

[TRADUCTION]

Citation : *I. R. c. Ministre de l'Emploi et du Développement social*, 2015 TSSDGSR 102

Date : Le 4 septembre 2015

Numéro de dossier : GT-120179

DIVISION GÉNÉRALE - Section de la sécurité du revenu

Entre:

I. R.

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 devant initialement se tenir par vidéoconférence le 11 août 2015

MOTIFS ET DÉCISION

INTRODUCTION

[1] L'intimé a estampillé la demande de pension d'invalidité du Régime de pensions du Canada (RPC) de l'appelante le 22 mars 2011. L'intimé a rejeté la demande lors de sa présentation initiale puis après révision. L'appelante a interjeté appel, devant le Bureau du Commissaire des tribunaux de révision (BCTR), de la décision découlant de la révision, et cet appel a été transféré au Tribunal de la sécurité sociale (Tribunal) en avril 2013.

QUESTIONS PRÉLIMINAIRES

[2] L'audience dans le cadre de cet appel devait initialement avoir lieu par vidéoconférence pour les raisons données dans l'avis d'audience (« l'avis »), daté du 14 octobre 2014.

[3] Tout compte fait, le Tribunal est convaincu que l'appelante a reçu l'avis. Le dossier du Tribunal confirme que l'avis a été signé au nom de l'appelante par quelqu'un qui habitait à la dernière adresse figurant dans le dossier du Tribunal. L'avis a aussi été signé au nom de l'appelante à l'adresse donnée par le représentant de l'appelante (représentant). Le Tribunal remarque que l'adresse que le représentant a donnée est l'adresse de l'Ordre royal des chirurgiens-dentistes de l'Ontario. L'avis a aussi été signé au nom de l'appelante grâce à la mention suivante : [*traduction*] « Royal Chirugiens ».

[4] Un examen du dossier permet de conclure que l'agent de gestion des cas (AGC) du Tribunal a communiqué avec le représentant avant de fixer la date de l'audience pour confirmer les disponibilités de l'appelante et de son représentant à la date et à l'heure prévues dans l'avis.

[5] À la date de l'audience, le 11 août 2015, le membre du Tribunal a attendu jusqu'à une demi-heure après l'heure prévue de l'audience. Cependant, ni l'appelant ni son représentant n'ont assisté à l'audience ou communiqué avec le Tribunal avant ou après l'audience afin d'expliquer leur absence.

[6] Le jour de l'audience le responsable de la gestion la clientèle a communiqué avec le représentant et lui a laissé un message lui demandant pourquoi l'appelante et lui ne s'étaient pas présenté à l'audience. Le responsable a demandé qu'on le rappelle le plus tôt possible. Il a aussi contacté l'appelante deux fois par téléphone et a parlé à son fils, qui lui a promis de faire le message à l'appelante de le rappeler le lendemain. Le jour suivant, le 12 août 2015, le responsable de la gestion de la clientèle a laissé un autre message au représentant et lui a redemandé de le rappeler au sujet de son absence à l'audience. Le responsable a aussi appelé l'appelante. Cependant, comme elle n'avait pas de boîte vocale, il n'a pu laisser un message. Le 20 août 2015, le responsable a téléphoné à l'appelante et à son représentant. Encore une fois, il n'a pas pu laisser de message vocal à l'appelante (aucune boîte vocale) et a laissé un troisième message au représentant. Le 25 août 2015, l'AGC a téléphoné à l'appelante et à son représentant. Il n'a pu laisser de message vocal à l'appelante. Il n'a pas laissé d'autre message au représentant, qui ne l'avait jamais rappelé.

[7] Aux termes du paragraphe 12(1) du *Règlement sur le Tribunal de la sécurité sociale* (Règlement), si une partie omet de se présenter à l'audience, le Tribunal peut procéder en son absence s'il est convaincu qu'elle a été avisée de la tenue de l'audience. En l'espèce, le Tribunal est convaincu que l'appelante et son représentant ont vraisemblablement reçu l'avis. Le Tribunal a décidé de poursuivre en l'absence de l'appelante et de rendre sa décision en se fondant sur les observations et les documents versés au dossier d'audience, pour les raisons suivantes.

