

[TRADUCTION]

Citation : *B. G. c. Ministre de l'Emploi et du Développement social, 2015 TSSDGSR 67*

Date : Le 2 juillet 2015

Numéro de dossier : GT-122319

DIVISION GÉNÉRALE - Section de la sécurité du revenu

Entre:

B. G.

Appelante

et

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

Intimé

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

Audience tenue par vidéoconférence le 15 juin 2015

MOTIFS ET DÉCISION

COMPARUTIONS

B. G., l'appelante

Jaswinder Johal, le représentant de l'appelante

Farhat Jamil, interprète anglais/punjabi

INTRODUCTION

[1] L'intimé a estampillé la demande de pension d'invalidité du Régime de pensions du Canada (RPC) de l'appelante le 14 septembre 2011. L'intimé a rejeté sa demande, dans sa décision initiale et lors du réexamen. L'appelante a porté en appel la décision découlant du réexamen devant le Bureau du Commissaire des tribunaux de révision (BCTR) et cet appel a été transféré au Tribunal en avril 2013.

[2] L'audience de cet appel a été tenue par vidéoconférence pour les raisons suivantes :

- a) Le matériel nécessaire à une vidéoconférence est disponible dans la région où réside l'appelante;
- b) Le mode d'audience est conforme à l'exigence du *Règlement sur le Tribunal de la sécurité sociale* selon laquelle l'instance doit se dérouler 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 les appels qui ont été déposés auprès du BCTR avant le 1^{er} avril 2013, mais qui n'ont pas été instruits par le BCTR sont réputés avoir été déposés auprès de la division générale du Tribunal.

[4] L'alinéa 44(1)b) du Régime de pensions du Canada énonce les critères d'admissibilité à une pension d'invalidité du RPC. Une pension d'invalidité doit être payée à un cotisant qui :

- a) n'a pas atteint l'âge de 65 ans;
- b) ne touche pas de pension de retraite du RPC;
- c) est invalide;
- d) a versé des cotisations valides au RPC pendant au moins la période minimale d'admissibilité (PMA).

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

[6] Aux termes de l'alinéa 42(2)a) de la *Régime de pensions du Canada*, pour être invalide, une personne doit être atteinte d'une invalidité physique ou mentale grave et prolongée. Une personne est considérée 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] Le litige ne concerne pas la PMA, car les parties conviennent que cette période prend fin le 31 décembre 2010, ce qu'a également conclu le Tribunal.

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

PREUVE

Preuve documentaire

[9] Dans le Questionnaire du RPC daté du 29 août 2011, l'appelante a déclaré avoir une scolarité de 10^e année. Elle a cessé de travailler le 14 septembre 2007 en raison de maladie. Elle

travaillait comme emballeuse chez Silgan Plastic depuis le 19 avril 1989, emballant des articles pesant entre 10 et 15 livres. Selon l'appelante, avant qu'elle ait cessé de travailler, elle touchait des prestations de maladie et avait essayé de faire des tâches allégées.

[10] L'appelante a décrit les maladies ou incapacités qui l'empêchent de travailler comme étant les suivantes : anxiété, crises de panique, ménopause, hypothyroïdie, hypertension, douleur thoracique, sueurs, douleur à l'épaule, engourdissement des 3^e et 4^e doigts et dépression. Elle a déclaré qu'elle est incapable de soulever des charges, de se pencher, de se tourner, de se tenir debout ou de marcher pendant une longue période. Elle a déclaré qu'elle ne peut rester assise plus de 10 ou 15 minutes ni se tenir debout plus de 10 minutes. Sa douleur à l'épaule et sa douleur thoracique font qu'elle ne peut pas marcher pendant une longue période. Elle ne peut soulever aucune charge en raison de douleurs à l'épaule, au dos et au thorax. Elle peut parfois s'acquitter de tâches ménagères avec l'aide de ses enfants. Elle tend à oublier les choses et n'a pas un bon sommeil. On lui a prescrit les médicaments suivants : Atacand, Atenolol, Synthroid, Aspirin, Cyclobenzaprine et Lipitor.

[11] Le 3 août 2011, le Dr Grewal, médecin de famille, a rempli le rapport médical du RPC. Il a indiqué qu'il connaît l'appelante depuis 1985. En novembre 2009, il lui a diagnostiqué : anxiété, panique, ménopause, hypothyroïdie, hypertension; en février 2011 : douleur thoracique du côté gauche, non cardiaque. Selon le Dr Grewal, l'appelante ressent une douleur thoracique (côté gauche) à l'effort; toutefois, une angiographie s'est révélée normale. Elle avait également de l'anxiété et des sueurs, une douleur aux deux épaules et un engourdissement des 3^e et 4^e doigts de la main gauche. On lui a prescrit de l'hydrochlorothiazide, l'Atenolol, l'Eltroxin et le Lipitor. Sa tension artérielle était contrôlée par des médicaments. Sous « pronostic », le Dr Grewal a indiqué ce qui suit : « Réservé. Demeure totalement et de façon permanente inapte à tout travail rémunérateur pour toute sa vie ».

[12] Le 20 avril 2006, le Dr Dharmalingam, endocrinologie/médecine interne, a évalué l'appelante pour sa fonction thyroïdienne. Il a indiqué qu'elle avait reçu un diagnostic d'hypothyroïdie environ une année auparavant. L'appelante avait pris pendant plusieurs mois du L-thyroxine en remplacement, mais qu'elle avait cessé la prise de ce médicament trois mois auparavant et avait alors développé une hyperthyroïdie persistante. Une échographie de la thyroïde révélait de nombreux nodules. Dans l'ensemble, elle se sentait bien sauf pour des

palpitations occasionnelles et une intolérance à la chaleur. Son poids était stable et elle n'avait pas de tremblements. Elle faisait occasionnellement de la dysphagie. Elle ne prenait aucun médicament à ce moment-là. Sa tension artérielle était 124/82. Selon le Dr Dharmalingam, l'appelante avait une légère hyperthyroïdie. Il a indiqué qu'elle aurait besoin d'une échographie de suivi dans environ six mois et a indiqué qu'il la réévaluerait dans trois mois.

[13] Le 20 juillet 2006, le Dr Dharmalingam a indiqué dans un rapport que l'appelante se sentait mieux, mais se plaignait encore de fatigue. Il a indiqué qu'elle ne présentait aucun autre symptôme d'hyperthyroïdie ou d'hypothyroïdie et que la glande thyroïde était normale à la palpation. Sa tension artérielle était de 120/70.

[14] Le 20 juillet 2006, le Dr Dharmalingam a indiqué dans un rapport qu'après la dernière visite de l'appelante, il lui a prescrit de la L-thyroxine. L'appelante a indiqué qu'elle se sentait mieux, mais se plaignait encore de fatigue. Elle prenait de la L-thyroxine à raison de 50 mcg une fois par jour. Sa tension artérielle était 120/70. Le Dr Dharmalingam a augmenté sa médication à 75 mcg une fois par jour et a indiqué qu'il la réévaluerait dans quatre mois.

