

[TRADUCTION]

Citation : P. R. c. *Ministre de l'Emploi et du Développement social*, 2015 TSSDGSR 110

Date : Le 1^{er} octobre 2015

Numéro de dossier : GT-125273

DIVISION GÉNÉRALE - Section de la sécurité du revenu

Entre:

P. R.

Appelante

et

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

Intimé

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

Audience tenue par vidéoconférence le 21 septembre 2015

MOTIFS ET DÉCISION

COMPARUTIONS

P. R., l'appelante

Mark Baker, représentant de l'appelante

E. R., l'époux de l'appelante (témoin)

INTRODUCTION

[1] L'appelante a présenté une demande de pension d'invalidité du *Régime de pensions du Canada* (RPC) pour la première fois le 8 février 2007. Elle n'a pas interjeté appel, au Bureau du Commissaire des tribunaux de révision (BCTR), de la décision rejetant sa demande. L'intimé a estampillé la plus récente demande de pension d'invalidité du RPC de l'appelante le 2 mai 2012. L'intimé a rejeté la demande lors de sa présentation initiale puis après révision. L'appelante a interjeté appel, devant le BCTR, de la décision découlant de la révision, 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) L'information manquante au dossier et la nécessité d'obtenir des précisions.
- c) Le mode d'audience respecte les dispositions du *Règlement sur le Tribunal de la sécurité sociale* voulant que l'instance se déroule de la manière la plus informelle et expéditive que les circonstances, l'équité et la justice naturelle permettent.

DROIT APPLICABLE

[3] L'article 257 de la *Loi sur l'emploi, la croissance et la prospérité durable* 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.

[4] L'alinéa 44(1)*b*) du RPC 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).

[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*) du RPC, 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

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

[8] 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 à laquelle sa PMA a pris fin ou avant cette date.

PREUVE

[9] Le 16 avril 2012, l'appelante a rempli le questionnaire au soutien de sa demande. Elle a déclaré qu'elle avait terminé sa 10^e année. Elle s'est inscrite à un programme d'études d'une année au *Seneca College* et, en 1995, elle a obtenu son diplôme de technicienne en optométrie.

Entre décembre 2004 et novembre 2005, elle a travaillé dans le bureau d'un médecin. Elle y effectuait les évaluations préliminaires et préparait la documentation relative aux réclamations auprès de la Régie de l'assurance-maladie de l'Ontario. Elle a cessé de travailler en raison d'une dépression et de douleurs chroniques au dos. Elle soutient qu'à partir du 2 novembre 2005 elle ne pouvait plus travailler en raison de son état de santé. Elle a parlé de dépression majeure, d'arthrite touchant plusieurs articulations, de fibromyalgie touchant les muscles, de sténose du canal rachidien, d'arthrose, de douleur au moment de s'asseoir, de se pencher et de se lever, de fatigue, d'hypersomnie, de piètre concentration, et d'irritabilité à l'égard des gens et du bruit. Elle a déclaré que ses affections nuisaient à son travail comme suit : « des variations des troubles dépressifs et de l'humeur, des difficultés à interagir avec les autres, les incidences physiques du travail de bureau ou dans le domaine de la vente au détail, la dépression qui lui fait perdre presque tout appétit et l'empêche presque de se lever le matin ou de quitter la maison. Troubles du sommeil importants, difficultés de concentration et entrave à la fonction cognitive. » Elle a également parlé d'un syndrome des jambes sans repos, d'incontinence, d'obésité, d'un manque d'énergie, d'un faible taux de fer, d'hypothyroïdie (Hashimoto), d'un ulcère, d'un reflux, d'une hernie, d'essoufflements au moment de monter des escaliers, d'une élongation de la coiffe des rotateurs droite, d'un canal carpien, d'hypertension et de cholestérol. Elle a déclaré qu'elle ne pouvait demeurer assise ou debout pendant de longues périodes. Elle doit continuellement changer de position. Elle peut marcher pendant 10 minutes, lever des objets de moins de 5 lb et en transporter d'au plus 10 lb. Elle ne peut étirer le bras gauche en raison de la douleur à la coiffe des rotateurs et peut difficilement se pencher. C'est son époux qui effectue les tâches ménagères. Elle conduit rarement en raison de ses problèmes de concentration et de la douleur à l'épaule. Elle a subi des traitements de physiothérapie et se rendra à la clinique de traitement de la douleur Simcoe. Elle consultera également un chirurgien orthopédiste et un chirurgien cardiovasculaire. Elle utilise de longues pinces pour ramasser les objets. On lui a prescrit de l'Effexor, du Wellbutrin, du Lisinopril, du Syntroid, du Lipitor, de l'Hydrochlorothiazide, du Palafer, du Ralivia, du Tramadol et du Naproxen.

[10] Dans sa demande de révision du 26 septembre 2012, l'appelante a déclaré qu'elle avait reçu un diagnostic de dépression sévère et chronique. Son état de santé résiste aux traitements. Elle souffre également de douleurs chroniques au dos qui restreignent sa capacité à demeurer debout, à s'asseoir et à marcher; douleurs au cou et à l'épaule; opération au canal carpien de la main

droite qui restreint la préhension, l'écriture et l'utilisation d'un clavier; bursite; reflux; thrombose; faiblesse musculaire; syndrome des jambes sans repos accompagné de spasmes; troubles du sommeil; épérons calcanéens et 18 points de fibromyalgie sur 18. Son incapacité à conserver un emploi est attribuable à son état chronique grave. La Dre Harris, son médecin de famille, lui a envoyé une lettre dans laquelle il déclarait que son état était considéré comme grave et chronique, et qu'elle ne pouvait pas travailler. Elle voit le Dr Urson, psychiatre, toutes les deux semaines au sujet d'une dépression chronique grave qui résiste au traitement.

[11] Le 1er mars 2012, la Dre Harris, médecin de famille, a rempli un rapport médical aux fins du RPC, dans lequel elle déclarait qu'elle connaissait l'appelante depuis 17 ans. Elle a diagnostiqué chez elle une fibromyalgie, de l'arthrose et un trouble dépressif majeur (en rémission partielle). Selon elle, il était question i) de douleurs chroniques au bas du dos depuis 2004, avec épisodes d'exacerbation aiguë de la douleur; ii) de fibromyalgie, diagnostiquée par le Dr Yuen en 2006; iii) de troubles dépressifs majeurs récurrents depuis 1995; et iv) d'arthrose. En ce qui concerne les troubles dépressifs majeurs, elle a traité d'humeur dépressive, de difficultés de concentration, de faible niveau d'énergie, de troubles du sommeil importants, d'une tendance faible à la socialisation et d'une baisse de motivation. Pour ce qui est de la fibromyalgie et de l'arthrose, la Dre Harris a décrit les limites de l'appelante à l'égard des tâches telles que passer l'aspirateur, nettoyer, préparer les repas, jardiner et effectuer des tâches en dehors du travail. Elle est incapable de soulever des objets de plus de 10 lb et sa douleur s'accroît lorsqu'elle s'assoit ou reste debout longtemps. Son époux s'est occupé de la majorité des tâches ménagères. Elle éprouve de la douleur à l'épaule droite en travaillant la tête basculée vers l'arrière. La Dre Harris a décrit les signes physiques qui suivent : sensibilité des points de pression, sensibilité à la pression en L45-S1, démarche antalgique et abduction réduite de l'épaule. La Dre Harris a prescrit du Ralivia, du Lyrica (qu'elle ne tolérait pas), du Tramadol, de l'Effexor et du Wellbutrin. Le Naproxen a contribué à soulager ses douleurs au bas du dos; Le Tramadol et le Ralivia ont été partiellement bénéfiques contre la fibromyalgie; l'Effexor et le Wellbutrin ont été efficaces contre le trouble dépressif majeur. Selon la Dre Harris, il s'agissait d'un pronostic réservé. Elle a indiqué que des consultations étaient prévues i) à l'ACSM au sujet d'une dépression résistante aux traitements; ii) avec le Dr Wilson, chirurgien orthopédique, au sujet d'une discopathie dégénérative et d'une sténose spinale lombaire; et iii) à une clinique de traitement de la douleur pour la gestion de la douleur.

[12] En appui à la demande initiale de prestations du RPC de l'appelante, la Dre Harris a rempli en 2007 un rapport médical du RPC que l'intimé a reçu et estampillé le 23 janvier 2007. Elle y affirmait qu'elle connaissait l'appelante depuis plus de 10 ans et qu'elle avait commencé à traiter sa fibromyalgie en juin 2005. Elle a diagnostiqué la fibromyalgie et le trouble dépressif majeur. Elle a décrit plus de cinq ans de douleurs multiples aux articulations, de plaintes de fatigue persistante et de douleurs musculo-squelettiques généralisées. Elle a affirmé que l'appelante avait une capacité réduite à effectuer les tâches ménagères en raison de la fatigue et de la douleur chronique généralisée. Elle a déclaré que l'époux de l'appelante l'aidait, qu'elle avait besoin de plus de temps pour effectuer les tâches ménagères et qu'elle avait besoin de prendre des pauses. Comme ses doigts se contractaient lorsqu'elle utilisait un clavier, et en raison de ses problèmes de concentration, l'appelante avait une capacité réduite à faire la tenue de livres pour son époux. Elle avait aussi une capacité réduite à s'acquitter de ses activités de la vie quotidienne comme, par exemple, faire sa toilette. Elle a mentionné que l'appelante serait suivie en rhumatologie au besoin et qu'elle serait adressée de nouveau en psychiatrie. On lui a prescrit du Naprosyn, du Nortriptyline, de l'Effexor et du Tramacet. Elle a déclaré que les médicaments contre la fibromyalgie n'étaient efficaces qu'en partie. Les médicaments avaient comme effets secondaires la fatigue (problématique). La physiothérapie était assez bénéfique. On l'a dirigée vers le programme pour les patients externes de l'hôpital Southlake et vers le programme de gestion de la douleur chronique à Barrie. Elle avait aussi participé à la thérapie de groupe du Dr Menuck (psychiatre). Son trouble dépressif majeur n'était pas en totale rémission. Les doses plus élevées d'Effexor l'ont aidée, mais elle n'en tolérait pas les effets secondaires. Le pronostic concernant la fibromyalgie était un pronostic réservé et des améliorations étaient possibles pour ce qui est du trouble dépressif majeur.

[13] Au soutien de sa demande initiale de prestations du RPC, l'appelante a rempli un questionnaire daté du 4 février 2007. Elle a déclaré qu'elle avait terminé sa dixième année et qu'elle avait obtenu un diplôme à un programme d'une année en administration des affaires. Entre décembre 2004 et novembre 2005, elle a travaillé comme technicienne en optométrie pour le Dr S. Elle a cessé de travailler en raison d'une dépression et de douleurs chroniques au dos. Entre juin 1998 et décembre 2006, elle a aussi travaillé deux heures par semaine à saisir l'information des factures pour le comptable, pour le compte de l'entreprise de son époux. Elle a décrit les expériences de travail suivantes ::

- 1973-1978 commis dactylographe
- 1978-1992 adjointe administrative
- 1993 – 1995 service à la clientèle - gérante adjointe
- 1995 – 2002 assistante en optométrie du Dr S. P.

[14] Elle a déclaré qu'elle avait pris congé de son travail avec le Dr S. P. en raison d'hypertension et d'une dépression, et qu'elle était retournée travailler à raison d'un nombre d'heures et d'une charge de travail moindres. Lorsqu'elle a pu retourner travailler à temps plein, le poste n'était plus disponible. Deux ans plus tard, elle a réintégré la population active chez le Dr S. Elle a dit qu'elle souffrait de dépression, qu'elle était incapable de se concentrer et de focaliser sur des tâches, qu'elle avait des problèmes de mémoire, une faiblesse musculaire et que son amplitude de mouvement était réduite. Elle a décrit plus en détail le défi que représentaient les interactions avec les autres, ses problèmes à chercher ses mots, son bégaiement, sa dépression, son manque de contrôle de ses émotions, ses sautes d'humeur, sa fatigue, son incapacité à demeurer en position assise ou debout longtemps, ses douleurs chroniques au bas du dos, l'enflure dans ses jambes, ses crampes aux doigts au moment d'écrire avec un crayon ou à l'aide d'un clavier, ses spasmes musculaires à la jambe et à l'aîne, et ses problèmes de mémoire et d'attention. Elle a ensuite décrit d'innombrables autres symptômes, y compris les migraines, l'essoufflement et le reflux. Elle a énuméré ses médicaments, dont Lisinopril, Synthroid, Hydrochlorothiazide, Pantaloc, Tramacet, Naproxen, Effexor, Wellbutrin, Nortriptyline et Vesicare (hyperactivité de la vessie). Elle a participé aux séances de thérapie de groupe dans le cadre du programme de gestion de la douleur du Dr Menuck, elle a reçu des traitements de physiothérapie et a participé à des séances de *counselling* avec le Dr Yuen. On l'a dirigée vers le programme de consultation externe en fibromyalgie du *Southlake Hospital*, suivait toujours des traitements de physiothérapie, devait voir les Drs Yuen et Harris en février 2007, et attendait une consultation avec un psychiatre.