- Le représentant a approuvé l'heure et la date fixées avant la date prévue par le Tribunal.
- Les avis envoyés à l'appelante et à son représentant ont été signés par une personne à l'adresse que ces derniers avaient donnée au Tribunal.
- Le Tribunal a fait des efforts plusieurs fois pour contacter l'appelante et son représentant pour connaître la raison de leur absence à l'audience. Aucun d'eux n'a cru bon de rappeler le Tribunal pour donner une explication.

[8] L'alinéa 3(1)a) du *Règlement sur le Tribunal de la sécurité sociale* exige que le

Tribunal veille à ce 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. Le Tribunal est d'avis qu'il ne s'agit ni d'une injustice ni d'un manque de respect d'un principe de justice naturelle que de poursuivre à l'audience, étant donné l'omission de l'appelante et de son représentant d'assister à l'audience ou de donner des explications (soit avant, ou dans un délai raisonnable après l'audience) quant à leur absence à celle-ci.

DROIT APPLICABLE

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

[10] L'alinéa 44(1)*b*) de la Loi, énonce les critères d'admissibilité à une pension d'invalidité du Régime de pensions du Canada. 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 une 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).

[11] 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.

[12] Aux termes de l'alinéa 42(2)*a*) de la Loi, pour être invalide, une personne doit être atteinte d'une invalidité physique ou mentale grave et prolongée. Une invalidité n'est grave que si elle rend la personne 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 doit entraîner vraisemblablement le décès.

QUESTION EN LITIGE

[13] Le Tribunal doit décider de la PMA de l'appelante, qui a pris fin le 31 décembre 2006. Le Tribunal doit aussi déterminer s'il est plus probable qu'improbable que l'appelant ait été atteint d'une invalidité grave et prolongée à la date à laquelle sa PMA a pris fin ou avant cette date.

PREUVE

Preuve documentaire

[14] Dans son questionnaire relatif aux prestations d'invalidité du RPC daté du 8 février 2011, l'appelante a indiqué qu'elle avait travaillé comme ouvrière entre le 2 février 2004 et le 18 janvier 2005. Elle a terminé sa douzième année. Elle a cessé de travailler en raison d'une douleur chronique aux mains. En 2005, elle a présenté une demande à la CSPAAT en raison d'un syndrome du canal carpien (STC) à la main gauche. Elle a déclaré qu'elle ne pouvait utiliser sa main gauche, même partiellement, et que sa main droite la faisait aussi souffrir. Elle éprouve de la difficulté à se concentrer et les situations sociales la rendent nerveuse. Elle a aussi de la difficulté à dormir et souffre de dépression. Elle éprouve de la difficulté à se laver les cheveux et à se doucher à l'aide de la main gauche. Elle doit se fier à son conjoint pour effectuer les tâches d'entretien ménager. Elle entend mal des deux oreilles et éprouve des problèmes de concentration et de mémoire. Elle conduit seulement sur de courtes distances en raison de la douleur et de ses problèmes de concentration. On lui a prescrit du Lenoltec, du Zopiclone, de l'Arthrotec-Diclofenac, du Ranitidine et du Bromazepam.

[15] Le 1^{er} février 2011, le Dr Fernandez, médecin de famille, a rempli le rapport médical aux fins du RPC. Il a déclaré qu'il connaissait l'appelante depuis 2010 et avait diagnostiqué

chez elle 1) un trouble anxieux; 2) une dépression chronique; 3) une fibromyalgie; 4) une épicondylite latérale au bras gauche; 5) des douleurs au canal carpien découlant d'une intervention chirurgicale; et 7) une tendinite à la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. Il a déclaré qu'elle avait subi un accident du travail à la main gauche en 2005 et avait développé une tendinite à la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, de la fibromyalgie, un trouble anxieux, une dépression et un trouble de douleur chronique. On lui a prescrit du Mirtazepine, du Bromazepam, du Tylenol et du Zopiclone. À la rubrique pronostic, il a déclaré qu'elle souffrait d'une invalidité prolongée, grave et importante qui la rendait totalement incapable de trouver un emploi réellement rémunérateur.

