits de la présente affaire, l'appelante n'a pas convaincu le Tribunal comme l'exige l'arrêt *Inclima*, qu'elle avait tenté, à la fin de la PMA ou avant, de se recycler ou avait démontré que ses efforts avaient été infructueux pour des raisons de santé.

[177] Le Tribunal n'est pas convaincu que l'invalidité de l'appelante était grave et prolongée à la fin de la PMA.

CONCLUSION

[178] L'appel est rejeté.

Jeffrey Steinberg
Membre de la division générale – Sécurité du revenu