[15] Le Dr Grewal a fourni des notes d'évolution couvrant la période du 20 janvier au 15 décembre 2010. Une note clinique de mai 2006 faisait état que l'appelante avait de la difficulté avec l'épaule droite, le bras, et avait une douleur au cou. Le Dr Grewal a mentionné brièvement de l'anxiété. Il a indiqué que l'appelante avait une tension artérielle de 120/78. Une note clinique du 20 janvier 2010 indique qu'elle est [traduction] « nerveuse, anxieuse » et une tension artérielle de 150/100, cœur normal. Une note du 25 novembre 2010 indiquait que l'appelante avait une tension artérielle de 120/78.

[16] Le 29 avril 2010, le Dr Dharmalingam a indiqué dans un rapport que l'appelante avait de l'hypothyroïdie, prenait actuellement de la Levothyroxine et se sentait bien. Elle n'avait aucun symptôme d'hyperthyroïdie ou d'hypothyroïdie. Sa tension artérielle était de 130/80. Sa glande thyroïde était normale à la palpation et ses nodules thyroïdiens demeuraient stables. Il a déclaré ce qui suit : [traduction] « Cette dame ayant de très petits nodules thyroïdiens et une hypothyroïdie est très stable du point de vue de la fonction thyroïde. »

[17] Le 28 février 2011, le Dr Qureshi, médecine interne, a fait rapport au sujet des douleurs thoraciques de l'appelante. Il a indiqué que l'appelante signale ressentir une douleur thoracique au côté gauche supérieur depuis 2 à 3 mois. La douleur a débuté lorsqu'elle a entrepris un régime d'exercices. La douleur thoracique n'est pas ressentie quotidiennement, mais survient lorsqu'elle est stressée ou durant un exercice, comme monter l'escalier ou marcher d'un pas rapide. Elle décrit la douleur comme un serrement ou une douleur sourde. À l'examen sa tension artérielle était 132/80. Son ECG était essentiellement normal. Selon le Dr Qureshi, les douleurs thoraciques font soupçonner une cardiopathie ischémique. Il a indiqué que l'appelante devait faire une épreuve d'effort avant le voyage qu'elle projetait de faire en Inde et il a prescrit un vaporisateur de nitroglycérine.

[18] Le 30 mars 2011, le Dr Qureshi a indiqué dans un rapport qu'il avait conseillé à l'appelante de faire une épreuve d'effort avant qu'elle aille en Inde. Il a indiqué qu'elle a développé des douleurs thoraciques après la dernière consultation à son cabinet. Elle s'est rendue à l'hôpital et s'est fait dire après des épreuves sanguines que tout était normal et qu'elle pouvait aller en Inde. À son retour de l'Inde en mars, elle a dit se sentir mieux et ne ressentait les douleurs que de temps en temps. Le Dr Qureshi lui a encore recommandé de faire une épreuve d'effort et a fixé un rendez-vous à cette fin.

[19] Selon l'épreuve d'effort effectuée le 16 avril 2011, les résultats laissaient entrevoir une possible maladie coronarienne. Selon une cardioperfusion effectuée le 26 avril 2011, il y avait des signes d'ischémie dans le segment inféroexterne.

[20] Le 3 mai 2011, le Dr Qureshi a indiqué dans un rapport que l'épreuve d'effort laissait entrevoir une possible maladie coronarienne et que l'appelante a été dirigée vers un exercice avec Myoview, un agent scintigraphique. Il a indiqué que le résultat de cette résonance magnétique de cardiologie nucléaire était positif et révélait une ischémie dans le segment inféroexterne du cœur. Par conséquent, une coronarographie était de mise.

[21] Selon le rapport d'échocardiographie du 11 mai 2011, la fonction systolique ventriculaire gauche était normale, avec légère régurgitation tricuspidiennne et pressions pulmonaires légèrement élevées.

[22] Dans un rapport de consultation du 11 mai 2011, le Dr Raco indique avoir vu l'appelante au sujet de sa possible maladie coronarienne. Il mentionne que sa seule maladie chronique non cardiovasculaire est l'hypothyroïdie. Il indique qu'elle n'avait pas d'antécédents connus d'infarctus du myocarde ni de maladie coronarienne établie. Il indique qu'elle a récemment fait état d'inconfort thoracique d'effort et de dyspnée, mais qu'avec le recul, elle avait ces symptômes depuis un an, mais tendait à les ignorer ou à les rationaliser en les mettant sur le compte d'une moins bonne forme physique. Elle avait un résultat positif à l'étude de perfusion myocardique, qui laissait entrevoir la possibilité d'une ischémie inféroexterne. Le Dr Raco mentionne que son inconfort thoracique d'effort et sa dyspnée surviennent de façon prévisible lors d'efforts de niveau modéré. Sa tension artérielle était de 132/84. Le Dr Raco conclut que l'appelante a des symptômes concordants avec une angine de classe II¹ de la Société canadienne de cardiologie. L'étude de perfusion myocardique révélait une possible ischémie inféroexterne. Le Dr Raco suggère qu'elle passe une coronarographie afin d'évaluer de façon plus objective l'ampleur de la maladie coronarienne et qu'elle soit évaluée relativement au risque de revascularisation. Il mentionne que sa seule maladie chronique non cardiovasculaire est l'hypothyroïdie.

[23] Une radiographie de la main et du poignet datée du 13 mars 2012 a révélé un léger œdème des tissus mous entourant les articulations distales de l'index et du majeur bilatéralement et une légère arthrose au niveau des premières articulations carpo-métacarpiennes.

[24] Le 19 mars 2012, le Dr Grewal indique dans un rapport que l'appelante s'était plainte de douleur à l'épaule droite après son travail le 16 février 2006. Elle était sensible au bord antérieur de l'acromion et était limitée dans sa capacité le lever le bras, possiblement en raison d'une bursite. Le 16 mai 2006, la douleur avait commencé à irradier du cou vers le bras en raison de radiculopathie. Le 21 juillet 2011, l'appelante s'est plainte de douleur aux deux épaules et de l'engourdissement des 3^e et 4^e doigts de la main gauche en raison du syndrome du canal carpien. Elle souffre d'anxiété et de dépression de longue date, soit depuis août 1992. Durant sa dernière consultation le 13 mars 2012, elle se plaignait de douleur aux épaules, de

¹ Le Tribunal prend note que l'angine de classe II renvoie à une légère limitation, l'angine ne se manifestant que durant une activité physique vigoureuse.

douleur à la main et d'engourdissement. Elle était aussi déprimée, anxieuse et stressée, des affections que le Dr Grewal a décrites comme étant de longue date, remontant à août 1992. De l'avis du Dr Grewal, l'état pathologique de l'appelante était de longue durée et grave. Il a indiqué qu'elle demeurerait totalement et en permanence inapte à tout travail rémunéré pour [traduction] « toute sa vie ».