[16] Le 22 septembre 2006, Andrea Sidon, physiothérapeute agréé, a indiqué que l'appelante était incapable de se servir de sa main gauche et qu'elle présentait une enflure importante, une réduction de l'amplitude de mouvement, une hypersensibilité et de la douleur. Un rendez-vous de suivi était prévu 2 ou 3 jours plus tard relativement à des traitements de physiothérapie prévus pour les 10 à 12 prochaines semaines, à raison de 2 à 3 fois par semaine.

[17] Selon un rapport d'évolution de la situation du travailleur daté du 23 octobre 2006 et du 13 novembre 2006, l'appelante était toujours aux prises avec une douleur continue, particulièrement quand sa main demeurait immobile, et des engourdissements aux doigts.

[18] Selon un rapport d'évolution du 20 octobre 2006 d'un professionnel de la santé et selon une demande de prolongation des traitements remplie par Madame Sidon, l'appelante était incapable de travailler. Le rétablissement de l'appelante a été retardé, entre autres, par une « faible réaction à l'intervention chirurgicale ».

[19] Le 30 décembre 2008, le Dr Arbitman, psychiatre, a signalé qu'il avait rencontré l'appelante. Il a indiqué qu'elle a subi une blessure au membre supérieur gauche en janvier 2005 et a été opérée à la main gauche. Elle se plaignait de douleurs au membre supérieur gauche, de troubles du sommeil et d'un manque d'appétit. Elle était renfermée, irritable et avait des difficultés dans la plupart de ses activités de la vie quotidienne. Le Dr Arbitman a diagnostiqué un trouble de l'adaptation et un trouble douloureux avec anxiété et dépression. Il a augmenté sa posologie de Paroxetine et lui a suggéré d'assister à des séances de psychothérapie de soutien.

[20] Le 9 octobre 2009, Dr Ngan a écrit à la CSPAAT. Elle a signalé que l'appelante s'était

blescée à l'avant-bras gauche à l'occasion de son travail. En septembre 2005, l'examen électrophysiologique a confirmé la compression du nerf médian bilatéral. L'appelante a subi une décompression en août 2006. Elle a été congédiée en février 2006 et, depuis, n'a jamais été capable de travailler. Elle éprouve une douleur constante du côté gauche, davantage qu'aux alentours du poignet droit. Elle a été traitée à l'aide de médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens. À la clinique de la main de l'ouest de Toronto, on n'a pas proposé davantage de traitement. À l'examen, elle manifestait de la douleur à la partie ventrale du bras gauche, de la paume jusqu'en bas du coude. La douleur irradiait jusqu'à l'extrémité proximale supérieure et s'intensifiait au moment de bouger la main et le poignet gauches, que ce soit en soulevant, en poussant ou en tirant des charges. Son poignet gauche avait une amplitude de mouvement limitée, que ce soit en flexion ou en extension. Lever le bras droit au-dessus de l'épaule était aussi douloureux. Elle avait aussi de la douleur au poignet et à l'avant-bras droit en atteignant une amplitude de mouvement maximale.

[21] Le 17 janvier 2010, le Dr Couperthwaite, MA Phd, psychologue interne et le Dr Bacchiochi, PhD. C. Psych, chef de l'équipe d'évaluation, Programme des traumatismes psychologiques, Centre de toxicomanie et de santé mentale ont présenté les résultats de leur évaluation de l'appelante. Ils ont évalué son état psychologique en ce qui concerne son accident de travail. L'appelante a signalé qu'elle s'était blessée au travail le 18 janvier 2005 et n'avait pas occupé d'emploi depuis le 18 juin 2005. Cependant, la CSPAAT l'a envoyée à des cours d'anglais langue seconde « pendant plusieurs mois », même si elle ne pouvait pas se souvenir quand ni pour combien de temps elle y a assisté. Elle a affirmé que son médecin de famille l'avait adressée au Dr Arbitman pour des soins psychiatriques moins d'un an auparavant, et qu'elle l'avait vu une fois par mois au sujet des médicaments. Elle a décrit ses difficultés actuelles relativement à la douleur aux mains, à l'incapacité de travailler, à l'humeur dépressive, au sentiment d'être inutile et à la perte de cheveux. Elle souffrait également de maux de tête. Selon les Drs Couperthwaite et Bacchiochi, les résultats du test de simulation de la mémoire servant à faire la distinction entre les troubles authentiques de mémoire et les troubles simulés ont soulevé certaines questions selon lesquelles l'appelante n'aurait pas fourni un effort maximal et se serait présentée comme étant une personne atteinte de façon plus importante que ses symptômes ne le laissaient croire. Cependant, même si l'examen de son [traduction] « inventaire structuré des symptômes signalés » permettant de jauger la