[15] Dans une lettre du 2 juillet 2007, l'appelante a déclaré que son invalidité mentale avait contribué à ses pertes de mémoire, à ses difficultés à se concentrer, à sa fatigue chronique invalidante, à son hypertension et à son comportement cognitif pendant plusieurs années. Parmi

ses limitations physiques, on retrouve des douleurs chroniques au bas du dos, des douleurs au cou et à l'épaule, de l'arthrite, un SCC, une bursite, un reflux, une thrombose, une faiblesse musculaire, un syndrome des jambes sans repos, des troubles du sommeil et des épérons calcanéens. Elle voit son médecin de famille régulièrement en plus d'un travailleur social pour un soutien émotionnel. Elle a participé à un programme de psychothérapie de groupe destiné aux gens souffrant de douleur chronique et elle pratique la thérapie aquatique à la maison. Les changements de médicaments étaient devenus courants. Elle a fait tout ce qui était en son pouvoir pour améliorer son état de santé. Elle est incapable de travailler régulièrement en détenant une occupation rémunératrice.

[16] Dans un rapport du 28 février 2006, le Dr Noorani, psychiatre, a fait un compte rendu de son évaluation de l'appelante. Il a déclaré qu'elle n'avait pas travaillé depuis novembre 2005 principalement en raison de ses douleurs au dos. Elle a affirmé qu'elle avait lutté contre la dépression pendant au moins quatre ans. Elle a vécu des périodes de stabilité, mais elle a eu une rechute en octobre 2005 après la mort de son père en avril 2005. Elle a raconté avoir passé la plupart de son temps à dormir, avoir perdu l'appétit et gagné du poids, avoir manqué d'énergie et de motivation, avoir des difficultés à se concentrer, être parfois victime d'attaques de panique et être d'humeur dépressive. L'examen de son état mental révèle qu'elle était déprimée. Elle n'a démontré aucun signe d'agitation psychomotrice. Le Dr Noorani a diagnostiqué un trouble dépressif majeur modéré récurrent, deuil (axe IV : décès récent de son père, stress au sujet d'un retour au travail) et a établi une cote de 55-60 sur l'échelle d'EGF. Il lui suggère d'augmenter la posologie d'Effexor et d'essayer le Wellbutrin. Il recommande également la psychothérapie, le counselling pour personnes endeuillées et la thérapie cognitivo comportementale contre la dépression.

[17] Le 6 septembre 2006, le Dr Yuen, rhumatologue, a reçu l'appelante au sujet de multiples douleurs articulaires. Il a déclaré que l'appelante souffrait de douleurs articulaires depuis plus de cinq ans, ce qui a eu un effet sur son dos, ses coudes, ses genoux, ses fesses, ses hanches et ses pieds. L'effet était pire en matinée et à la suite d'activités. Elle avait participé au programme de gestion de la douleur du Dr Menuck. Le Dr Yuen a noté qu'elle ne travaillait pas à ce moment. À l'examen, elle démontrait une bonne amplitude de mouvement du rachis cervical et une légère limitation en flexion et en extension de la région lombaire. Toutes ses articulations périphériques

présentaient une bonne amplitude de mouvement sans synovite active. L'appelante présentait 12 points de fibromyalgie sur 18. Les résultats de la radiographie de ses mains, de ses coudes, de ses genoux et de ses pieds étaient tous négatifs, sauf pour ce qui est de légers changements dégénératifs des deux côtés de la première articulation métatarso-phalangienne et de petites épines au fascia plantaire. L'IRM du rachis lombaire de février 2006 a démontré un léger bombement discal en L4-5 et L5-S1, mais sans hernie discale focale ni sténose spinale. L'examen n'a rien révélé de particulier sauf pour ce qui est de la présence de points de fibromyalgie dans chacun des quatre quadrants de son corps. Le Dr Yuen a déclaré qu'il estimait que les symptômes de l'appelante étaient vraisemblablement attribuables à la fibromyalgie. Il a demandé une analyse sanguine et une scintigraphie de tout le corps, et lui a prescrit du Nortriptyline. Il l'a aussi dirigée vers un programme à l'intention de personnes aux prises avec la fibromyalgie, à Newmarket.

[18] Le 18 octobre 2006, le Dr Yuen a vu l'appelante pour un suivi. Il a déclaré que ses enquêtes n'avaient rien révélé de particulier. Cependant, l'appelante se sentait toujours fatiguée et « souffrait de douleur plutôt généralisée. Elle ne présentait aucune synovite active, mais continuait de présenter des points sensibles à la pression dans chacun de ses quatre quadrants. Il lui a demandé d'augmenter la posologie du Nortriptyline, et a mentionné qu'il la verrait dans deux mois.

[19] Le 12 février 2007, le Dr Yuen a vu l'appelante pour un suivi de sa fibromyalgie. Il a déclaré qu'elle répondait bien au Tramacet et que ses symptômes s'étaient « atténués de façon significative ». Elle avait moins de douleur. Elle n'a pas essayé le Flexeril. Elle a dit au Dr Yuen que la Dre Harris, son médecin de famille, avait interrompu le Nortriptyline en raison de la somnolence qu'il lui causait. L'appelante a remarqué une certaine faiblesse dans ses hanches et ses cuisses. À l'examen, elle n'avait pas de synovite active et avait des points de fibromyalgie dans chacun des quatre quadrants. Sa force motrice était normale. Le Dr Yen lui a demandé de continuer à prendre du Tramacet. Pour ce qui est de la faiblesse aux hanches et aux cuisses, d'un point de vue clinique, leur force était normale. L'appelante parvenait à se lever sans aide à partir d'une position assise. Le Dr Yen soupçonnait que les symptômes de l'appelante soient reliés à une fibromyalgie sous-jacente. Il n'a prévu aucun rendez-vous de suivi particulier.

[20] Le 8 mai 2008, le Dr Wilkins, physiatre, a vu l'appelante au sujet de ses deux années de douleur, d'engourdissement et d'insensibilité dans les deux mains. Le mal étant pire dans la main droite. Il la réveillait la nuit. Elle portait une attelle, mais celle-ci ne lui sert plus autant. À l'examen, l'appelante avait une bonne amplitude de mouvement du cou et des membres supérieurs, sans épanchement articulaire, ni douleur à l'effort, ni atrophie musculaire. La force atteignait le niveau 5/5 dans chacun des groupes de muscles. Les examens EMG ont confirmé les indices d'un syndrome du canal carpien des deux côtés du corps, pire du côté droit. Les symptômes étaient très présents du côté droit et l'appelante songeait à une libération chirurgicale. Selon le Dr Wilkins, il serait prudent d'adresser l'appelante à un chirurgien.

[21] Le 5 janvier 2009, l'appelante a subi une opération ouverte de libération du canal carpien de la main droite.

[22] Le 1^{er} avril 2009, un tomodensitogramme de la colonne lombaire a révélé une dégénérescence de la colonne vertébrale à plusieurs niveaux, particulièrement en L5-S1 et L4-5. On pouvait aussi apercevoir une sténose modérée du canal rachidien en L4-5 en raison d'une protrusion discale et d'une arthropathie des facettes des vertèbres. Il semblait y avoir, en L5-S1, une hernie discale paracentrale du côté gauche. Les résultats relatifs à la L-5-S1 semblaient être nouveaux par rapport aux résultats précédents.

[23] Un rapport d'imagerie du 29 juin 2009 portant sur la portion lombaire de la colonne vertébrale a révélé une légère sténose du canal rachidien en L3-4 et L4-5, attribuable principalement à un épaississement du ligament jaune et à un raccourcissement congénital des pédicules. Il n'y avait aucun signe de hernie discale focale ou de sténose foraminale.

[24] Le 15 décembre 2009, a relaté les affections suivantes : 1) hypothyroïdie - lointaine; 2) hypertension depuis les années 90; 3) reflux gastro-œsophagien (gastroscopie normale en août 2008); 4) trouble dépressif majeur en rémission - antécédents de dépression majeure récurrente; 5) fibromyalgie et arthrose - diagnostiquées en 2007 par le Dr Yuen, rhumatologue; 6) syndrome des jambes sans repos diagnostiqué en juillet 2006 grâce à une étude sur le sommeil; 7) douleurs chroniques au bas du dos - tomodensitométrie et IRM récentes.

[25] Le 16 août 2016, le Dr Casses a vu l'appelante au sujet de ses douleurs au dos, aux fesses, aux hanches, aux genoux et à l'épaule droite. Il a noté qu'elle avait des antécédents de fibromyalgie. Il a aussi noté qu'elle était tombée sur le coccyx en 2005 et que depuis ce moment, ses douleurs au bas du dos avaient gagné en intensité. À l'examen physique, elle marchait de façon normale et ne laissait entrevoir aucune démarche antalgique. L'amplitude de mouvement de ses hanches était tout à fait normale, sans restriction. Elle n'avait aucune douleur particulière dans le cas de mouvements passifs des hanches. Elle avait une amplitude de mouvement des genoux tout à fait normale et souple et pouvait marcher sur les talons et sur la pointe des pieds. Le médecin n'a remarqué aucun signe d'arthrose avancée. Un rapport de tomodensitométrie a démontré une sténose spinale sur le rachis lombaire avec une légère sténose du canal rachidien, attribuable principalement à un épaississement du ligament jaune, mais sans hernie discale focale ni sténose foraminale. Il a déclaré qu'elle souffrait de douleurs aux membres inférieurs, attribuables à une sténose du canal rachidien d'intensité légère à modérée. Il lui a recommandé de perdre au moins 100 lb. Il a déclaré : « Elle ne croit pas qu'il s'agit du traitement approprié pour elle ». Il a déclaré que d'un point de vue orthopédique, la patiente n'avait pas besoin d'un remplacement articulaire.

[26] Le 15 septembre 2011, le Dr Wilkins, spécialiste de la psychiatrie et de la réadaptation, a vu l'appelante. She reported meeting with the Appellant several years earlier concerning her CTS. Elle a relaté sa rencontre avec l'appelante, qui avait eu lieu plusieurs années auparavant, au sujet de son syndrome du canal carpien. L'appelante présentait maintenant deux problèmes : i) une douleur accrue, des engourdissements et une insensibilité à la main gauche au cours des quatre ou cinq derniers mois (qui nuisait à sa conduite) ii) des douleurs au dos, qu'elle a décrit comme étant dans les hanches, et qui s'intensifiaient lorsqu'elle marchait. Elle a déclaré qu'elle pouvait marcher en dépit de la douleur et que des actions telles que pousser un panier d'épicerie ne changeaient rien à la douleur. Ses douleurs au dos l'emportaient sur ses douleurs aux jambes. Selon le Dr Wilkins, cette douleur n'était pas typique d'une douleur associée à la sténose du canal rachidien. À l'examen, elle avait une bonne amplitude de mouvement des membres supérieurs gauches. Elle ne présentait aucune atrophie musculaire et sa force atteignait le niveau 5/5. L'amplitude de mouvement de son dos avait diminué. L'amplitude de mouvement de ses hanches se portait plutôt bien. Tous ses points de fibromyalgie étaient sensibles. Des résultats de EMG ont confirmé un léger syndrome du canal carpien du côté gauche. L'état de ce syndrome s'était

amélioré depuis deux ans. L'intervention chirurgicale n'était pas justifiée. En ce qui a trait à la douleur au dos, le Dr Wilkins a déclaré : « Je pense qu'il s'agit davantage d'une douleur attribuable à la fibromyalgie, et à une douleur de nature mécanique, qu'à une douleur émanant d'une sténose du canal rachidien. Il n'est pas certain qu'une intervention chirurgicale serait bénéfique en l'espèce. Le Dr Wilkins a parlé de l'importance des exercices de posture, des exercices de maintien de la ceinture abdominale, de la perte de poids et de l'activité en général dans la gestion de ses symptômes.