[25] Le 3 avril 2012, le Dr Koponen, psychiatrie/neurologie, a indiqué dans un rapport que l'appelante ressent un engourdissement de la main droite la nuit, et parfois aussi de la main gauche. Il lui a diagnostiqué un syndrome du canal carpien bilatéral nécessitant le port d'attelles de poignet.

[26] Le 24 août 2012, le Dr Grewal a indiqué que l'appelante continue d'avoir une douleur aux mains et aux épaules avec un engourdissement aux mains bilatéralement, avec anxiété et dépression. Il note que son état empire. L'appelante s'est aussi plainte de douleur à la cheville et au genou droits lors de sa dernière visite à son cabinet, le 15 août 2012. Il a noté que le Dr Koponen a diagnostiqué un syndrome du canal carpien bilatéral nécessitant le port d'attelles de poignet. Il a indiqué que l'appelante s'était fait prescrire du Rivotril et du Xanax dans le passé de façon irrégulière et attendait de voir le Dr Dhaliwal (psychiatre). Le Dr Grewal se disait d'avis que l'état de santé de l'appelante était grave et prolongé et qu'elle demeurait totalement et en permanence invalide et inapte à tout travail rémunérateur.

[27] Le 11 octobre 2012, le Dr Dhaliwal, psychiatre, a indiqué dans un rapport que l'appelante présentait un tableau de douleur depuis 10 ans, combiné à une dépression qui s'est développée au fil du temps et qui a empiré pendant quelques mois. Elle dit voir un spécialiste qui lui dit qu'elle fait de l'arthrite dans les bras, les mains, les épaules, le dos et les jambes. Elle a indiqué que tout son corps lui fait mal. Elle décrit avoir une diminution de l'énergie, se sentir apeurée, anxieuse dans les ascenseurs, dans les magasins et les espaces ouverts parmi la foule. Elle a aussi décrit une capacité de concentration moindre. Le Dr Dhaliwal a posé les diagnostics suivants : douleur, trouble dépressif majeur, forme grave, diagnostic différentiel pouvant comprendre une dépression bipolaire, inapte au travail et lui a attribué un résultat de 35 à 40 sur l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF). Il lui a prescrit du Cymbalta, du Risperdal et a suggéré de la gabapentine.

[28] Le 2 mai 2013, le Dr Dhaliwal a vu l'appelante lors d'une consultation de suivi. Il a indiqué qu'elle présentait de la dépression, de l'anxiété et de l'insomnie. Son humeur était déprimée la plupart du temps. Il y avait des fluctuations, comme pour son anxiété. Elle avait de la difficulté à dormir. Elle avait une douleur constante à la main et avait besoin de l'assistance des membres de sa famille. Ceci l'amenait à se sentir encore plus déprimée. Par conséquent, elle était inapte à tout travail, qu'il s'agisse d'un emploi à temps partiel ou à temps plein.

[29] Le 11 septembre 2013, le Dr Koponen a indiqué dans un rapport que le résultat de l'électromyographie était normal. L'appelante n'avait aucune lésion à l'examen. Le résultat de l'étude était meilleur comparativement à celui de 2012. Elle sentait un inconfort aux poignets par temps froid et les jours de pluie. Il a indiqué que les symptômes pourraient avoir une composante arthritique.

[30] Le 12 septembre 2013, le Dr Grewal a écrit au représentant juridique de l'appelante. Il a indiqué qu'elle s'était plainte de douleur à l'épaule droite, liée à son travail le 14 février 2006, et qu'elle était sensible au bord antérieur de l'acromion et était limitée dans sa capacité de lever le bras droit en raison de la douleur à l'épaule. Il a indiqué que son état a continué de se dégrader et s'est accompagné de complications comme la dépression et un syndrome du canal carpien bilatéral. Elle reçoit un traitement pharmacologique, porte des attelles et est vue par un psychiatre et un neurologue. Il a indiqué qu'elle demeure entièrement et en permanence invalide et inapte à tout travail rémunérateur depuis le 14 février 2006.

[31] Dans un rapport daté du 30 octobre 2013, le Dr Dhaliwal a indiqué que l'appelante continuait de souffrir de symptômes de dépression avec anxiété, crises de panique, dyspnée et étourdissements. Elle avait même peur de prendre l'ascenseur et de se rendre à son cabinet médical. Selon le Dr Dhaliwal, elle avait des symptômes chroniques continus et était sous ses soins depuis le 10 octobre 2012. Il a posé les diagnostics suivants : douleur, trouble dépressif majeur, dépression grave et prolongée avec anxiété et crises de panique. Il a déclaré que : [traduction] « À cause de l'anxiété, les crises de panique et la dépression chronique, elle trouve très difficile de chercher du travail, restant chez elle en raison de l'anxiété, se sentant très mal à l'aise et craintive, et elle a développé ce problème social. » Il lui a attribué un résultat de 45 à 50 sur l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF).

[32] L'appelante a fourni des copies de résultats d'analyses sanguines datant de décembre 2014. Elle a également fourni un relevé de ses médicaments pour la période allant de mai 2013 à février 2015.

[33] Le 14 février 2015, le Dr Dhaliwal a fourni un rapport de psychiatrie mis à jour. Il a indiqué que l'appelante a été dirigée vers lui pour la première fois le 30 octobre 2013. Elle est sous ses soins depuis ce temps. Elle a récemment été vue pour une révision de son traitement le 20 janvier 2015. La première consultation a eu lieu le 30 octobre 2013 (interrogation en 2012). Elle a été vue par le Dr Dhaliwal entre ces dates pour un suivi et un traitement. Il lui a diagnostiqué un trouble dépressif majeur et a indiqué que sa dépression était grave et prolongée avec des crises d'anxiété. Son anxiété, sa dépression et ses crises d'anxiété affectaient sa capacité fonctionnelle. L'appelante était stressée, incapable de travailler et ne pouvait s'acquitter adéquatement de ses tâches domestiques. À l'évaluation précédente, son résultat sur l'EGF était de 55 à 60 environ. Le Dr Dhaliwal lui a prescrit de l'Effexor, de l'Abilify, du Clonazepam et de la gabapentine. Il a dit que sa maladie fluctuait. La fréquence des symptômes n'avait pas diminué et il n'y avait pas d'amélioration concernant la gravité. Le pronostic à long terme était réservé.