simulation laissait supposer une variabilité de ses réponses, les résultats du test indiquaient qu'il était impossible de déterminer si son style de réponse général était honnête ou résultait d'une simulation. Au terme d'une évaluation psychologique, ils ont conclu que l'appelante satisfaisait aux critères du DSM IV relatifs à un épisode de dépression majeure, au trouble douloureux modéré associé aux facteurs psychologiques et à l'état de santé général, à la simulation (troubles de la mémoire) et à une EGF de 55. Elle a aussi présenté une vaste gamme de symptômes psychologiques (phobie des hauteurs et de la noirceur, comportement obsessionnel compulsif et peurs hypocondriaques). Cependant, elles ont déclaré que leur confiance envers la précision de ces symptômes supplémentaires était limitée puisqu'ils se sont déclarés après la blessure, étaient nombreux et n'étaient pas tout à fait en rapport avec la blessure en elle-même. Ils ont déclaré : « On pense que ces symptômes pourraient être influencés par d'autres motivations. » Ils ont conclu que l'appelante était incapable de retourner travailler « en ce moment, étant donné sa douleur, ses perceptions à l'égard de l'invalidité et la gravité de ses symptômes dépressifs. Le pronostic quant au retour au travail de l'appelante serait mauvais. Parmi les indicateurs négatifs, on retrouve la comorbidité entre la douleur et la dépression, les aptitudes linguistiques limitées en anglais, le conflit avec l'employeur chez qui elle a subi l'accident, la sous-utilisation des réseaux sociaux, la perception d'une invalidité profonde, le mode d'adaptation passif, la longue durée de l'invalidité, les compétences professionnelles limitées et la peur de se blesser à nouveau. » Le niveau élevé de peur de la douleur chez l'appelante et sa perception d'une profonde invalidité et d'une douleur chronique étaient des obstacles à son rétablissement. Ils ont recommandé une intervention psychothérapeutique sous forme de thérapie cognitivo comportementale contre la dépression. Subsidiairement, l'appelante pourrait être adressée à un programme multidisciplinaire de gestion de la douleur. Dans leur rapport, les Drs Couperthwaite et Bacchiochi ont résumé les rapports médicaux suivants :

- a) Le rapport de neurophysiologie du Dr Chaiton daté du 20 septembre 2005 indiquait que l'appelante s'était blessée, un balai lui frappant l'avant-bras gauche, le poignet gauche et la main gauche. Les examens électrophysiologiques étaient jugés anormaux. Elles confirmaient la présence d'une compression modérément grave du nerf bilatéral médian (STC) du côté gauche. Le Dr Chiaton a diagnostiqué une

douleur chronique dans la région du poignet reliée à une expérience post-traumatique liée au travail. Il a déclaré que l'intervention chirurgicale ne lui procurerait aucun soulagement puisque ses symptômes n'étaient « pas typiques d'une compression du nerf médian du canal carpien ». Il n'a décelé aucun autre problème neuromusculaire qui aurait pu expliquer qu'elle se plaigne de douleurs chroniques indépendamment du moment de la journée, de la position ou de l'activité en jeu.