[27] Le 4 octobre 2011, le Dr Yuen, interniste et rhumatologue, a mentionné qu'il avait vu l'appelante pour la première fois en 2006. Il a déclaré qu'elle souffrait de multiples douleurs articulaires depuis plus de cinq ans. Il était d'avis qu'elle était atteinte de fibromyalgie. Le Dr Yuen a souligné que l'appelante ne tolérait pas l'Amitriptyline ou le Nortriptyline, et qu'il lui avait plutôt prescrit du Tramacet. Certains de ses symptômes se sont atténués. Elle aussi eu des mouvements de jambes pendant l'étude sur son sommeil, mais on n'a décelé aucune preuve significative d'apnée obstructive du sommeil. Le Dr Yuen a aussi déclaré que l'appelante souffrait de dépression. Elle a dit qu'elle n'était pas de bonne humeur « en ce moment » et qu'elle ne quittait jamais la maison. Selon le Dr Yuen, elle souffre toujours de douleur généralisée. Il a ajouté qu'elle dormait mal, avait peu d'énergie et était fatiguée. Il a remarqué qu'elle avait récemment commencé à ressentir de la douleur à l'épaule droite. L'examen n'a révélé aucune synovite active. Il a révélé une légère crépitation fémoro-patellaire aux genoux, 18/18 points douloureux à la pression, une arche de l'épaule droite douloureuse et des signes d'accrochage dans cette épaule. Il a déclaré qu'elle souffrait de douleurs persistantes résultant de la fibromyalgie et qu'elle manquait d'entrain. L'examen physique de l'épaule droite de l'appelante témoignait d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs. Elle a accepté d'essayer le Lyrica. Puis, le Dr Yuen l'a envoyée en physiothérapie pour le traitement d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite.

[28] Le 4 avril 2012, le Dr Rampes, psychiatre au CAMH, a évalué l'appelante à la clinique des troubles de l'humeur. L'appelante a relaté ses difficultés à se concentrer, à trouver ses mots. Elle se sent triste. Elle est tendue, fâchée et frustrée. Toutes ces difficultés, auxquelles elle ajoute l'insomnie et le manque d'intérêt, remontent selon elle à 2005, à la suite du décès de son père. Elle a dit qu'elle vivait avec son conjoint qui exploite une entreprise de restauration. Elle reste à

la maison toute la journée. Certains jours, elle ne fait même pas sa toilette, alors que d'autres, elle s'assoit devant son ordinateur et fait des offres sur *E-bay* ou joue à des jeux sur Facebook. Elle a déclaré qu'elle avait quitté son emploi d'assistante optométriste il y a sept ans sous prétexte que ses tâches étaient trop répétitives et qu'elle n'apprenait rien. Le Dr Rampes a souligné les antécédents de traumatisme contondant au coccyx en 2005, un diagnostic de fibromyalgie en 2007 et une sténose du canal rachidien en 2009. Il a souligné que l'appelante avait reçu un premier diagnostic de dépression en 1969, à l'âge de 16 ans. Elle avait longtemps pris des antidépresseurs. En 2002, elle prenait de l'Effexor et du Celexa. En 2006, elle a suivi une thérapie cognitivo comportementale avec le Dr Menuck. Elle a fait une surdose à l'âge de 16 ans. Elle a relaté que l'Effexor et le Wellbutrin avaient été très efficaces. Elle a réduit l'Effexor, ce qui a coïncidé avec une aggravation de ses symptômes. À la rubrique Opinion, le Dr Rampes a déclaré que l'appelante était une dépressive chronique et qu'elle souffrait, à ce moment, de dépression grave. Elle souffrait d'un trouble dépressif majeur, dont le résultat était de 21 (dépression grave) à l'Inventaire rapide de symptomatologie dépressive, et de 49 (anxiété grave) à l'Inventaire de Beck pour l'anxiété. Il a recommandé une combinaison de Venlafaxine et de Citalopram, à forte dose, et un ajustement de ses autres médicaments. Il a indiqué qu'elle pourrait bénéficier d'un séjour au *Alternate In-Patient Milieu*, un programme destiné aux patients aux prises avec des troubles de l'humeur, pour se concentrer sur des techniques relatives à la thérapie cognitivo comportementale. Elle a accepté de participer. Il lui a également recommandé l'activité physique et lui a suggéré de consulter un spécialiste de la douleur afin de maximiser le soulagement de la douleur. Il lui a attribué un résultat de 41-50 sur l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF).

[29] Selon une note de suivi du 4 mai 2012 de la Dre Harris, les symptômes de dépression de l'appelante étaient en rémission pendant plusieurs années. Elle a pris du Effexor pendant un an ou deux, avant d'être en rémission puis de rechuter. On lui a ajouté du Wellbutrin en 2005. Elle en a pris 300 mg au cours des cinq dernières années, pendant lesquelles son niveau d'énergie a augmenté et son humeur s'est améliorée. Elle a été en rémission pendant plusieurs années. Elle a rechuté en 2010.

[30] Le 11 mai 2012, le Dr May, de la clinique de la douleur Simcoe, a évalué l'appelante pour une fibromyalgie et des douleurs chroniques au bas du dos. L'appelante a déclaré qu'elle

avait longtemps souffert de douleurs au bas du dos et qu'elle était tombée sur le coccyx en 2005. Depuis ce temps, elle avait remarqué que son dos était particulièrement sensible. Elle a décrit le mal comme étant une douleur au bas du dos, qui s'étend jusque dans les fesses et autour des genoux et des mollets. La douleur lui faisait mal du côté gauche et du côté droit. Elle a subi, en 2009, un tomodensitogramme qui a démontré plusieurs discopathies dégénératives et une sténose modérée du canal rachidien en L4-5 causée par un renflement discal et un syndrome des facettes articulaires. Une hernie discale paracentrale gauche se trouvait en L4-S1. L'appelante a souligné que sa douleur à l'épaule droite la faisait souffrir depuis quatre mois. Elle a rappelé qu'elle avait reçu un diagnostic de fibromyalgie du Dr Yuen en 2007. Elle a décrit la douleur comme étant « une douleur aiguë, tenace et lancinante sévissant presque partout dans le corps, mais particulièrement dans les épaules, le dos et les jambes ». Les notes de suivi du Dr Yuen indiquaient qu'il avait recommandé à l'appelante d'essayer le Lyrica pour la fibromyalgie, ce qui lui avait causé de l'irritation. Elle l'a cessé de le prendre. En 2011, elle a été adressée au Dr Wilkins qui a diagnostiqué chez elle un léger syndrome du canal carpien et des douleurs au dos, qui correspondent davantage à la fibromyalgie, à une douleur lombaire de nature mécanique par opposition à une sténose du canal rachidien. Une électromyographie a confirmé ces conclusions. L'appelante a admis avoir souffert de dépression prolongée au cours des années. Le Dr May a souligné qu'on avait préparé son admission au CAMH et qu'elle attendait d'obtenir une place. Le Dr May a également souligné que l'appelante avait assisté au programme de réduction par la pleine conscience en 2006, ce qui ne l'a pas réellement aidée dans sa façon de gérer la douleur chronique. À l'examen, elle démontrait une capacité de flexion, d'extension et de rotation limitée. La partie lombaire de sa colonne vertébrale était assez sensible. L'examen de son épaule comprenant une rotation interne a exacerbé la douleur et la région antérieure droite de l'épaule était sensible. L'élévation de la jambe tendue semblait normale. Le Dr May a diagnostiqué 1) une fibromyalgie; 2) une douleur chronique au bas du dos et une discopathie dégénérative, un syndrome des facettes articulaires et une sténose modérée du canal rachidien; 3) une tendinite de la coiffe des rotateurs droits; 4) une douleur chronique avec dépression sous-jacente. Pour ce qui est de la douleur au dos de l'appelante, le Dr May était d'avis que la plupart de ses symptômes étaient d'origine mécanique. Ses douleurs aux jambes pouvaient quant à elles être reliées à une sténose du canal rachidien. Il a recommandé à l'appelante de prendre du Gabapentin, bien qu'elle ne fût pas « enthousiaste » à l'idée, puisqu'à la même période son médecin de famille et son

psychiatre au CAMF lui changeaient ses antidépresseurs. Le Dr May a précisé qu'il conservait en tête certaines options de traitement et les dévoilerait lorsque les problèmes de santé mentale de l'appelante se seraient stabilisés.

[31] Le 30 mai 2012, une imagerie par résonance magnétique de la partie lombaire de la colonne vertébrale a révélé : 1) la présence d'une sténose du canal central particulièrement en L3-4 et d'un espace discal en L4-5; 2) la présence de changements dégénératifs; 3) la présence de liquide dans les tissus sous-cutanés à l'arrière, à la hauteur du sacrum.

[32] Le 30 mai 2012, la Dre Harris a fourni une mise à jour écrite relative à la demande de prestations d'invalidité du RPC de l'appelante. Elle y déclarait que l'appelante souffrait de dépression résistante au traitement et de douleur chronique attribuable à une fibromyalgie, de sténose modérée du canal rachidien et d'arthrose, qui la rendaient incapable de travailler. Ces affections sont chroniques et graves. L'appelante a rencontré un psychiatre au CAMH qui lui a recommandé une admission facultative. Puis, elle a été adressée au Dr Urson, psychiatre, et attendait son rendez-vous avec le Dr Wilson, chirurgien orthopédiste, relativement à ses douleurs au bas du dos et à sa sténose du canal rachidien. Elle a récemment eu une consultation à la clinique du traitement de la douleur chronique. On l'a redirigée vers le Dr Yuen, rhumatologue, pour l'évaluation de sa douleur à l'épaule droite et la possibilité de lui offrir une injection de cortisone. Le 30 mai 2012, une imagerie par résonance magnétique a révélé une sténose modérée du canal rachidien et une arthrose interfaccettaire.

[33] Le 8 juillet 2012, une imagerie par résonance magnétique a révélé : 1) la présence de liquide dans la bourse sous acromio-deltoïdienne et une possible synovite dans le creux de la région axillaire; 2) une déchirure des fibres antérieures du tendon sus-épineux près de l'intervalle des rotateurs; 3) une tendinose des fibres postérieures du tendon sus-épineux et des fibres antérieures du sous-épineux; 4) des changements dégénératifs de l'articulation acromio-claviculaire et effet de masse au tendon sus-épineux; 5) apparence anormale du labrum supérieur. On soupçonnait une déchirure du labrum.

[34] Le 20 août 2012, le Dr Urson, psychiatre, a rencontré l'appelante qui lui a mentionné qu'elle avait souffert de dépression pendant plusieurs années. L'appelante a mentionné que sa famille avait une entreprise à domicile dans laquelle elle était antérieurement très active; elle n'était pas

impliquée dans l'entreprise au moment de rappeler ces faits. Elle a affirmé qu'elle était gravement déprimée depuis 2005, au moment où elle vivait beaucoup de pression à son travail et où son père est décédé. Elle prenait des antidépresseurs de façon régulière depuis 2000. En 2006, elle s'est engagée dans une thérapie de groupe suivant une approche cognitivo comportementale. Récemment, en 2012, elle a consulté le Dr Rampes au CAMH qui l'a dirigée vers l'admission à l'hôpital, qui pourrait probablement avoir lieu en septembre 2012. Selon le Dr Urson, les antécédents de l'appelante étaient cohérents avec un diagnostic de syndrome des jambes sans repos. Elle souffrait aussi d'arthrose et d'une sténose du canal rachidien provoquant de fortes douleurs au dos. Lors de l'examen portant sur sa santé mentale, l'appelante était dans un état de dysphorie, mais son raisonnement était cohérent. Elle était alerte et orientée dans chacune des trois sphères. Le Dr Uson a écrit : « En résumé, cette femme de 59 ans souffre de dépression depuis longtemps. Elle répond aux critères de trouble dépressif majeur, grave et chronique. La patiente démontre également des symptômes d'anxiété se rapportant à ses symptômes de dépression. La patiente présente de nombreux problèmes de santé qui pourraient être la cause de ses symptômes dépressifs continuels ». Le Dr Urson a recommandé des changements de médicaments et a mentionné qu'il reverrait l'appelante dans plusieurs semaines.