[34] Le 20 février 2015, le Dr Grewal indique que l'appelante souffre de dépression majeure avec anxiété et crises de panique, de myalgie, de dyspnée, d'hypertension, d'hypothyroïdie et d'un syndrome du canal carpien bilatéral. Son traitement comprend du repos et la prise de médicaments. Il déclare ce qui suit : [traduction] « Elle demeure totalement et de façon permanente inapte à tout travail rémunérateur pour toute sa vie ». Le Dr Grewal a joint un résumé de ses notes cliniques pour la période d'août 2013 à novembre 2014, dans lesquelles il fait état de douleur intense au genou droit, douleur aux côtes inférieures du côté gauche, humeur déprimée et triste, problèmes de sommeil, amplitude du mouvement limitée du genou droit, douleur à la cheville gauche, douleur chronique, engourdissement de la main, hypothyroïdie, arthrose de la cheville et douleur au talon, céphalées, étourdissements et bouffées de chaleur. Selon un rapport du 6 juin 2014, l'appelante ayant subi un accident d'auto, une voiture l'ayant emboutie par l'arrière le jour précédent, elle se plaignait de douleur au cou/à l'épaule et de nervosité. Elle avait le cou sensible et les deux régions des trapèzes avaient une motricité douloureuse

Témoignage oral

[35] Elle a 58 ans.

[36] Elle est née et a grandi en Inde.

[37] Elle a une scolarité de 10^e année acquise en Inde. Elle n'a suivi aucun programme d'apprentissage de l'anglais. Elle n'a jamais travaillé en Inde.

[38] Elle est arrivée au Canada en 1977. Elle n'a suivi aucun programme d'apprentissage de l'anglais au Canada. Elle a tout de suite commencé à travailler dans une usine en 1978, travaillant sur une chaîne de montage à fabriquer des chaises. Elle est devenue enceinte la même année et est partie en congé de maternité. Elle est retournée au travail en 1979 comme emballeuse pour un autre employeur. Elle y a travaillé pendant huit ou neuf ans, jusqu'en 1987.

[39] En 1988, elle a accouché d'un autre enfant, mais a repris le travail en 1989, toujours comme emballeuse, un emploi nécessitant d'être debout et qu'elle a effectué jusqu'en 2007.

[40] En 2006, elle est partie en congé de maladie. Elle avait des problèmes avec ses genoux et sa thyroïde et avait des troubles mentaux. Elle avait aussi des problèmes avec ses mains.

[41] Elle est brièvement retournée au travail en 2007. Elle a essayé de travailler, mais n'en était pas capable. L'emploi a duré plusieurs semaines environ. L'appelante ne se souvient pas du nombre d'heures qu'elle travaillait, mais c'était moins que du temps plein (40 heures par semaine). Parfois, elle travaillait un quart complet et parfois elle retournait à la maison avant la fin de son quart.

[42] Après qu'elle a cessé de travailler, elle a vu son médecin de famille. Il lui a dit qu'elle devait prendre du repos. Il l'a adressée en physiothérapie. Elle ne se souvient pas quand elle y est allée. Elle ne se souvient pas non plus comment souvent elle faisait des séances de physiothérapie, mais c'était environ deux fois par semaine. Elle faisait certains exercices et recevait un massage des poignets et des genoux. Elle s'est fait donner des exercices à faire à la maison. Elle essayait de les faire. Parfois, ces exercices l'aidaient, d'autres fois non.

[43] Elle avait un problème de respiration et devenait parfois essoufflée. Elle avait aussi des crises d'anxiété et de panique. Elle ne pouvait pas rester à l'intérieur ou dans une pièce fermée. Elle voulait en sortir. Elle avait peur de prendre l'ascenseur.

[44] Elle a été dirigée vers des spécialistes et a vu le Dr Dhaliwal.

[45] Elle a vu le Dr Koponen. Elle ne se souvient pas quand elle a commencé à le voir pour des dommages musculaires aux deux mains. Il lui a donné une pommade à frotter dans ses mains. Cela ne l'aidait que lorsqu'elle l'appliquait. Elle porte aussi des attelles de poignet et ne peut dormir la nuit sans elles. Elle a de la difficulté à ouvrir les mains et ne peut pas ouvrir ses flacons de médicaments. Elle ressent un engourdissement. Elle se frotte et masse les doigts et les mains. Le Dr Koponen a discuté de chirurgie, mais elle a peur de s'engager dans cette voie. Elle continue de voir le Dr Koponen et le reverra à nouveau en septembre 2015.

[46] Elle a vu le Dr Raco lorsqu'elle avait de l'anxiété, des problèmes avec sa respiration et avec son cœur. Il lui a fait passer des tests. Son battement de cœur n'est pas toujours régulier. Le médecin lui a donné des médicaments, qu'elle prend. Elle ne voit plus le Dr Raco. Elle voit le médecin de famille et prend des médicaments pour son rythme cardiaque.

[47] Elle a vu le Dr Qureshi au sujet de sa thyroïde. Elle l'a consulté pendant 3 ou 4 ans. Maintenant, elle prend un médicament. Si elle veut un rendez-vous, elle peut le voir.

[48] Elle a vu le Dr Dharmalingam pendant 4 à 5 ans pour sa thyroïde. Il a fait des tests. Elle prend des médicaments et sa fonction thyroïdienne est maintenant contrôlée.

[49] Son médecin de famille l'a traitée pour son anxiété en 2007 et en 2008. Elle se sentait déprimée. Il l'a envoyée voir un spécialiste, le Dr Dhaliwal. Elle ne se souvient pas quand elle a commencé à le voir. Elle le voit aux trois mois et pour des rendez-vous durant jusqu'à une demi-heure. Les séances l'aident un peu. Ils parlent de sa santé et il lui prescrit des médicaments. Il change sa médication et les dosages. Certains médicaments l'aident.

[50] Elle parle à son médecin de famille de ses problèmes en lien avec l'anxiété et ses difficultés à dormir. Il lui dit de faire de l'exercice. Elle ne peut pas aller toute seule à l'extérieur. La dernière fois qu'elle a vu le Dr Dhaliwal était le mois dernier. Il lui a aussi dit de

faire des exercices, de sortir dehors et de relaxer. Il a changé ses médicaments/dosages. Elle le reverra en juillet 2015.

[51] Son problème d'anxiété a débuté en 1992. Elle était alors jeune. Avec le temps et l'âge, elle est maintenant très faible. Elle avait ce problème en 2007, mais était traitée par le médecin de famille. Il pensait qu'elle avait des problèmes cardiaques. Elle avait aussi des problèmes à respirer. Elle se sentait également comme cela en décembre 2010. Elle sentait que rien n'était bon. Elle n'est pas capable de dormir depuis 2006. Elle peut se lever à 4 heures ou 5 heures du matin. Elle est toujours fatiguée et se sent épuisée. Elle a un faible niveau d'énergie et ne peut rien faire.

[52] Depuis 2006, elle a des douleurs aux épaules, aux bras, aux jambes et aux genoux. La douleur est pire certains jours.

[53] En 2006, elle avait des problèmes de concentration. Cela empire avec le temps. En 2006, sa mémoire était faible et la situation est la même depuis.