- b) Une lettre du 9 novembre 2005 du Dr Samuel, chirurgien esthétique, indiquant que l'appelante avait déclaré avoir eu un accident en étant heurtée par un morceau de métal qui lui a causé des ecchymoses. Il avait l'impression que sa conduction nerveuse témoignait de la présence d'un syndrome du canal carpien modérément grave. Le Dr Samuel a recommandé de procéder à la décompression du nerf médian gauche.
- c) Un protocole opératoire, daté du 29 août 2006, du *Humber River Regional Hospital* indiquait que l'appelante avait subi une intervention chirurgicale relative à un syndrome du canal carpien. Son cas fut par la suite jugé satisfaisant.
- d) Un rapport de consultation, daté du 23 octobre 2006, dans lequel le Dr Samuel du *Humber River Regional Hospital* déclarait que les points de suture de l'appelante avaient été retirés et qu'elle pouvait effectuer des tâches légères, le cas échéant, dans environ une à deux semaine(s).
- e) Un rapport du 22 septembre 2006, rédigé par A. Sidon, physiothérapeute agréé, indiquait que l'appelante était incapable de se servir de sa main gauche et présentait une enflure importante, une réduction de l'amplitude de mouvement, une hypersensibilité et de la douleur.
- f) Selon des rapports d'évolution de la situation du travailleur datés du 23 octobre 2006 et du 13 novembre 2006, l'appelante était toujours aux prises avec une douleur continue, particulièrement quand sa main demeurait immobile, et des engourdissements aux doigts.

- g) Un rapport d'évolution d'un professionnel de la santé daté du 20 octobre 2006 et une demande de prolongation des traitements de physiothérapie remplie par Mme Sidon déclarant que l'appelante était incapable de travailler et que son rétablissement a été retardé, entre autres, par une « faible réaction à l'intervention chirurgicale ».
- h) Un rapport de la commission des accidents du travail daté du 30 décembre 2006, rempli par l'appelante, indiquait des blessures au bras gauche, au poignet gauche, à la main gauche et aux doigts de la main gauche. Elle a déclaré que son avant-bras et sa main gauche se sont heurtés alors qu'elle travaillait avec une machine. Le fait de remplir les moules avec un mélange chimique liquide lui a causé de la douleur. Elle devait tendre le bras jusqu'à la hauteur de la poitrine ou de l'épaule puis abaisser la glissière d'un distributeur. Une fois la mousse durcie, elle devait la retirer du moule. Ce mouvement lui causait de la douleur puisqu'elle devait le répéter de façon continue, ce qui porte à croire qu'elle aurait subi une lésion due aux mouvements répétitifs.
- i) Une lettre du 30 décembre 2008 du Dr Arbitman, psychiatre, dans laquelle ce dernier déclarait que l'appelante souffrait de troubles psychologiques, y compris « un trouble d'adaptation et un trouble douloureux avec anxiété et dépression ».
- j) Le dossier du 4 février 2009 du service de l'urgence de York Central indiquait qu'elle s'était blessée à la tête après être tombée du haut de deux marches à la suite d'un épisode de vertige accompagné de vomissements. Elle s'était plainte d'un sérieux mal de tête et d'un torticolis.

[22] Le 24 février 2010, le Dr Bender, du programme de traumatismes psychologiques, et psychiatre en chef du programme sur les troubles de l'humeur et d'anxiété du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSM), a fait un compte rendu de son évaluation de l'appelante du 26 janvier 2010. Il a mentionné qu'elle n'avait pas travaillé depuis qu'elle s'était blessée au travail et qu'elle recevait actuellement des prestations de la CSPAAT. L'appelante a

déclaré qu'elle avait fait une dépression des suites de ses limitations physiques et de son incapacité à travailler ou à s'occuper de sa famille. Elle a mentionné qu'elle était incapable de faire quoi que ce soit en raison de la douleur, ce qui donnait lieu à des tensions avec son conjoint et à d'importantes préoccupations au sujet de la perte de ses fonctions. Elle a dit qu'elle se sentait triste la plupart du temps et qu'elle vivait des moments d'anxiété. Elle a aussi mentionné qu'elle était plus irritable et qu'elle ruminait sa perte d'emploi. Elle a aussi fait part de sa concentration chancelante dans le contexte de ses conversations, de son faible niveau d'énergie et de la douleur constante dans son bras et sa main gauches. Elle prend actuellement du Celebrex, de l'Amitriptyline, un antidépresseur et des somnifères. Le Dr Bender a diagnostiqué chez l'appelante un épisode de dépression majeure, de modérée à grave, un trouble douloureux associé aux facteurs psychologiques chroniques et à l'état de santé en général. Elle a indiqué que l'appelante n'avait pas atteint un rétablissement médical maximal et lui a recommandé des tests sanguins, des médicaments, une thérapie cognitivo comportementale postant sur la gestion de la douleur, et une bonne hygiène du sommeil. Dans son rapport, le Dr Bender a résumé une série de rapports médicaux, dont les suivants :