[35] Le 11 septembre 2012, la Dre Harris a écrit une lettre pour appuyer la demande de prestations d'invalidité du RPC de l'appelante. Elle y déclarait qu'elle était le médecin de famille de l'appelante depuis 17 ans et que cette dernière était incapable de travailler en raison d'une dépression résistante aux traitements, qui était grave et prolongée. L'appelante voyait à ce moment le Dr Urson. Elle avait vu le Dr Rampes, psychiatre, qui lui avait recommandé une admission facultative au CAMH pour laquelle elle était toujours en attente.

[36] Dans ses notes de suivi du 12 octobre 2012, la Dre Harris a déclaré que l'appelante vivait une résurgence de sa dépression majeure depuis le 28 novembre 2005. Elle a remarqué que le Wellbutrin s'était ajouté à l'Effexor et a déclaré qu'elle était en rémission en 2008 (au moment où son garçon a déposé une poursuite judiciaire).

[37] Le 25 octobre 2012, la Dre Harris a envoyé une lettre à l'intimé dans laquelle elle réitérait qu'elle était le médecin de famille de l'appelante depuis plus de 18 ans. Elle a déclaré que l'appelante souffrait d'un trouble dépressif majeur récurrent et rémittent depuis qu'elle la

connaissait. Elle a vu le Dr Kuch de novembre 2002 à juin 2004, alors qu'il a pris sa retraite, et le Dr Noorani, en février 2006. En 2006, elle a suivi une thérapie cognitivo comportementale avec le Dr Menuck. En 1995, lorsque l'appelante a commencé à pratiquer son métier, elle prenait du Paxil pour la dépression. Au fil des ans, elle a pris différents antidépresseurs, a rencontré cinq psychiatres et a suivi une thérapie cognitivo comportementale. Elle a été évaluée au *Centre for Addiction and Mental Health Mood* (CAMH) en 2012 et a bénéficié d'une recommandation pour une admission facultative. Selon la Dre Harris, avec le temps, la dépression majeure de l'appelante, devenue grave et prolongée, était réfractaire aux traitements. Tant et si bien que l'appelante était incapable de détenir un emploi véritablement rémunérateur. Son dernier emploi véritablement rémunérateur remonte à novembre 2005 lorsqu'elle a pris un congé de maladie pour invalidité en raison de douleur chronique et de dépression. La douleur chronique était concomitante à la dépression résistante aux traitements. Elle a souffert de douleurs chroniques au bas du dos avec exacerbation aiguë de la douleur pendant au moins 15 ans. En 2005, le Dr Yuen a diagnostiqué chez l'appelante une fibromyalgie. Il l'a réévaluée en 2007 et en 2011. Elle a subi des traitements de physiothérapie au cours des années et fait l'objet d'une évaluation à la clinique de la douleur Simcoe. La douleur chronique, en l'empêchant de bien fonctionner, nuit à sa capacité d'effectuer les tâches ménagères et le jardinage. Elle ne peut marcher ni demeurer assise pendant de longues périodes sans subir de douleur. Malgré ses efforts, elle a été incapable de travailler en raison de sa maladie grave et prolongée.

[38] Le 26 novembre 2012, l'appelante a consulté au sujet de son épaule droite. La douleur aurait commencé de façon insidieuse environ deux ans auparavant. En septembre 2012, une imagerie par résonance magnétique a révélé une déchirure du tendon sus-épineux sur toute son épaisseur, une déchirure partielle, en épaisseur, de la longue portion du biceps et une arthrose sévère à l'articulation acromio-claviculaires accompagnée d'une apophyse. Elle a reçu une injection de cortisone dans la région sous-acromiale.

[39] Le 15 juillet 2013, un rapport de radiologie portant sur la colonne cervicale a révélé un alignement normal, de légers ostéophytes sur les plateaux vertébraux et une arthrose facettaire du côté droit en C4-5.

[40] Une IRM du genou gauche prise le 18 août 2013 a révélé des conditions cohérentes avec une chondropathie de stade 4. L'IRM laissait supposer des changements dégénératifs du ménisque médial et une possible déchirure, des changements ostéo-arthritiques modérément graves du compartiment médial du genou, un épanchement articulaire modéré et une bursite de la rotule.

[41] Un rapport de radiologie du genou gauche, émis le 16 octobre 2013, a révélé une arthrose tricompartmentale légère à modérée et un faible épanchement articulaire supra patellaire.

[42] Le 13 novembre 2013, le Dr Newman a écrit que l'appelante avait été prise en charge à l'*Arthroplasty Clinic* pour son genou gauche. Elle s'était présentée avec des antécédents de douleur au genou gauche qui durait depuis plus d'un an. Le Dr Newman a déclaré que l'appelante présentait une arthrose modérée et était enthousiaste à l'idée de poursuivre les traitements non chirurgicaux.

[43] Le 23 mai 2014, le Dr O'Sullivan a vu l'appelante au sujet de son genou gauche. Ce dernier l'ennuyait principalement au moment de se relever après s'être agenouillée. L'examen n'a pas révélé d'épanchement. Le ligament du genou était stable et l'appelante avait conservé son amplitude de mouvement. Elle éprouvait une douleur à l'interligne articulaire. Les radiographies démontraient des changements ostéo-arthritiques légers à modérés. L'appelante a exprimé le souhait de poursuivre l'intervention non chirurgicale. Il a procédé à une injection de corticostéroïdes intra-articulaire. Le 18 septembre 2014, le Dr O'Sullivan a rencontré l'appelante pour un suivi. Les bienfaits de l'injection ont duré environ deux mois. La douleur a réapparu. La douleur l'ennuyait quand elle se relevait après s'être agenouillée. Elle lui causait aussi des problèmes de sommeil. Le Dr O'Sullivan a noté la concomitance de la dépression et de la fibromyalgie. Il n'avait pas l'impression que l'appelante était une candidate à l'intervention chirurgicale. Il lui a injecté de nouveau des corticostéroïdes.

[44] Le 12 janvier 2015, le Dr Urson a déclaré l'appelante était sa patiente depuis août 2012. L'appelante a reçu un diagnostic de trouble dépressif majeur, et de symptômes d'anxiété chronique grave découlant de ses symptômes dépressifs. Le Dr Urson a noté plusieurs problèmes de santé ayant pu contribuer à faire durer les symptômes dépressifs de l'appelante. Elle a déclaré que l'appelante souffrait toujours d'un manque d'entrain et d'un manque de motivation. Elle avait

peu d'énergie et souffrait de problèmes de sommeil. Elle avait des problèmes de mémoire et éprouvait de la difficulté à se concentrer.

[45] Le 3 février 2015, la Dre Issac a envoyé une lettre au Tribunal. Elle y déclarait qu'elle avait pris l'appelante en charge en juin 2014. Elle a affirmé que l'appelante souffrait toujours de problèmes chroniques de santé mentale et de santé physique, graves et prolongés. Elle était toujours atteinte d'une invalidité - de douleur chronique. En outre, elle souffre de fibromyalgie et d'une douleur chronique au bas du dos, causée par une discopathie dégénérative de la colonne vertébrale, et de douleur à l'épaule droite avec déchirure complète du muscle supraépineux et arthrose sévère dans les articulations acromio-claviculaires. La douleur à la hanche s'est manifestée plus tard. Aussi, elle souffre toujours de trouble dépressif majeur chronique et grave, et d'anxiété s'y rattachant. Le Dr. Urson, psychiatre, suit l'appelante régulièrement. Ses symptômes psychiatriques se perpétuent en raison de la douleur chronique et des autres affections. L'appelante souffre de problèmes de santé mentale et de santé physique graves et prolongés. On ne s'attend pas à ce que son état de santé s'améliore.

Preuve testimoniale

[46] L'appelante est mariée et mère de deux enfants. Son garçon a 39 ans et sa fille en a 32. Elle a vécu dans une maison de plain-pied à X pendant 17 ans. Son conjoint est entrepreneur en rénovation et installe des appareils électroménagers.

[47] L'appelante a terminé sa dixième année et une partie de sa onzième année. Elle a quitté l'école pour aller travailler comme caissière chez Loblaw's. Elle a aussi exécuté des tâches administratives à temps partiel, comme la dactylo, la retranscription, etc. Elle a travaillé chez Loblaw's entre 1969 et 1972. Elle a quitté son emploi chez Loblaw's pour retourner à l'école, au *Seneca College*, où elle a terminé un cours de six mois en administration. Elle est allée travailler pour *Ajet Sales* en 1973, en tant que réceptionniste. Elle a aussi fait un peu de facturation. Elle avait alors 21 ou 22 ans et était en bonne santé. Elle a quitté *Ajet Sales* pour aller travailler comme « assistante » chez *R. N. Manufacturing Co.* Elle faisait de la facturation, de l'inscription manuelle, etc. Elle a travaillé à cet endroit pendant cinq ans, jusqu'à ce que l'entreprise déménage. L'entreprise *Division Construction* l'a ensuite embauchée comme adjointe exécutive du président. Elle émettait les contrats, les documents d'appel d'offres, les documents de

préqualification pour les entrepreneurs, etc. Elle a travaillé à cet endroit entre 1978 et 1992. Pendant ce temps, elle a souffert de dépression. En 1982, elle s'est absentée du travail pendant neuf mois pour cause de dépression alors que sa mère était mourante. Elle s'est aussi absentée du travail à une autre occasion en raison du stress et de la dépression. Elle appréciait son travail et continuait à travailler malgré les embûches. Pendant ce temps, ses fonctions physiologiques se portaient bien. En 1992, la société a été mise sous séquestre. Elle a finalement été engagée comme conseillère en mode et conseillère aux ventes chez Penningtons. Penningtons a fait faillite. La société a été achetée par Reitmans qui a plus tard communiqué avec l'appelante pour l'engager comme gérante adjointe. Elle a travaillé à cet endroit entre 1993 et 1995. En 1995, elle a commencé à travailler à temps partiel pour le Dr S. P., dans un tout nouveau cabinet d'optométrie. Elle a suivi des cours qui lui ont permis de travailler en distribution. Elle a aussi travaillé comme réceptionniste, a fait de la facturation pour la Régie de l'assurance-maladie de l'Ontario et des évaluations de patient. À la suite du départ d'un de ses collègues de travail, elle a commencé à travailler à temps plein pour le Dr S. P., mais elle a continué à travailler chez Reitmans à temps partiel, le soir. Elle a remarqué que son niveau de stress s'accroissait. Elle devait fréquemment se pencher, s'agenouiller et s'accroupir et elle a remarqué qu'elle commençait à éprouver de la douleur au dos. Une thrombose s'était formée dans ses jambes. Elle a pris un congé de maladie en raison d'une dépression en 2002. Elle s'est absentée du travail pendant huit semaines, principalement en raison du stress auquel elle était exposée. À son retour au travail, elle n'était toujours pas remise de sa dépression. Elle a été renvoyée, tout comme d'autres membres du personnel. C'est alors qu'elle a reçu un appel du bureau du Dr S. et qu'on lui a offert de venir travailler pour lui. Elle était connue dans le milieu de l'optométrie, elle avait déjà organisé des parties de golf. Elle ne pouvait jouer au golf puisqu'elle ne pouvait parcourir le terrain à pied ou en voiturette, ce qui accentuait ses douleurs au dos. Elle a commencé à travailler « rondement » pour le Dr S. vers le début de 2004. Le travail était stressant et comportait beaucoup d'administration. L'appelante a travaillé pour le Dr S. jusqu'en novembre 2005 ou à un moment ou à un autre auparavant.

[48] Alors qu'elle travaillait pour le Dr S., elle a vécu des périodes de stress et d'anxiété. Elle a formé un deuxième employé que le Dr S. a engagé. En 2005, elle s'est absentée du travail pendant quatre à cinq mois environ. Le Dr S. lui téléphonait toutes les semaines pour lui demander à quel moment elle pourrait revenir au travail. La Dre Harris lui a déconseillé de

retourner travailler parce qu'elle ne parvenait pas à « se contenir » ou à parler sans pleurer. Elle souffrait également de douleurs insupportables au bas du dos. Elle avait de la difficulté à demeurer debout et parler aux patients. Elle peinait à rester en position assise pendant une longue période. Le Dr Yuen ait diagnostiqué chez l'appelante une fibromyalgie en 2006, mais la Dre Harris avait déjà, en 2005, discuté avec l'appelante de son état. Elle avait alors déclaré qu'elle était certaine que l'appelante souffrait de fibromyalgie et l'avait soumise à un test de points douloureux à la pression. Même si l'appelante parlait au Dr S. toutes les semaines, elle n'était pas en mesure de retourner travailler. La Dre Harris était opposée à l'idée que l'appelante retourne au travail. Certains jours, elle n'arrivait même pas à sortir du lit. Le Dr S. a finalement engagé quelqu'un d'autre.