[54] Durant une journée typique en décembre 2010, elle se levait vers 9 h ou 10 h. Son mari l'accompagnait au rez-de-chaussée. Il l'aidait à faire le déjeuner. Il est conducteur de taxi et est à la maison jusqu'à 15 h 30, moment où leur fils retourne à la maison. Son mari part alors travailler. Parfois sa fille fait à déjeuner. Quatre autres personnes vivent sous son toit : ses deux filles, son fils et son mari. Après le déjeuner, elle s'assoit sur le divan et se repose. Son mari l'invite à s'asseoir avec lui dehors dans la cour arrière. Elle s'assoit dehors pendant un certain temps, se sent fatiguée et rentre se reposer. Elle regarde un peu la télévision, mais ne peut rester assise longtemps. Elle écoute parfois la radio. Elle ne va pas à l'ordinateur. De temps à autre elle essaie de lire le journal, mais n'y parviens pas. Pour le repas du midi, sa fille et son mari sont à la maison. Après le repas, elle va s'asseoir pour regarder la télévision. Son mari lui demande d'aller marcher avec lui. Elle se repose ensuite. Sa fille aînée arrive à la maison et aide à préparer le souper. L'appelante va dans la cuisine et essaie de donner un coup de main, par exemple en coupant les légumes. Après le souper, elle regarde la télévision et se repose sur le divan. Elle ne dort pas adéquatement et marche dans la maison.

[55] Elle ne peut pas faire aucun ménage. Elle avait l'habitude d'avoir une femme de ménage, mais elle n'en a plus les moyens. Elle ne peut pas se souvenir pendant combien de temps elle a eu une femme de ménage. La femme de ménage venait à la maison une fois par semaine. Maintenant ses filles aident à faire le ménage.

[56] Son mari et son fils s'occupent de faire l'épicerie.

[57] Elle n'assiste pas à des activités à l'extérieur de la maison.

[58] Ses relations avec son mari et ses enfants sont bonnes. Ils essaient de la faire sortir de la maison, par exemple pour aller au parc ou pour un repas à l'extérieur, mais elle n'a pas envie d'y aller. Elle peut parfois aller au temple, mais ne peut demeurer assise bien longtemps.

[59] Elle ne conduit pas. La dernière fois qu'elle a conduit était il y a de cela plusieurs années. C'était avant la fin de la PMA. Elle ne va pas seule, mais sort à l'extérieur avec quelqu'un.

[60] Elle a des problèmes à respirer si elle marche pendant trop longtemps. Si elle se lève après avoir été assise, elle se sent étourdie. Elle a aussi de la difficulté à monter et descendre des escaliers en raison de problèmes à respirer et de douleur aux genoux.

[61] Elle ne peut pas soulever ou transporter des objets. Elle ne peut soulever que sa nourriture. Elle n'est pas très forte.

[62] Si elle pouvait retourner travailler, elle le ferait. Cependant, elle ne peut rien faire.

[63] Elle va souvent aux toilettes en raison de ses médicaments pour l'hypertension.

[64] Depuis 2006, elle fait de l'anxiété. Elle prend des médicaments, ce qui l'aide parfois et parfois pas. Elle continue d'avoir des crises de panique. Elle se sent paniquée et veut sortir à la lumière.

[65] Au travail, elle travaillait principalement avec des collègues parlant le punjabi. Ses employeurs lui donnaient leurs instructions en punjabi.

[66] Elle ne peut prendre les transports en commun.

[67] La dernière fois qu'elle a vu son médecin de famille était la semaine dernière, et elle consultait pour sa douleur aux genoux.

[68] Le Tribunal a adressé des questions à l'appelante. Elle a clarifié qu'elle emballait des bouteilles de plastique dans ses emplois d'usine.

[69] En 2007, elle est retournée à des tâches allégées. Avant l'allègement de ses tâches, elle devait casser du plastique, ce qui dérangeait ses poignets. Dans le poste aux tâches allégées, elle emballait des bouteilles de plus petit format et n'avait pas besoin de rester debout pour travailler.

[70] Après que cet emploi allégé a pris fin, elle n'a pas présenté de demande d'assurance-emploi ni demandé d'autres types de prestations d'aide financière. Elle pensait que sa santé s'améliorerait et qu'elle pourrait retourner au travail.

[71] Au moment où elle a quitté le travail en 2006, elle avait des problèmes avec son genou, sa thyroïde, ses mains, ses épaules et l'anxiété.

[72] Elle a fait des séances de physiothérapie. Elle ne se souvient pas pendant combien de temps. Elle faisait des exercices pour renforcer ses mains et son genou.

[73] Elle va au lit le soir à 21 h ou 22 h, mais ne parvient pas à dormir.

[74] Ses trois enfants ont maintenant 32 ans (fille), 31 ans (fille) et 27 ans (fils).

[75] Elle a obtenu son permis de conduire vers 1983 ou 1984. Lorsqu'elle a fait l'examen en vue de l'obtention du permis, elle a fait l'examen en anglais et a communiqué en anglais aussi avec l'examineur qui lui a fait passer l'épreuve de conduite sur route.

[76] Elle a appris l'anglais en Inde, son pays d'origine, où l'anglais est enseigné dans les écoles. Au Canada, elle n'a jamais suivi de programme d'apprentissage de l'anglais, ayant commencé à travailler tout de suite.

[77] Ses enfants ont fréquenté l'école au Canada. Elle allait à l'école pour communiquer avec les enseignants de ses enfants. Elle s'y rendait avec son mari. Initialement, elle a déclaré qu'elle n'avait jamais communiqué avec les enseignants en anglais. Elle a par la suite clarifié qu'elle assistait aux rencontres parents-enseignants avec son mari. Elle pouvait comprendre un petit peu et parler un petit peu l'anglais.

[78] La dernière fois qu'elle a conduit l'auto et qu'elle était seule à bord, c'était en 2008 ou 2009. Aujourd'hui elle se sent « malade » à l'idée de conduire. Depuis 2008 ou 2009, elle conduit, mais quelqu'un l'accompagne à chaque fois. La dernière fois qu'elle a conduit, c'était il y a environ deux semaines. Son fils était dans l'auto avec elle. Elle est allée rendre visite à sa fille, qui vit à environ sept minutes de chez elle. Elle conduit pour aider à se débarrasser son anxiété. En mai 2015, elle a conduit à deux reprises; en avril 2015, elle a conduit à deux ou trois reprises.