- a) Le 3 octobre 2005, le Dr Ngan a déclaré qu'un balai avait frappé l'avant-bras de l'appelante, lui causant une contusion et un hématome à l'avant-bras.
- b) Le 13 octobre 2005, le Dr Ngan a diagnostiqué chez l'appelante une compression du nerf médian bilatéral.
- c) Un rapport de consultation du 9 novembre 2005 du Dr Samuel indiquait qu'il n'y avait aucune marque de balai et que l'appelante s'était infligé une contusion. Des recommandations ont été formulées pour enrayer la compression du nerf médian.
- d) Un rapport d'évolution du 6 juin 2006 du Dr Ngan indiquait un diagnostic de syndrome du canal carpien.
- e) Un protocole opératoire du 10 août 2006, préparé par le Dr Samuel, traite de la décompression du nerf médian gauche.
- f) Le 23 août 2006, le Dr Samuel a signalé que l'appelante était capable d'exécuter

des travaux légers, le cas échéant, dans une à deux semaines.

- g) Le 8 janvier 2007, le Dr Binhammer, lors d'une consultation à la clinique de la main, a décrit la ténosynovite de l'index et du majeur, la sensibilité de la cicatrice post opératoire suite à l'opération du canal carpien, et le reliquat du syndrome du canal carpien. Le Dr Binhammer a prescrit de la cortisone ou des injections de stéroïdes et a mentionné la possibilité d'opérer les doigts gâchette ou de procéder de nouveau à la libération du canal carpien. Il a indiqué que l'appelante était capable de se livrer à des activités non répétitives en se servant de sa main gauche.
- h) Le 9 avril 2008, le Dr Pilowski a demandé une évaluation psychologique en raison de l'état de choc et de déni de l'appelante, de son état dépressif et de son anxiété, découlant de sa blessure survenue au travail le 18 janvier 2005.
- i) Le 26 novembre 2008, le Dr Binhammer a souligné son évaluation de janvier 2007 portant sur une ténosynovite et un syndrome du canal carpien persistants. Il a déclaré que l'appelante présentait les mêmes problèmes, y compris une douleur intermittente à l'index et au majeur, en plus d'un engourdissement constant. Le diagnostic de l'appelante n'a pas changé. Il s'agit toujours d'un syndrome du canal carpien, en rémission depuis l'opération. Le Dr Binhammer a déclaré que l'appelante avait une posture de la main dysfonctionnelle et ne pouvait procéder à ses soins personnels qu'avec la main gauche.
- j) Le 30 décembre 2008, le Dr Arbitman, psychiatre, a pris note de doléances à l'égard de problèmes de sommeil, d'un manque d'appétit lié à l'anxiété et à la dépression. L'appelante était renfermée et irritable dans ses activités de la vie quotidienne. Le Dr Arbitman a diagnostiqué un trouble de l'adaptation et un trouble douloureux avec anxiété et dépression.
- k) Le rapport d'évolution du 14 février 2009 du Dr Ngan traitait de

problèmes au poignet gauche et à la main gauche traités à l'aide du Célébrex.

- 1) Le 9 octobre 2009, le Dr Ngan a rapporté que l'appelante avait été congédiée en février 2006 et qu'elle n'avait pu retourner au travail depuis. Elle souffrait de douleurs constantes à la main gauche et au poignet droit.

[23] Le 23 septembre 2010, le Dr Arbitman a fourni une note d'évolution dans laquelle il indiquait que l'appelante se plaignait d'être déprimée. Sa douleur était toujours présente. Elle dormait mal et manquait d'appétit. Il a augmenté la posologie du Paroxetine et a renouvelé son ordonnance de Bromazepam. Il a réitéré son diagnostic de trouble d'adaptation chronique et de trouble douloureux avec anxiété et dépression.