[49] Après qu'elle eut quitté le bureau du Dr S., elle n'a jamais plus travaillé, à part pour l'entreprise de son mari, où occasionnellement, une fois par semaine pendant deux à quatre heures, elle répondait au téléphone ou faisait un peu de facturation. Parfois, elle se levait et s'en allait avant même d'avoir terminé les factures. Elle ne recevait jamais de salaire. Les époux partageaient un revenu à des fins fiscales. Son mari ne lui a jamais émis de feuillet T4.

[50] Entre le moment où elle a cessé de travailler pour le Dr S. et le moment où elle a présenté sa première demande de prestations du RPC, l'appelante a consulté le Dr Yuen, a continué de voir la Dre Harris et a suivi des traitements de physiothérapie. Elle a fait l'essai du programme de gestion de la douleur du Dr Menuck. Elle a suivi une thérapie de groupe une fois par semaine, s'est jointe à un groupe de discussion, a fait de l'exercice, du yoga, de la méditation et des exercices d'écriture. Mentalement, elle était encore stressée. C'est le décès de son père, en avril 2005, qui est à l'origine de sa dépression. Elle souffrait aussi de sérieux maux de tête, de problèmes au cou et de douleur aux épaules, si forte qu'elle avait l'impression que ses épaules sortaient de leur cavité. La Dre Harris l'a adressée au Dr Toye à X, qui lui a suggéré de subir une réduction mammaire. Elle a subi l'opération en 2006, ce qui lui a procuré seulement un soulagement partiel. À partir de ce moment, elle avait l'impression qu'elle ne pouvait plus garder la tête droite. Elle ne pouvait demeurer en position assise que pour une brève période et, en raison du stress et de la dépression, elle n'arrivait pas à se concentrer. Quand elle ne parvenait pas à dormir, elle passait son temps en ligne à acheter des articles ou à jouer à des jeux jusqu'à ce qu'elle s'endorme.

[51] En 2005, elle a été victime d'une grave chute. Elle est tombée sur le coccyx. Elle présentait un gros hématome au bas de sa colonne vertébrale. Elle a souffert d'une sténose du canal rachidien et d'une descente de l'utérus en raison de la chute. Elle devait subir une hystérectomie partielle aux environs de 2010. Même si elle souffrait de douleurs au dos antérieurement à la chute, cette dernière a amplifié ses douleurs. Elle est incapable de demeurer debout sur place sans pouvoir bouger ou s'asseoir. Elle ne peut jardiner. Son mari doit faire la lessive, le ménage et préparer les repas à sa place tant la douleur au dos s'est accentuée après sa chute en 2005.

[52] Elle a présenté une première demande de prestations du RPC en février 2007. Ni elle ni son médecin ne croyaient qu'elle pouvait retourner au travail. Elle souffrait d'une grave dépression et ne pouvait pratiquement pas se concentrer. Elle ne cherchait qu'à dormir toute la journée et toute la nuit, même si elle ne dormait pas en raison de l'insomnie. Elle ne voulait voir personne et ne voulait pas sortir de chez elle. Elle ne pouvait retourner dans son ancien emploi au cabinet d'optométrie puisqu'elle ne pouvait rester debout pour servir les patients.

[53] Entre le moment de sa première demande de prestations du RPC et de sa deuxième demande, elle a souffert de dépression et de problèmes de dos. Son état physique et son état mental ne se sont guère améliorés. Elle souffrait encore de dépression. Elle n'a pas fait suite au rejet de sa première demande puisqu'elle avait l'impression qu'on ne la croyait pas. Elle a abandonné.

[54] Bien que les réponses à son premier questionnaire aient été bien écrites, à la main, elle a mis un mois à le remplir. Elle passait quelques heures à la fois.

[55] Entre 2006 et 2012, elle a vu la Dre Harris et a reçu des traitements de physiothérapie et d'acupuncture. En 2012, la Dre Harris l'a incitée à présenter une demande de pension d'invalidité du RPC. À cette époque, son corps a subi des transformations. Elle a subi une hystérectomie et l'ostéoporose a fait surface. Elle a dû composer avec la fibromyalgie et les déchirures musculaires. Elle a déjà essayé, pour la fibromyalgie, un relaxant musculaire, chaud et froid, l'acupuncture, la physiothérapie et la marche. Elle était incapable de marcher, ne serait-ce qu'un pâté de maisons, sans douleur. S'asseoir était aussi douloureux puisqu'elle sentait l'hématome dans le bas de son dos qui exerçait une pression.

[56] En 2006, on lui a prescrit de l'Effexor et du Celexa. Puis on a changé pour Effexor et Wellbutrin. La Dre Harris craignait qu'elle devienne résistante aux médicaments. En 2012, elle l'a adressée à un psychiatre. Aujourd'hui, elle rencontre le Dr Urson tous les mois. Il croit qu'elle est résistante aux médicaments. Elle prend 450 mg de Wellbutrin, ce qui excède la limite canadienne, et 100 mg de Pristiq. Elle a aussi essayé Ability et plusieurs autres médicaments. Elle comprend que son organisme est réfractaire.

[57] Elle croit que sa situation s'est aggravée. Elle a perdu sa confiance en elle et son estime d'elle-même. Elle ne veut plus sortir du lit ou se rendre à ses rendez-vous médicaux. Elle passe ses journées à la maison. Elle dort un peu, se lève vers 11 h, mange son déjeuner (deux rôties), prend un cocktail de médicaments, fait une sieste à 13 h et flâne dans la maison. Elle ne fait aucune tâche ménagère. La nuit, quand elle n'arrive pas à dormir, elle passe du temps en ligne. Elle a passé des journées entières de cette façon, pendant des années, depuis qu'elle a cessé de travailler.

[58] Les réponses à son deuxième questionnaire étaient tapées à la machine parce que le procédé était plus rapide. Ses mains se contractent lorsqu'elle écrit à la main. Elle a mis deux semaines pour le remplir.

[59] Son corps semble la lâcher. Elle est souffrante, a de l'arthrite partout dans le corps et est incapable de rester debout ou d'être heureuse. Elle a des sautes d'humeur. Elle sait qu'elle ne peut pas se concentrer. Elle ne parvient pas à se sortir de la dépression. Elle souhaite avoir une meilleure qualité de vie dans l'avenir et pouvoir voir grandir ses petits-enfants. Cependant, elle se voit dans un fauteuil roulant puisqu'elle est incapable de se déplacer en ce moment. Elle reçoit de la cortisone dans son genou pour contrer la douleur. Elle a déjà reçu de la cortisone dans ses épaules. Elle a subi des claquages et des déchirures musculaires.

[60] À la suite de réponses à des questions du Tribunal, le Tribunal a fait référence au rapport de février 2007 du Dr Yuen dans lequel le médecin déclarait que les symptômes de l'appelante s'étaient améliorés de façon importante, et a demandé à l'appelante combien de temps avait duré l'atténuation des symptômes. Elle a déclaré que cette atténuation n'avait pas duré. Elle a continué à voir son médecin de famille pour ses médicaments. Le Dr Yuen lui avait prescrit un médicament qui lui a causé des éruptions. Elle a dû l'arrêter. En décembre 2007, elle avait des

problèmes musculaires aux jambes et des spasmes musculaires insoutenables la nuit. Une fois qu'elle a cessé le Celebrex que le Dr Yuen lui avait prescrit, la douleur a empiré.

[61] Après sa chute en 2005, elle avait du mal à s'asseoir. En décembre 2007, elle éprouvait toujours de la difficulté à s'asseoir. À la maison, elle pouvait demeurer assise pendant 20 à 30 minutes, puis elle devait se lever et faire des étirements du cou, des bras, du dos et des hanches.

[62] Au sujet du rapport du mois d'août 2011 du Dr Casse dans lequel il suggérait à l'appelante de perdre 100 lb et déclarait qu'elle ne croyait pas, malheureusement, qu'il s'agissait du meilleur traitement pour elle, l'appelante a déclaré avoir reçu cette suggestion comme une insulte. Elle pèse 230 lb. Si elle perdait 100 lb, elle descendrait à 130 lb, le poids qu'elle avait alors qu'elle était adolescente. Elle mange peu actuellement, prend un tas de médicaments et ne peut faire de l'exercice pour perdre du poids. Aussi, elle a subi une réduction mammaire qui lui a fait perdre 5 lb dans chaque sein.

[63] Au sujet du rapport de septembre 2011 du Dr Wilkin, qui faisait référence à la conduite, l'appelante a expliqué qu'elle conduirait jusqu'au cabinet de son médecin, en ville. Après qu'elle eut cessé de travailler, elle conduisait uniquement pour se rendre à ses rendez-vous médicaux.

[64] Pour ce qui est des pièces GT11-78-79, c'est-à-dire les notes de suivi de la Dre Harris qui font référence à la rémission de la dépression en 2008, l'appelante conteste l'affirmation selon laquelle sa dépression était en rémission. Elle affirme qu'elle avait compris que la Dre Harris fournirait une lettre dans laquelle elle n'ait avoir déjà déclaré que la dépression de l'appelante était en rémission. Selon l'appelante, la Dre Harris a nié avoir tenu de tels propos et a mentionné que ce n'était pas ce qu'elle voulait dire. Le Tribunal a aussi demandé à l'appelante de se prononcer sur la pièce GT11-93, une autre note de suivi de la Dre Harris, selon laquelle l'état de santé de l'appelante avait été en rémission pendant plusieurs années puis avait fait l'objet d'une rechute en 2010. L'appelante a nié l'existence de toute rémission au cours de cette période. Elle a dit qu'elle prenait alors des médicaments qui n'ont eu aucun effet, et qu'elle ne se rappelle pas avoir remarqué une quelconque amélioration de son état.

[65] Quant aux observations de l'intimé selon lesquelles des appels, dont le message provenait d'E. R. (son mari) et P. R., ont été faits à son numéro de téléphone résidentiel en 2012,

l'appelante a expliqué qu'elle n'avait aucune participation dans l'entreprise. Cette dernière n'avait pas sa propre ligne téléphonique. E. R. avait un numéro de télécopieur distinct pour l'entreprise.

[66] Lors du réexamen, l'appelante a affirmé qu'en aucun temps entre 2007 et sa demande actuelle la Dre Harris et elle n'ont discuté de son retour au travail. La Dre Harris l'a encouragée à remplir la demande de 2012.

[67] Le mari de l'appelante a témoigné. Il est le propriétaire unique d'*X Contracting*. L'appelante ne figure pas aux registres de la banque. À une certaine époque, il lui demandait son aide pour faire un peu de facturation. Un comptable intervenait et prenait la situation en main. Elle était malade. Quand son mari arrivait à la maison, elle dormait. Il l'amenait à ses rendez-vous avec les spécialistes en dehors de la ville.

[68] Son comptable leur a suggéré de fractionner leurs revenus à des fins fiscales. L'appelante n'est pas une employée salariée de l'entreprise ni une propriétaire d'une partie de l'entreprise.

OBSERVATIONS

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

- a) Elle a cessé de travailler pour une tierce partie en novembre 2005, alors qu'elle était encore technicienne, en raison d'une dépression et de douleurs chroniques au dos. Par la suite, elle a seulement travaillé à entrer des factures dans un ordinateur pour le comptable de son mari. Les contributions au RPC et les gains subséquents à sa cessation d'emploi en 2005 ont servi au fractionnement de revenu.
- b) Par rapport aux antécédents en matière de dépression, seul le diagnostic de dépression majeure en 2005 l'a contrainte à cesser de travailler. Ses antécédents révèlent aussi qu'avant 2012 elle a lutté pendant 15 ans contre des douleurs au dos et une douleur physique généralisée. Elle a reçu son premier diagnostic de fibromyalgie en 2005. Il est admis que les affections à l'épaule droite de l'appelante, et les traitements s'y rapportant, sont survenues après sa période minimale d'admissibilité.