OBSERVATIONS

[79] L'appelante soutient qu'elle est admissible à une pension d'invalidité pour les raisons suivantes:

- a) Elle a 58 ans. Elle a une scolarité de 10^e année acquise en Inde et a cessé de travailler en 2006 lorsqu'elle est partie en congé de maladie. Elle a essayé de retourner au travail en 2007, dans un poste aux tâches allégées qu'elle n'a pas pu effectuer. Elle a sollicité des traitements de la part de nombreux spécialistes et de son médecin de famille.
- b) Elle a de la douleur aux épaules et au poignet (attelle de poignet), des problèmes aux genoux, est incapable de se pencher, souffre d'anxiété et de dépression et voit son psychiatre périodiquement. Elle a de la difficulté en raison de limitations fonctionnelles quotidiennes, dont une incapacité à soulever, transporter ou tenter d'atteindre des objets. Elle ne peut s'acquitter d'aucune tâche domestique. Elle a

de la difficulté à s'endormir et est fatiguée durant le jour, et son niveau d'énergie est faible. Elle a des difficultés de concentration et de mémoire.

- c) Son expérience de travail est dans l'emballage. Son niveau d'instruction se limite à celui acquis en Inde. Ses compétences en anglais sont limitées. Elle ne peut pas conduire par elle-même. Elle indique qu'elle conduit deux ou trois fois par mois. Compte tenu de tous ses problèmes de santé, elle est incapable de détenir régulièrement une occupation véritablement rémunératrice.
- d) Le dossier médical étaye l'appel. Les rapports du médecin de famille et du psychiatre indiquent qu'elle est inapte à tout travail.

[80] L'intimé soutient que l'appelante n'est pas admissible à une pension d'invalidité pour les raisons suivantes :

- a) Selon le rapport d'endocrinologie d'avril 2010, elle se sentait bien et n'avait aucun symptôme d'hyperthyroïdie ou d'hypothyroïdie. L'échographie de la glande thyroïde révélait de petits nodules stables. Le rapport a conclu qu'elle était stable du point de vue de la fonction thyroïdienne.
- b) Selon le rapport de cardiologie de mai 2011, elle ressentait un inconfort à la poitrine et un essoufflement consécutif à un effort physique modéré. L'échocardiogramme a révélé une fonction cardiaque normale et l'angiographie n'a révélé aucune anomalie cardiaque. Bien qu'elle puisse ne pas pouvoir faire un travail physique, l'information n'appuie pas une conclusion qu'elle n'est capable de faire aucun type de travail.
- c) Selon le rapport du médecin de famille, elle a une douleur à l'épaule droite depuis février 2006. Le rapport indique qu'il y avait une sensibilité à l'épaule et une amplitude des mouvements réduite, possiblement due à une bursite. Cependant, le rapport ne fait état d'aucune pathologie physique grave. Bien que cela puisse limiter sa capacité d'exécuter certains emplois, cela ne devrait pas l'empêcher d'exécuter tous les types d'emplois.

- d) Selon le rapport du médecin de famille de mars 2012, elle éprouve de l'anxiété et une dépression depuis 1992. Or, il n'y a aucune information au dossier étayant qu'elle aurait reçu des médicaments ou tout autre type de traitement. Elle a été capable de détenir un emploi rémunérateur et rien au dossier n'indique que son état a empiré.
- e) Les rapports supplémentaires soumis par l'appelante (GT6) datent de plus de deux ans après la date marquant la fin de la PMA. Ils ne reflètent pas nécessairement sa situation de santé en date de la fin de la PMA. La consultation initiale en psychiatrie (Dr Dhaliwal) a eu lieu en octobre 2012, près de deux ans après la fin de la PMA. Elle n'avait encore jamais consulté de psychiatre ni n'avait d'antécédents de médicaments pour des problèmes psychiatriques. L'information psychiatrique supplémentaire est datée de près de cinq ans après la fin de la PMA. De même, les notes cliniques du Dr Grewal datées d'août 2013 à novembre 2014, le rapport de pharmacologie (mai 2013 à février 2015) et les résultats d'épreuves de laboratoire (décembre 2014) datent tous de bien longtemps après la fin de la PMA. Le rapport d'électromyographie du Dr Koponen (septembre 2013) n'appuyait pas une conclusion d'invalidité grave, mais décrivait une amélioration dans le résultat de l'évaluation nerveuse visant les extrémités supérieures depuis 2012.
- f) Bien qu'il soit possible qu'elle ne puisse pas accomplir son travail habituel, elle devrait être en mesure d'exécuter un autre type de travail.

ANALYSE

[81] L'appelante doit prouver, selon la prépondérance des probabilités, qu'elle était atteinte d'une invalidité grave et prolongée le 31 décembre 2010 ou avant cette date.

Invalidité grave

[82] Le Tribunal n'est pas convaincu que l'invalidité de l'appelante était grave à la date à laquelle la PMA a pris fin ou avant cette date.

Anxiété/dépression

[83] Le Tribunal n'est pas convaincu qu'à la date à laquelle la PMA a pris fin ou avant cette date l'appelante souffrait d'anxiété et de dépression suffisamment invalidantes pour la rendre incapable de détenir régulièrement une occupation véritablement rémunératrice. Bien que dans son rapport du 19 mars 2012, le Dr Grewal déclare que l'appelante souffrait d'anxiété et de dépression depuis août 1992, le Tribunal remarque qu'elle a été capable de travailler malgré ces problèmes de santé jusqu'en septembre 2007 (voir le questionnaire rempli par l'appelante).

[84] Fait important à souligner, l'appelante n'a commencé à voir le Dr Dhaliwal, psychiatre, qu'en 2012. Bien que le Dr Dhaliwal ait déclaré qu'elle avait des douleurs depuis 10 ans et que la dépression s'est installée avec le temps, il n'a pas vu l'appelante à la fin de la PMA ou vers cette date et ne pouvait pas fournir une opinion contemporaine quant au caractère invalidant de son ou ses problèmes psychologiques.

[85] Le Tribunal a examiné la liste des médicaments fournie par l'appelante. Celle-ci ne semble pas s'être fait prescrire des médicaments pour l'anxiété et la dépression à la fin de la PMA ou vers cette date. Lors de la consultation du 20 avril 2006 pour sa glande thyroïde, le Dr Dharmalingam a indiqué que l'appelante ne prenait aucun médicament. Selon son rapport du 29 avril 2010, elle prenait de la Levothyroxine. Dans son rapport du 28 février 2011 (datant de peu après la fin de la PMA), le Dr Qureshi a indiqué que l'appelante prenait de l'Atenolol, de l'Atacand, du Synthroid et de l'aspirine.

[86] Le Tribunal a aussi examiné les notes cliniques du Dr Grewal, et il n'est pas convaincu qu'elles étayaient l'existence d'une symptomatologie d'anxiété ou de dépression suffisamment invalidantes à la fin de la PMA ou vers cette date qui feraient en sorte que l'appelante était atteinte d'une invalidité grave et prolongée au sens du *Régime de pensions du Canada*. Bien que le Dr Grewal ait indiqué dans une note clinique de 2006 que l'appelante était anxieuse et que dans une note du 20 janvier 2010, il ait indiqué qu'elle était nerveuse et anxieuse, entre ces deux dates et la date de la fin de la PMA il n'a fait état d'aucune symptomatologie ni de prescription de médicaments pour ces questions de santé.