OBSERVATIONS

[24] Le 16 avril 2012, l'appelante a présenté une demande de révision prétendant qu'elle était admissible à une pension d'invalidité pour les raisons suivantes ;

- a) elle a subi une douleur chronique à la main gauche malgré de multiples interventions chirurgicales de nature conservatrice.
- b) Dans le rapport du 17 janvier 2010 du CAMH, le Dr Bender a déclaré :
« (l'appelante) semble souffrir de douleur persistante à la suite d'une blessure à la main gauche qu'elle a subie en travaillant en tant qu'ouvrière ».
- c) Dans son rapport du 9 octobre 2009, le Dr Ngan a déclaré que l'appelante souffrait de douleur incessante et d'inconfort en bougeant légèrement le bas du bras et la main gauches. Il a aussi déclaré que l'amplitude de mouvement du poignet gauche était réduite de façon significative et que le mouvement était douloureux.
- d) Plusieurs médecins ont étudié la douleur à la main gauche et la symptomatologie de l'appelante pour affirmer le lien de causalité avec le

dommage indemnisable survenu à son travail aux alentours du 18 janvier 2005.

- e) L'appelante est suivie par le Dr Arbitman, psychiatre, pour une dépression et pour de fortes perturbations dans sa vie. Le médecin a officiellement diagnostiqué chez elle un trouble d'adaptation et un trouble de douleur chronique accompagné d'anxiété et de dépression. Le Dr Arbitman maintient que le diagnostic découle du préjudice indemnisable à l'avant-bras gauche ou à la main gauche de l'appelante et, étant donné ses troubles organiques et psychologiques, il affirme qu'elle est inapte à quelque travail que ce soit.
- f) La preuve médicale démontre de façon objective de fortes perturbations de la vie, en raison de la douleur chronique qui découle d'un incident survenu sur les lieux de travail.

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

- a) Selon le rapport du médecin de famille, ce dernier a traité l'affection principale de l'appelante pour la première fois en mai 2010;
- b) Les notes laissent supposer que l'appelante devrait suivre une psychothérapie étant donné son état fragile, et une des séances de counselling et de gestion de la douleur pour ses symptômes de douleur. Cependant, selon la preuve médicale il semble être question d'un traitement à l'aide de médicaments seulement. Rien n'indique qu'elle a participé aux modalités de traitement recommandées.
- c) Son médecin appuie sa demande d'invalidité, mais n'a formulé aucun commentaire au sujet de son état de santé en décembre 2006.
- d) Elle a perçu des gains en 2013 et en 2014, ce qui signifie qu'elle est retournée au travail après sa PMA. Ses gains étaient de 1 778 \$ en 2013 et

de 17 758 \$ en 2014. Cette preuve supplémentaire ne témoigne pas d'une incapacité à occuper quelque emploi que ce soit à la fin de sa PMA ou par la suite.

ANALYSE

[26] L'appelante doit prouver, selon la prépondérance des probabilités, qu'elle était atteinte d'une invalidité grave et prolongée à la date marquant la fin de la PMA ou avant cette date.

[27] Dans l'addendum à ses observations, l'intimé a fourni une copie du registre des gains à jour de l'appelante. Le relevé indiquait, en caractères distincts, des gains de 1 778,00 \$ en 2013, et de 17 758,00 \$ en 2014.

[28] L'appelante n'a pas comparu devant le Tribunal pour contester les gains mentionnés précédemment ou pour expliquer pourquoi, en dépit de son existence, son invalidité était grave et prolongée à la fin de la période minimale d'admissibilité.

[29] L'absence de preuve de l'appelante qui aurait expliqué pourquoi les gains mentionnés précédemment (particulièrement ceux de 2014) n'équivalent pas à une preuve de capacité de travailler après la fin de la période minimale d'admissibilité. L'appelante ne s'est pas déchargée de son fardeau d'établir, selon la prépondérance des probabilités, que son invalidité était à la fois grave et prolongée.

CONCLUSION

[30] L'appel est rejeté.

Jeffrey Steinberg
Membre de la division générale – sécurité du revenu