- c) La Dre Harris a exposé les grandes lignes de la fibromyalgie et du trouble dépressif majeur. Dans le premier rapport médical du RPC qu'a reçu l'appelante en 2007, la Dre Harris a souligné les douleurs articulaires, les plaintes de douleur continue et de douleur musculo-squelettique généralisée que l'appelante a subies au cours des cinq années précédentes. Il est indiqué que l'appelante n'est pas très habile pour vaquer aux tâches ménagères en raison de la fatigue et de la douleur chronique généralisée. Elle n'est pas très habile, non plus, pour effectuer la tenue de livres en raison de crampes aux doigts au moment d'utiliser un clavier, et de problèmes de concentration. Enfin, elle n'est pas très habile pour effectuer la plupart de ses activités de la vie quotidienne. Dans le deuxième rapport médical du RPC, de mars 2012, la Dre Harris a relaté les douleurs chroniques au bas du dos qui sévissaient depuis 2004 et s'étaient accentué, la fibromyalgie diagnostiquée en 2006 par le Dr Yuen, la présence du trouble dépressif majeur depuis 1995 et l'arthrose.
- d) Il est manifeste qu'avant 2004 la douleur au bas du dos fut chronique pendant 15 ans. La date du diagnostic de fibromyalgie ne signifie pas que l'appelante ne souffrait pas de ce trouble depuis longtemps avant ce diagnostic. Selon ce qui est indiqué, le trouble dépressif majeur était récurrent depuis 1995. La Dre Harris a décrit les caractéristiques physiques et les limitations fonctionnelles liées au trouble dépressif majeur et à la douleur à l'épaule droite au moment de travailler la tête basculée vers l'arrière. Parmi les problèmes énoncés dans son rapport de mars 2012, la seule affection qui est nouvelle depuis la présentation de la demande en 2007 concerne l'épaule de l'appelante.
- e) Dans son rapport du 26 octobre 2012, la Dre Harris a déclaré : [traduction] « depuis que je la connais, l'appelante souffre d'un trouble dépressif majeur récurrent et cyclique ». Elle a déclaré qu'avec le temps la dépression de l'appelante était devenue réfractaire aux traitements. Elle était devenue suffisamment grave et prolongée pour empêcher l'appelante de détenir un emploi véritablement rémunérateur. La Dre Harris a confirmé la présence de douleur chronique en déclarant que l'appelante avait souffert de douleur au bas du dos avec exacerbation aiguë pendant au moins 15 ans.
- f) Le Dr Urson, qui a pris en charge le dossier de l'appelante en 2012, a confirmé la

présence et le diagnostic de trouble dépressif majeur - que la Dre Harris avait identifié en 2005.

- g) Le Dr Day, de la clinique de la douleur Simcoe, dans son rapport du 11 mai 2012, a fait référence à une chute qui a eu lieu en 2005 et qui s'est accompagnée d'un long historique de douleur au dos. Il a passé en revue le résultat du tomodensitogramme de 2009, soulignant qu'il révélait une discopathie dégénérative à divers degrés, une sténose en L4-5 et une atteinte des facettes articulaires en L5-S1. Il estime également que les problèmes au bas du dos étaient de nature mécanique. Il s'agit d'une conclusion importante puisque plusieurs plaintes de douleurs mettant en cause la fibromyalgie sont formulées sans réelle origine physique ou mécanique. La gestion des symptômes de la fibromyalgie n'entraîne pas le règlement des symptômes émanant des problèmes mécaniques ou physiques au dos de l'appelante.
- h) Dans son rapport d'avril 2012, le Dr Rampes a remarqué que l'appelante avait des antécédents de dépression précoce qui s'est manifestée à l'âge de 16 ans. En outre, il a souligné l'usage continu de médicament et l'essai de la thérapie cognitivo comportementale avec le Dr Menuck en 2006.
- i) L'essai de la thérapie cognitivo comportementale avec le Dr Menuck se veut le premier indice, dans l'histoire de l'appelante, voulant que les conclusions de la Dre Harris, selon lesquelles la dépression de l'appelante était réfractaire aux médicaments, fussent fondées. Le Dr Rampes a confirmé l'existence d'une dépression chronique. Selon lui, l'appelante souffrait de trouble dépressif majeur. On assiste à l'existence d'antécédents de dépression continue qui ont abouti à un diagnostic final de trouble dépressif majeur entre le moment du diagnostic en 2005 et aujourd'hui.
- j) L'appelante a mentionné, dans sa première demande de prestations du RPC, qu'elle était incapable de travailler en raison d'une dépression accompagnée de difficultés à se concentrer. Elle a signalé qu'elle était aux prises avec une faiblesse et des spasmes musculaires, une amplitude de mouvement réduite et une perte de maîtrise de ses émotions. Elle a aussi signalé qu'elle était incapable de demeurer assise pendant de longues périodes, qu'elle souffrait de douleurs chroniques au bas du dos, d'œdème dans

les jambes, de contractions des doigts au moment d'écrire ou de taper à la machine, et de spasmes musculaires dans les jambes ou les aines. Dans sa deuxième demande de prestations du RPC, l'appelante a signalé qu'elle était incapable de travailler depuis novembre 2005 en raison, notamment, d'un trouble dépressif majeur, d'une arthrite, d'une fibromyalgie, d'une difficulté à s'asseoir, se pencher, et demeurer debout, d'une fatigue, d'une insomnie, d'une difficulté à se concentrer, d'une irritabilité au contact des gens et du bruit. Les raisons pour lesquelles elle se plaignait en 2012 concordent tout à fait avec les problèmes qui l'avaient empêchée de travailler au moment de sa dépression en 2007, lors de sa première demande de prestations.

- k) Dans son rapport du 2 juillet 2007, elle a mentionné qu'elle avait, avec l'avis de ses médecins, changé plusieurs fois de médicaments. Son état résiste aux traitements. Elle a signalé d'importantes limitations physiques, y compris une douleur chronique au dos, des problèmes de préhension et des difficultés à écrire découlant d'une opération pour un syndrome du canal carpien, une bursite, une thrombose, un syndrome de la jambe sans repos, des troubles du sommeil, des épines calcanéennes et 18/18 points douloureux à la pression pour le diagnostic de la fibromyalgie. Dans son questionnaire de février 2007, l'appelante a signalé qu'elle n'avait pu achever le cours du Dr Menuck en juin 2006 puisqu'elle était incapable de se concentrer et de faire les travaux.
- l) Dans sa première demande, l'appelante a déclaré qu'elle faisait de la tenue de livres une journée par semaine pendant deux heures. Elle saisissait des factures pour le comptable de l'entreprise de son mari. Elle n'a pas fait mention de cette activité dans sa deuxième demande. Elle a fourni une copie de ses déclarations de revenus des années 2003 à 2007. Les revenus étaient déclarés aux fins du fractionnement de revenus entre l'appelant et son mari. L'appelante ne faisait qu'effectuer un travail occasionnel pour son mari. Les montants qu'elle déclarait et les tâches qu'elle assumait ne témoignent pas de sa capacité à détenir une occupation véritablement rémunératrice et n'en constituent pas une preuve crédible.
- m) L'invalidité de l'appelante est grave et prolongée au sens du RPC. Elle n'a pas travaillé ailleurs qu'à la maison depuis novembre 2005 et n'a effectué que de petites tâches pour

l'entreprise de son mari. Malgré des efforts considérables et de multiples interventions médicales en matière de réadaptation, l'état de l'appelante l'a empêchée d'occuper un emploi et a limité de façon importante ses activités de la vie quotidienne.

- n) En refusant la première demande, le préposé au règlement des demandes du RPC a interprété la réponse de l'appelante, selon laquelle les médicaments contre la fibromyalgie l'aidaient partiellement, comme un signe d'une guérison prochaine lorsqu'il en a tenu compte conjointement avec le pronostic de l'appelante et la participation de cette dernière à la thérapie de groupe du Dr Menuck à la clinique de la douleur chronique. Il s'agit d'une erreur. Bien qu'une personne puisse se rétablir d'une maladie invalidante et retourner travailler, si à un moment donné, au moment de l'évaluation, elle est toujours atteinte d'une invalidité au sens de l'article 44 du RPC, ce n'est pas la possibilité de rétablissement qu'on doit prendre en compte.
- o) L'appelante désapprouve le fait que le préposé aux demandes, dans sa lettre de refus d'août 2012, ait focalisé sur l'absence de traitement par électrochocs ou d'hospitalisation, ou sur la déclaration, figurant au rapport psychiatrique de 2012, selon laquelle l'appelante semblait bien se porter en 2006. Son examen ne tient pas compte des rapports médicaux de son propre médecin, selon lesquels sa dépression s'est avérée réfractaire aux traitements depuis 2005. Il ne tient pas non plus compte des tentatives de l'appelante d'entreprendre une thérapie avec le Dr Menuck en 2006. Il se fonde sur la croyance selon laquelle une personne qui souffre de dépression doit d'abord être hospitalisée avant que son état soit jugé suffisamment grave pour être invalidant.
- p) La conclusion selon laquelle la fibromyalgie de l'appelante peut avoir été maîtrisée en 2007 ne tient pas compte du fait que sa dépression et l'intensité de la douleur ne se soient pas atténuées avant la fin de 2007. Aussi, la plupart des problèmes de dos de l'appelante étaient, en fait, d'origine mécanique. Par conséquent, le fait que les symptômes de fibromyalgie soient maîtrisés ou non n'est d'aucun secours pour la douleur au dos et l'inconfort. Le problème de santé diagnostiqué de l'appelante est de nature grave, chronique et dégénérative.
- q) L'arrêt *Villani* a proposé une approche beaucoup plus libérale pour déterminer une

invalidité au sens du RPC.

- r) Le seuil permettant de déterminer si un emploi est considéré comme une « occupation véritablement rémunératrice », aux termes de la directive en matière de politique du programme de sécurité du revenu (comme on le nommait à l'époque), était de 8 559 \$ en 1995. En dollars de 2013, ce montant équivaldrait à 12 002,16 \$. Les revenus répartis entre l'appelante et son époux étaient considérablement inférieurs au montant du seuil, à l'exception des revenus répartis en 2013. La répartition de 2013 se veut une anomalie attribuable à la performance de l'entreprise de l'époux de l'appelante cette année-là.
- s) Lors de sa plaidoirie, l'avocat de l'appelante a fait l'analogie avec un coffre d'outils. L'appelante s'est réalisée dans le contexte de son travail. Il est aussi manifeste qu'elle a connu des cycles de travail. Au fil du temps, le cycle de la dépression a régressé. Le mot « rémission » doit être utilisé avec prudence. L'appelante est atteinte d'une invalidité grave et prolongée attribuable à la dépression et à des problèmes physiques. À mesure que ces troubles ont commencé à se faire sentir, la capacité de l'appelante à composer avec la dépression et avec ses autres problèmes (p. ex. les chutes, les poussées de fibromyalgie) a diminué. Elle ne pouvait plus se donner à fond. À la fin de la période minimale d'admissibilité, l'invalidité de l'appelante était grave et prolongée.
- t) Son état est réfractaire, ce qui convient à la définition d'une invalidité prolongée. À partir de 2007, elle ne pouvait plus composer avec son état de santé, ne pouvait plus se réaliser. Elle n'arrivait plus à récupérer.
- u) Les recommandations du Dr Casse au sujet d'une perte de poids n'étaient pas réalistes. Il n'était pas au courant de l'incapacité de l'appelante à faire de l'exercice.

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

- a) Sa demande de prestations d'invalidité repose sur la dépression, l'arthrite, la fibromyalgie, la sténose du canal rachidien, la douleur, la fatigue, l'insomnie, l'irritabilité et la faible capacité de concentration. Elle dit avoir cessé de travailler

comme technicienne en optométrie en novembre 2005 en raison d'une dépression et de douleurs chroniques au dos. Bien qu'elle soit incapable d'effectuer son travail habituel, elle n'a pas tenté de trouver un autre emploi moins ardu.