[87] Tout bien considéré, compte tenu de l'absence de traitement actif, de traitement pharmacologique et de renvoi ou consultation psychiatrique à la date à laquelle la PMA a pris fin ou avant cette date, le Tribunal n'est pas convaincu que l'invalidité mentale de l'appelante était grave au sens du *Régime de pensions du Canada* à la date à laquelle la PMA a pris fin ou avant cette date.

Ménopause

[88] Le Dr Grewal a inclus la ménopause parmi les diagnostics de l'appelante. Rien dans la preuve présentée au Tribunal n'indique que cette question de santé aurait rendu l'appelante gravement invalide au sens du *Régime de pensions du Canada* à la date à laquelle la PMA a pris fin ou avant cette date.

Hypothyroïdie

[89] Le Tribunal n'est pas convaincu que ce problème de santé rendait l'appelante incapable de détenir régulièrement une occupation véritablement rémunératrice à la date à laquelle la PMA a pris fin ou avant cette date.

[90] Dans son rapport du 29 avril 2010, le Dr Dharmalingam, endocrinologie, a indiqué que l'appelante se sentait bien n'avait aucun symptôme d'hyperthyroïdie ou d'hypothyroïdie. Une échographie de la glande thyroïde montrait de petits nodules qui étaient demeurés stables pendant un certain nombre d'années. Il n'a pas fixé de rendez-vous de suivi.

[91] Rien dans la preuve médicale présentée au Tribunal n'étaye une conclusion que ce problème de santé n'était pas adéquatement contrôlé à la fin de la PMA ou vers cette date. Le Tribunal accepte la preuve présentée par l'appelante selon laquelle ce problème de santé est contrôlé avec la prise de médicaments.

Hypertension

[92] Le Tribunal n'est pas convaincu que ce problème de santé était gravement invalidant à la date à laquelle la PMA a pris fin ou avant cette date. Dans son rapport du 29 avril 2010, le Dr Dharmalingam a indiqué que l'appelante avait une tension artérielle de 130/80. Dans une

note clinique datée du 25 novembre 2010, le Dr Grewal a noté une tension artérielle de 120/78. Dans son rapport du 28 février 2011, le Dr Qureshi, cardiologie, a indiqué que sa tension artérielle était de 132/80. Le 11 mai 2011, le Dr Raco a indiqué que sa tension artérielle était de 132/84 avec un pouls de 66.

[93] Rien dans la preuve médicale présentée au Tribunal n'étaye une conclusion que ce problème de santé n'était pas adéquatement contrôlé avec la prise de médicaments à la date à laquelle la PMA a pris fin ou avant cette date.

Douleur thoracique du côté gauche à l'effort

[94] L'appelante a reçu un diagnostic de douleur thoracique du côté gauche à l'effort. Selon le Dr Raco, elle avait des symptômes correspondant à une angine de classe II établie par la Société canadienne de cardiologie. Le Tribunal n'est pas convaincu que des symptômes correspondant à une angine de classe II empêcheraient l'appelante d'exécuter un travail sédentaire ou des tâches non exigeantes au plan physique.

Douleur bilatérale aux épaules, douleur et engourdissement aux 3e et 4e doigts de la main gauche et douleur au dos, aux jambes et à tout le corps

[95] Le Tribunal n'est pas convaincu qu'à la date à laquelle la PMA a pris fin ou avant cette date, l'appelante éprouvait une douleur à l'épaule gauche ou aux 3^e et 4^e doigts de la main gauche d'une intensité telle qu'elle la rendait gravement invalide au sens du *Régime de pensions du Canada*.

[96] Selon le rapport du Dr Grewal daté du 19 mars 2012, l'appelante s'était plainte de douleur bilatérale aux épaules et d'engourdissement des 3^e et 4^e doigts de la main gauche en raison du syndrome du canal carpien le 21 juillet 2011, ce qui est après la fin de la PMA.

[97] Le 3 avril 2012, le Dr Koponen a diagnostiqué un syndrome du canal carpien bilatéral, nécessitant le port d'attelles de poignet. Aucun rapport médical ou élément de preuve n'ont été présentés au Tribunal qui appuieraient une conclusion que le syndrome du canal carpien bilatéral aurait rendu l'appelante gravement invalide à la date à laquelle la PMA a pris fin ou avant cette date. En outre, dans son rapport de septembre 2013, le Dr Koponen a indiqué qu'à l'examen l'appelante n'avait aucune lésion, que les résultats des évaluations étaient bien

meilleurs comparativement aux résultats de 2012 et qu'elle avait un inconfort par temps pluvieux ou froid, avec peut-être une composante arthritique à ses symptômes. Le Tribunal n'est pas convaincu que la description que le Dr Koponen a faite en septembre 2013 du syndrome du canal carpien bilatéral de l'appelante correspond à une invalidité grave au sens du *Régime de pensions du Canada*.

[98] Dans son rapport du 11 octobre 2012, date ultérieure à la fin de la PMA, le Dr Dhaliwal a indiqué que l'appelante faisait état d'arthrite dans ses bras, ses mains, ses épaules, son dos et ses jambes et qu'elle avait de la douleur dans tout le corps.

[99] Dans son rapport du 24 août 2012, date ultérieure à la fin de la PMA, le Dr Grewal a indiqué que l'appelante s'était plainte de douleur à la cheville et au genou droits lors de sa dernière visite à son cabinet, le 15 août 2012.

[100] Aucun élément de preuve, rapport médical ou résultats d'épreuves contemporains à la fin de la PMA n'ont été présentés au Tribunal qui appuieraient une conclusion que l'appelante souffrait de douleurs invalidantes au dos, aux jambes et dans tout le corps à la date à laquelle la PMA a pris fin ou avant cette date.

[101] Le Tribunal est cependant convaincu que l'appelante s'est plainte de douleur à l'épaule droite après son travail le 16 février 2006. Selon les notes cliniques du Dr Grewal, l'appelante a indiqué qu'elle était sensible au bord antérieur de l'acromion et elle était limitée dans sa capacité de lever le bras, possiblement en raison d'une bursite. De même, l'appelante a indiqué le 16 mai 2006 que la douleur a commencé à irradier du cou vers le bras, ce qui était en raison de radiculopathie de l'avis du Dr Grewal.

[102] Le Tribunal souligne qu'il n'a été saisi d'aucun rapport de spécialiste ou de consultations décrivant le problème de l'épaule droite entre la période où l'appelante a cessé de travailler et la fin de la PMA et décrivant les limitations fonctionnelles et les interventions thérapeutiques. Durant son témoignage oral, l'appelante a mentionné de façon générale des séances de physiothérapie après qu'elle eut cessé de travailler, mais sa description portait sur ses poignets et ses genoux et non sur son épaule droite.