- b) Elle avait 54 ans à la fin de sa période minimale d'admissibilité, et 59 ans à la date de sa demande. Elle possède un diplôme d'études collégiales en administration et a obtenu un certificat en technique d'optométrie.
- c) Son problème de santé n'est pas sérieux. En septembre 2006, le Dr Yuen, rhumatologue, a indiqué qu'elle ne souffrait pas d'arthrite importante ou d'arthrose généralisée. L'examen physique de l'appelante et les tests diagnostiques ne révélaient rien de particulier. En février 2007, le Dr Yuen a déclaré que l'appelante répondait bien aux médicaments et que « cela avait eu pour effet d'atténuer grandement ses symptômes ». Bien qu'elle ait reçu un diagnostic de fibromyalgie, à l'examen on ne lui a imposé aucune limitation qui l'empêcherait d'occuper toute forme d'emploi.
- d) En mai 2008, la Dre Wilkins, médecin, l'a examinée. Elle a mentionné que l'appelante présentait une bonne amplitude de mouvement des membres supérieurs et inférieurs, une force normale dans tous les groupes de muscles et aucune atrophie musculaire. La Dre Wilkins a diagnostiqué chez l'appelante un syndrome du canal carpien et lui a suggéré l'intervention chirurgicale. Elle n'a fait part d'aucune limitation physique qui étayerait l'existence d'un trouble l'empêchant d'occuper un emploi après la fin de sa période minimale d'admissibilité.
- e) Les résultats de tests effectués en avril et en juin 2009 ont révélé certains changements dans le bas du dos, mais n'ont révélé aucune anomalie.
- f) Les rapports médicaux objectifs démontrant l'incapacité à travailler de l'appelante vers la fin de sa PMA font défaut. En août 2012, le Dr Urson a rapporté que l'appelante avait l'impression que sa dépression s'était aggravée en 2005 en raison du stress auquel elle était confrontée au travail et d'un concours de circonstances. Cependant, ses antécédents relatifs au traitement comprennent les médicaments depuis 2000, la thérapie de groupe en 2006 et une évaluation psychiatrique en 2012. Aucune trace d'un suivi effectué par

un professionnel de la santé n'a été présentée pour corroborer le diagnostic de dépression grave depuis la fin de la PMA jusqu'à aujourd'hui.

- g) En septembre 2012, la Dre Harris a déclaré qu'une dépression résistante aux traitements empêchait l'appelante de travailler. Elle continuait de voir le Dr Urson, psychiatre, et avait consulté le Dr Rampes, psychiatre, auparavant. Elle a déclaré, dans son questionnaire de mai 2012, qu'elle avait consulté le Dr Rampes en avril 2012, soit plus de quatre ans après la fin de sa période minimale d'admissibilité. Elle a affirmé qu'elle n'avait pas vu d'autre psychiatre au cours des deux dernières années. Les renseignements dont on dispose sont insuffisants pour appuyer l'existence de limitations psychiatriques qui empêchent l'appelante de travailler depuis décembre 2007.
- h) Elle dit avoir cessé de travailler en novembre 2005. Des appels téléphoniques ont été faits à son numéro de téléphone résidentiel en juin 2012 et en décembre 2012. Il importe de souligner que le message entendu dans la boîte vocale provenait d' « E. R. et P. R. » et annonçait une entreprise au nom d'*X Contracting*. Le registre des gains de l'appelante comprenait des revenus de travail indépendant de 9 380 \$ en 2007 et de 8 500 \$ en 2012, à la fin de la période minimale d'admissibilité.
- i) L'appelante a par la suite expliqué que ses revenus de travail indépendant en 2012 et 2013 (après la période minimale d'admissibilité) ont fait l'objet d'un fractionnement avec les revenus de son époux afin de réduire le fardeau fiscal.
- j) Elle a présenté plusieurs rapports médicaux et plusieurs rapports de tests de diagnostic datant de 2013 à 2015. Bien qu'elle soit informative, la période minimale d'admissibilité de l'appelante a pris fin le 31 décembre 2007. Les éléments de preuve recueillis plusieurs années après cette date n'ont rien à voir avec la capacité de travailler de l'appelante durant cette période.
- k) L'intimé reconnaît que l'appelante a certaines limitations attribuables à la fibromyalgie et à la dépression dont elle souffre depuis plusieurs années. Cependant, la preuve médicale ne démontre aucune pathologie ou aucun trouble sérieux qui l'aurait empêchée, depuis décembre 2007, d'occuper un emploi convenable. Les recherches n'ont démontré aucun

trouble majeur. Les examens physiques effectués par un rhumatologue ou un spécialiste de la psychiatrie et de la réadaptation n'ont révélé aucune limitation physique. Bien qu'elle souffre de dépression depuis longtemps, l'appelante a gardé la capacité de travailler dans ces conditions pendant plusieurs années. De 2005 à aujourd'hui, elle n'a pas eu besoin de suivi continu de la part d'un professionnel en santé mentale. Le seul traitement en santé mentale dont elle bénéficiait à la fin de sa période minimale d'admissibilité se résumait aux médicaments.

- 1) Bien que l'état de santé de l'appelante se soit dégradé en 2011 et 2012, on ne dispose pas de rapports médicaux émis autour de la date de fin de la période minimale d'admissibilité qui démontrent un état de santé qui l'aurait empêchée d'exercer tout type d'emploi à la fin de la période minimale d'admissibilité et de façon continue par la suite.

ANALYSE

[71] L'appelante doit prouver, selon la prépondérance des probabilités, qu'elle était atteinte d'une invalidité grave et prolongée le 31 décembre 2007 ou avant cette date.

Invalidité grave

[72] Le rapport médical soutient les conclusions de l'appelante selon lesquelles cette dernière souffrait de dépression et de fibromyalgie, avant et après la période minimale d'admissibilité. L'intimé estime que cette preuve médicale récente n'existait pas pendant la période minimale d'admissibilité ou à la fin de cette période, ce qui témoigne de l'existence d'une invalidité grave à ce moment et de manière permanente par la suite.

[73] Le Tribunal examinera l'ensemble de la preuve, y compris les rapports médicaux antérieurs et postérieurs à la période minimale d'admissibilité, le témoignage de l'appelante et l'ensemble du dossier pour déterminer la gravité de l'invalidité de l'appelante à la fin de la période minimale d'admissibilité.

Trouble dépressif majeur

[74] Le Dr Noorani, psychiatre, a indiqué, le 28 février 2006, que l'appelante avait lutté contre la dépression pendant au moins quatre ans et qu'elle avait vécu une rechute en octobre 2005 à la

suite de la mort de son père en avril 2005. L'appelante a dit que la plupart du temps elle avait de la difficulté à dormir, elle avait perdu l'appétit, elle manquait d'énergie et de motivation, elle avait de la difficulté à se concentrer et être victime d'attaques de panique. Le Dr Noorani a établi une cote de 55-60 sur l'échelle d'EGF.

[75] Au soutien de la demande initiale de prestations du RPC de l'appelante, la Dre Harris a rempli le rapport médical du RPC vers janvier 2007. Elle a diagnostiqué un trouble dépressif majeur. Elle a indiqué que l'appelante éprouvait des difficultés à se concentrer, a participé à la thérapie de groupe du Dr Menuck et que son trouble dépressif majeur n'était pas en rémission complète. Les doses plus élevées d'Effexor l'ont aidée, mais elle n'en tolérait pas les effets secondaires. La Dre Harris a déclaré que les symptômes de dépression pouvaient encore s'atténuer.

[76] Le Tribunal est convaincu que l'appelante avait des problèmes de dépression importants qui nécessitaient qu'elle cesse de travailler en novembre 2005. Comme il a été mentionné, le Dr Noorani, psychiatre, a décrit la rechute de l'appelante en octobre 2005, à la suite de la mort de son père en avril 2005. Dans sa lettre de juillet 2007, seulement cinq mois avant la période minimale d'admissibilité, l'appelante a déclaré que son invalidité mentale avait contribué fortement à ses pertes de mémoire, à ses difficultés de concentration, à sa fatigue chronique invalidante et à ses problèmes de comportement cognitif. Elle a décrit plus en détail le défi que représentaient les interactions avec les autres, y compris ses problèmes à chercher ses mots, son bégaiement, son manque de contrôle de ses émotions, ses sautes d'humeur, ses problèmes de mémoire et d'attention. Elle a déclaré qu'elle attendait de voir un psychiatre.

[77] Le Tribunal est convaincu que l'appelante a souffert de dépression invalidante, avant et après la période minimale d'admissibilité. Elle a reçu un diagnostic de dépression en 1969, à l'âge de 16 ans, et a longtemps pris des antidépresseurs. Cependant, il n'était pas question qu'elle retourne travailler dans ces conditions. Le test RPC-D ne s'attarde pas au diagnostic, mais plutôt au trouble fonctionnel découlant de l'état de santé de l'appelante et à son effet sur la capacité de cette dernière à détenir régulièrement une occupation véritablement rémunératrice. La question dont le Tribunal est saisi est de savoir si l'appelante est devenue régulièrement incapable de

détenir une occupation véritablement rémunératrice depuis sa rechute d'octobre 2005 et en raison des autres affections invalidantes qui l'affligent depuis le 31 décembre 2007.

[78] Le Tribunal est convaincu, à la lumière du témoignage de l'appelante et de la preuve documentaire, que la dépression de l'appelante était gravement invalidante avant l'expiration de sa période minimale d'admissibilité.

[79] Le Tribunal souligne que le 15 décembre 2009, la Dre Harris a signalé que le trouble dépressif de l'appelante était en rémission en 2008 (GT11-78 et 789). Cette affirmation appuie une conclusion selon laquelle le trouble dépressif de l'appelante n'était pas encore en rémission à la fin de la période minimale d'admissibilité. Selon les notes de suivi du 4 mai 2012 de la Dre Harris (GT11-93), il y a eu de nouveau rechute en 2010.

[80] Par conséquent, le Tribunal est convaincu que la dépression continuait de rendre l'appelante gravement invalide à la fin de la période minimale d'admissibilité, étant donné ses changements d'humeur, ses problèmes de concentration, de mémoire, de sommeil, sa fatigue et son manque de motivation. Le Tribunal est convaincu que les défis qu'ont posés ces symptômes auraient empêché l'appelante de détenir régulièrement une occupation véritablement rémunératrice.

[81] Le Tribunal se penchera sur le trouble dépressif récurrent de l'appelante puisqu'il concerne le caractère prolongé de la définition d'invalidité du RPC.

Fibromyalgie et douleur au dos

[82] Le Dr Yuen a reçu l'appelante en septembre 2006 pour de multiples douleurs articulaires qui duraient depuis plus de cinq ans. Son examen a révélé que la douleur impliquait son dos, ses coudes, ses genoux, ses fesses, ses hanches et ses pieds. On a noté que la douleur était présente la plupart du temps et qu'elle était pire le matin et après l'activité. Cependant, à l'examen, elle a aussi réussi à lever ses jambes. Elle a aussi démontré une bonne amplitude de mouvement du rachis cervical, une légère limitation de la flexion et de l'extension lombaires, une bonne amplitude de mouvement des articulations des membres inférieurs et supérieurs, et aucune synovite active. Selon le Dr Yuen, l'examen clinique de l'appelante était normal. Cela laisse entendre que sa déficience fonctionnelle n'était pas très importante. Cependant, il a aussi déclaré que l'appelante présentait des points sensibles à la pression dans les quatre quadrants de son

corps. Selon lui, les symptômes de l'appelante étaient vraisemblablement attribuables à la fibromyalgie. Par conséquent, il a changé ses médicaments et l'a dirigée vers un programme à l'intention des personnes aux prises avec la fibromyalgie. La portée de ce rapport laisse supposer que le Dr Yuen a pris la douleur et les limitations de l'appelante au sérieux malgré la faible étendue des résultats d'examen. De façon similaire, dans son rapport d'octobre 2016, le Dr Yuen a déclaré qu'en dépit des résultats normaux des examens, l'appelante était fatiguée, éprouvait une douleur diffuse et continuait de présenter des points sensibles à la pression dans chacun de ses quatre quadrants. Cependant, dans son rapport de février 2007, le Dr Yuen a mentionné que les symptômes de l'appelante s'étaient grandement atténués et qu'elle était moins souffrante - bien qu'elle lui ait signalé une certaine faiblesse de la hanche et des cuisses malgré une force normale d'un point de vue clinique.

[83] À la suite du rapport du Dr Yuen, rhumatologue, le dossier médical est plutôt silencieux au sujet de la fibromyalgie de l'appelante après la période minimale d'admissibilité et pendant une longue période par la suite. Par conséquent, comme pour ce qui est de la dépression, le Tribunal examinera l'ensemble de la preuve, y compris le témoignage de l'appelante. Comme le fait remarquer le Tribunal, ce témoignage est primordial dans l'évaluation de l'admissibilité d'un demandeur dans un contexte de fibromyalgie alors que peu de tests objectifs permettent de vérifier le caractère invalidant de l'état de santé et donc de déterminer si l'appelante était vraisemblablement atteinte d'une invalidité grave.