[103] Se fondant sur les notes cliniques du Dr Grewal, qui indiquent que l'appelante avait, en février 2006, de la difficulté à hausser l'épaule droite et son rapport de mars 2012 attestant qu'elle avait une douleur aux deux épaules (ce qui indiquerait qu'elle avait une douleur continue à l'épaule droite), le Tribunal est prêt à accepter que l'appelante a continué d'avoir une douleur à l'épaule droite et qu'à la date à laquelle la PMA a pris fin ou avant cette date elle aurait été incapable de faire un travail physiquement exigeant ou répétitif, ou d'exécuter des tâches au-dessus du niveau de la tête.

[104] Le Tribunal n'est toutefois pas convaincu que l'impact cumulatif de la légère angine de classe II de l'appelante et sa capacité limitée de soulever l'épaule droite l'auraient empêchée de détenir une occupation véritablement rémunératrice à la date à laquelle la PMA a pris fin ou avant cette date, y compris un travail sédentaire ou aux tâches allégées ou une réorientation professionnelle pour occuper un emploi tenant compte de ses restrictions.

[105] Le Tribunal souligne que les tâches modifiées que l'appelante exécutait étaient encore à caractère répétitif. Bien qu'elle puisse s'asseoir, elle effectuait de l'emballage, ce qui comportait des mouvements répétitifs du membre supérieur droit, même si les articles étaient moins lourds. Le Tribunal n'est pas convaincu que cet effort de travail exclut la possibilité de faire un travail sédentaire qui ne comporterait pas de faire des mouvements répétitifs avec le membre supérieur droit.

[106] Le Tribunal est convaincu, en outre, que compte tenu de ses facteurs personnels, dont son âge à la fin de la PMA (54 ans), son niveau d'instruction (10^e année en Inde) et sa connaissance élémentaire de l'anglais, l'appelante possédait une capacité résiduelle de faire un travail léger ou de se recycler, p. ex. d'améliorer ses compétences en anglais pour faire un travail léger tenant compte de ses restrictions physiques.

[107] L'arrêt *Inclima c. Canada (Procureur général)*, 2003 CAF 117 (CanLII), au paragraphe [3], est ainsi libellé :

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.

[108] D'après les faits de l'espèce, l'appelante n'a pas convaincu le Tribunal qu'elle a fait des efforts pour essayer d'effectuer un travail sédentaire ou de se recycler pour effectuer du travail qui convient compte tenu de ses restrictions physiques, et n'a pas démontré que ses efforts ont échoué pour des raisons de santé.

[109] Malgré que l'appelante a déclaré dans son témoignage qu'à la fin de la PMA, elle avait de la fatigue, de la douleur, de l'anxiété et des limitations fonctionnelles, le Tribunal nourrit de sérieuses réserves quant à crédibilité de l'appelante et n'est pas disposé à conclure, sur la foi de son témoignage oral, que ses symptômes et ses restrictions fonctionnelles étaient tels qu'ils la rendaient gravement invalide au sens du *Régime de pensions du Canada* à la date à laquelle la PMA a pris fin ou avant cette date.

[110] Le Tribunal prend note que la première fois que l'appelante a témoigné, elle a déclaré qu'elle n'avait jamais suivi de cours d'apprentissage de l'anglais en Inde. Cependant, lorsque le Tribunal a confirmé auprès de l'appelante qu'elle avait fait l'examen de conduite écrit et l'examen pratique en anglais et qu'il lui a demandé où elle avait appris l'anglais, l'appelante a déclaré qu'elle l'avait appris à l'école en Inde.

[111] Le Tribunal est d'avis que l'appelante était très évasive lorsqu'elle devait répondre à la simple question de savoir si elle communiquait avec les enseignants de ses enfants en anglais. Elle a répondu par la négative initialement, mais lorsque le Tribunal a continué de l'interroger à ce sujet, elle a concédé qu'elle pouvait comprendre « un petit peu » et parler « un petit peu » en anglais lorsqu'elle et son mari assistaient aux rencontres parents-enseignants.

[112] De même, l'appelante a d'abord déclaré sans ambiguïté dans son témoignage qu'elle ne conduit pas. Elle a dit que la dernière fois qu'elle a conduit, c'était il y a de cela plusieurs années. Cependant, elle a ajouté de façon quelque peu ambiguë qu'elle ne conduit pas seule, mais va à l'extérieur avec quelqu'un. Elle n'a toutefois pas dit dans son témoignage que quelqu'un l'accompagne comme passager dans la voiture pendant qu'elle conduit. Elle avait manifestement l'intention de donner à penser au Tribunal qu'elle ne conduit pas à l'heure actuelle. Ce n'est qu'après que le Tribunal lui a posé des questions à ce sujet que l'appelante a clarifié qu'elle conduit actuellement. Elle a déclaré que la dernière fois qu'elle a conduit était il

y a environ deux semaines avant l'audience et qu'elle peut conduire jusqu'à deux ou trois fois par mois. Elle a souligné qu'elle a besoin d'un passager en raison de son anxiété.

[113] Le Tribunal est d'avis que les incohérences entre les déclarations que l'appelante donnait de son propre chef durant son témoignage et celles qu'elle a données en réponse aux questions du Tribunal, dans le pire des cas, jettent le doute sur sa franchise et son honnêteté comme témoin, dans le meilleur des cas, jettent le doute sur l'exactitude et la fiabilité de son témoignage. De même, sa déclaration qu'elle conduit jusqu'à deux ou trois fois par semaine soulève aussi des questions concernant la nature, le degré et la gravité de ses problèmes de concentration et de douleur aux poignets et à l'épaule. Bien que le Tribunal a pris note que l'appelante a déclaré que ses déplacements en auto sont brefs, peu fréquents et qu'il lui faut qu'elle ait un passager dans l'auto, néanmoins le Tribunal remarque que l'appelante est capable de conduire, ce qui nécessite qu'elle puisse se servir de ses mains, ses poignets, ses bras et ses épaules, et qui, de plus, exige une concentration directe de sa part, nonobstant le passager. Le Tribunal souligne en outre que l'explication fournie par l'appelante selon laquelle elle a conduit deux semaines auparavant pour visiter un membre de sa famille ne concorde pas avec la teneur du rapport du Dr Dhaliwal daté du 14 février 2015, dans lequel il indique que l'appelante évite de sortir en raison de l'anxiété et est incapable de socialiser.

[114] Pour conclure, le Tribunal n'est pas convaincu, après avoir examiné attentivement le dossier médical et le témoignage de l'appelante, que son invalidité était grave au sens du *Régime de pensions du Canada* à la date à laquelle sa PMA a pris fin ou avant cette date.

Invalidité prolongée

[115] Puisque j'ai conclu que l'invalidité de l'appelante n'était pas grave, il n'est pas nécessaire de rendre une décision concernant le critère d'invalidité prolongée.

CONCLUSION

[116] L'appel est rejeté.

Jeffrey Steinberg

Membre de la division générale – Sécurité du revenu