[84] Le Tribunal remarque que l'appelante a affirmé de façon crédible, sans problème, que les gains décrits par le Dr Yuen dans son rapport de février 2007 étaient de courte durée. L'appelante a aussi affirmé que depuis sa chute sur le dos en 2005, elle souffrait d'importantes douleurs au dos. La douleur était toujours aussi intense et, depuis décembre 2007, elle ne peut toujours pas s'asseoir ou se tenir debout pendant de longues périodes. Malgré les traitements de physiothérapie et les médicaments qu'elle prenait, l'appelante a continué à ressentir une douleur généralisée dans le corps et dans le bas du dos, qui lui a imposé des limitations fonctionnelles.

[85] Dans son rapport de mai 2012, le Dr May, de la clinique de la douleur Simcoe, a signalé que l'appelante avait déclaré être tombée sur le coccyx en 2005 et avoir remarqué, depuis ce temps, que son dos était particulièrement en mauvais état. Elle a décrit la douleur au bas du dos qui

irradiait jusque dans les fesses, autour des genoux et dans les mollets. Le Dr May a signalé que le Dr Yuen avait diagnostiqué une fibromyalgie en 2007 chez l'appelante. Cette dernière se plaignait alors d'une fibromyalgie tenace, d'une douleur lancinante dans tout le corps, particulièrement dans les épaules, le dos et les jambes. Le Dr May a diagnostiqué une fibromyalgie, des douleurs chroniques au bas du dos et une certaine discopathie dégénérative, une maladie des facettes, une sténose du canal rachidien et des douleurs chroniques accompagnées d'une dépression sous-jacente. Concernant les douleurs au dos, le Dr May est d'avis que la plupart des symptômes de l'appelante étaient d'origine mécanique, ce qui signifiait que la douleur aux jambes pouvait être liée à la sténose du canal rachidien.

[86] Le Tribunal remarque que la Dre Harris a déclaré, dans son rapport médical du RPC de mars 2012, que l'appelante souffrait, depuis 2004, de douleurs chroniques au bas du dos accompagnées d'une exacerbation aiguë de la douleur.

[87] Le Tribunal signale en outre que le Dr Yuen a rencontré l'appelante en octobre 2012 et que leur dernière rencontre précédente remontait à 2007. Le Dr Yuen a déclaré qu'il lui avait prescrit du Tramacet précédemment et que l'appelante avait par la suite constaté une certaine atténuation de ses symptômes. À l'examen, l'appelante présentait 18 points de fibromyalgie sur 18. Le Dr Yuen a déclaré qu'il avait vu l'appelante pour la première fois en 2006 et qu'elle avait des antécédents de douleurs articulaires multiples s'étendant sur plus de cinq ans. Il a aussi réitéré son précédent diagnostic de fibromyalgie. Il a déclaré qu'elle souffrait **encore** (souligné par le soussigné) d'une douleur généralisée en plus de mentionner qu'elle était aux prises avec un mauvais sommeil, un manque d'énergie, la fatigue et une douleur **persistante** (souligné par le soussigné) attribuable à la fibromyalgie.

[88] Dans son rapport de septembre 2011, le Dr Wilkins a déclaré : « Je pense qu'il s'agit davantage d'une douleur attribuable à la fibromyalgie, et à une douleur de nature mécanique, qu'à une douleur émanant d'une sténose du canal rachidien.

[89] Le Tribunal est convaincu que les rapports médicaux post-PMA et le témoignage de l'appelante appuient la conclusion selon laquelle l'appelante a souffert de façon continue d'une douleur persistante et de douleurs articulaires multiples depuis la fin de la période minimale d'admissibilité. Le Tribunal est aussi convaincu, tout compte fait, que l'appelante était

régulièrement incapable de détenir une occupation véritablement rémunératrice, y compris des tâches légères dans le cadre d'un travail sédentaire, à la date à laquelle sa PMA a pris fin. Son incapacité découlait de ses limitations en général, qui nuisaient à sa capacité à rester en position assise ou debout pendant de longues périodes, son sommeil, son niveau d'énergie, son degré de fatigue, et sa capacité de concentration. Étant donné ces problèmes persistants, il est difficile d'imaginer comment l'appelante pourrait de façon réaliste exercer ses activités dans un marché du travail concurrentiel, que ce soit à temps plein ou à temps partiel.

SCC

[90] Dans son rapport du 8 mai 2008, le Dr Wilkins a signalé que l'appelante, une responsable de la tenue de livres droitière, souffrait depuis deux ans de douleurs, d'engourdissements et de picotement dans les deux mains, mais davantage dans la main droite. Ces maux la réveillaient la nuit. Elle utilisait parfois une attelle, mais cet appareil ne l'a pas vraiment aidée.

[91] Étant donné la période susmentionnée énoncée par la Dre Wilkins, le Tribunal est convaincu que l'origine du SCC remonte au mois de mai 2006 environ, avant la date à laquelle a pris fin la PMA. La Dre Wilkins a indiqué qu'il serait prudent de pratiquer une libération chirurgicale. Par conséquent, le Tribunal est convaincu que le syndrome du canal carpien a contribué à l'aggravation de l'invalidité essentiellement grave de l'appelante à la date à laquelle a pris fin la PMA.

Épaule et genoux

[92] Le Tribunal a aussi passé en revue les autres aspects de l'état de santé de l'appelante, énoncés dans le dossier médical, et n'est pas convaincu qu'ils permettent, ensemble ou individuellement, de conclure à une invalidité grave à la date marquant la fin de la PMA ou avant cette date. Le Tribunal remarque en particulier que l'appelante a commencé à souffrir de douleurs à l'épaule droite environ quatre mois avant sa visite chez le Dr May, à la clinique de la douleur Simcoe, en mai 2012. Cette période se situe après la période minimale d'admissibilité. D'après le rapport de novembre 2012 du *Royal Victoria Regional Health Centre*, l'appelante a été examinée pour un problème à l'épaule droite survenu de « façon insidieuse » environ deux ans auparavant. Bien qu'on ait appris qu'elle souffrait de douleurs au genou selon le rapport de novembre 2013 du

Dr Newman, l'appelante s'était présentée à la clinique d'arthroplastie après avoir souffert pendant plus d'un an de douleurs au genou gauche, ce qui selon le Tribunal témoigne d'une apparition récente du mal.

Capacité à travailler et revenus

[93] Le Tribunal a aussi tenu compte de la preuve au sujet des tâches limitées de l'appelante en matière de tenue de livres (deux heures par semaine entre juin 1998 et décembre 2006) qu'elle a effectuées pour l'entreprise de son époux. Le Tribunal estime que ces tâches ne reflétaient pas la capacité régulière de l'appelante à détenir une occupation véritablement rémunératrice à la date à laquelle la PMA a pris fin. Le Tribunal accepte en outre les explications de l'appelante, corroborées par son époux, selon lesquelles les revenus qui lui sont attribués et qui figuraient à son état des gains y étaient en raison d'un fractionnement de ses revenus et de ceux de son époux.

Invalidité prolongée

Trouble dépressif majeur

[94] Le Tribunal est convaincu que le trouble dépressif majeur de l'appelante dure depuis longtemps. Elle a reçu un diagnostic de dépression pour la première fois en 1969, à l'âge de 16 ans. Pendant plusieurs années, il n'était alors pas question qu'elle travaille, en raison de sa dépression. Elle a cessé de travailler pour la dernière fois en 2005, après avoir vécu une période de trouble dépressif majeure à la suite de la mort de son père. La preuve qui ressort des notes de suivi de la Dre Harris, selon lesquelles l'appelante a connu une rémission de ses symptômes quelque part en 2008 puis a vécu une rechute en 2010, soulève la question de savoir si, à la date marquant la fin de la PMA, cet état allait aussi durer pendant une période indéfinie.

[95] Étant donné la nature récurrente ou épisodique du trouble dépressif majeur de l'appelante, y compris un long historique de rechutes antérieures, sa rechute de 2005 qui l'a obligée à quitter son emploi en 2005, la longue durée de sa rechute entre 2005 et 2008 (période qui incluait la date de fin de la PMA), sa rémission, survenue en 2008 seulement, qui fut suivie d'une autre rechute en 2010 et de symptômes dépressifs continus depuis ce temps malgré les thérapies et les traitements continus, et la résistance de son état aux différents traitements, le Tribunal est

convaincu que le trouble dépressif majeur de l'appelante était prolongé à la date marquant la fin de sa période minimale d'admissibilité.

Fibromyalgie et douleur au dos

[96] Étant donné la rémission qui a suivi la période minimale d'admissibilité, le Tribunal a peut-être commis une erreur en concluant que les troubles dépressifs majeurs dont souffre l'appelante étaient prolongés à la fin de sa période minimale d'admissibilité. Néanmoins, il demeure convaincu que la fibromyalgie et les problèmes au dos de l'appelante étaient prolongés à la date marquant la fin de sa période minimale d'admissibilité et que le caractère grave et prolongé de ces troubles donne à l'appelante le droit à une pension d'invalidité du RPC.

[97] Malgré les traitements de physiothérapie, les médicaments et la participation, en 2006, à la clinique de la douleur du Dr Menuck, l'appelante souffre toujours de douleur continue et est toujours atteinte de limitations physiques qui l'empêchent de demeurer en position assise ou debout pendant de longues périodes. Le Tribunal a mentionné plus haut que le Dr Yuen, dans la mise à jour de son rapport du mois d'octobre 2011, a souligné que l'appelante souffrait de douleur constante en raison d'une fibromyalgie, ce qui témoigne du caractère long et continu du mal. Dans le rapport du 11 mai 2012 de la clinique de la douleur Simcoe, le Dr May a inscrit que l'appelante avait mentionné qu'elle avait longtemps souffert de douleurs au bas du dos depuis qu'elle était tombée sur le coccyx en 2005. Il a diagnostiqué une fibromyalgie et une douleur chronique au bas du dos avec discopathie dégénérative, une maladie des facettes, une sténose du canal rachidien de gravité modérée, et une douleur chronique avec dépression sous-jacente. Dans son rapport médical du 3 février 2015, la Dre Issac, qui a pris en charge l'appelante après que la Dre Harris eut pris sa retraite, a inscrit que l'appelante souffrait toujours de problèmes chroniques de santé mentale et de santé physique graves et prolongés. Tout compte fait, ces rapports appuient la conclusion d'invalidité prolongée à la date de fin de la période minimale d'admissibilité.

SCC

[98] Le Tribunal est convaincu, compte tenu de son incidence sur le fonctionnement de la main dominante de l'appelante, que cet état a contribué à une invalidité grave, au sens du RPC, à

la date de fin de sa période minimale d'admissibilité, ou avant cette date. Toutefois, il n'est pas convaincu du caractère prolongé d'un tel état. Dans son rapport de septembre 2011 (GT1-81), le Dr Wilkins a relaté qu'elle avait déjà examiné l'appelante, plusieurs années auparavant, relativement à un syndrome du canal carpien (SCC) à l'avant-bras droit. Selon le Dr Wilkins, l'appelante était aux prises avec deux problèmes : i) des douleurs accrues, des engourdissements et de l'insensibilité à la main gauche au cours des quatre ou cinq derniers mois; ii) des douleurs au dos. Le Dr Wilkins n'a pas traité des problèmes persistants à la main droite de manière significative. Le Tribunal souligne que l'appelante a subi une opération de libération du canal carpien de la main droite le 5 janvier 2009 (voir GT11-342). L'appelante n'a rempli aucun rapport postopératoire au sujet des résultats de l'opération. Le Dr Wilkins a déclaré que l'aggravation des problèmes à la main gauche a commencé il y a quatre ou cinq mois, après la fin de la période minimale d'admissibilité. De toute façon, les examens EMG ont seulement révélé un léger syndrome du canal carpien du côté gauche qui, selon le Dr Wilkins, s'est amélioré en comparaison avec les résultats des examens effectués il y a deux ans.

CONCLUSION

[99] Compte tenu des effets cumulatifs de ses problèmes chroniques de santé mentale et de ses problèmes de santé physique, Tribunal conclut que l'appelante était atteinte d'une invalidité grave et prolongée à la fin de sa période minimale d'admissibilité (le 31 décembre 2007). Aux fins du paiement, une personne ne peut être réputée invalide plus de quinze mois avant que l'intimé n'ait reçu la demande de pension d'invalidité (alinéa 42(2)b) du RPC). La demande a été reçue en mai 2012. Par conséquent, l'appelante est réputée être devenue invalide en février 2011. Aux termes de l'article 69 du *Régime de pensions du Canada*, la pension d'invalidité est payable à compter du quatrième mois qui suit la date du début de l'invalidité. Les paiements commenceront en juin 2011.

[100] L'appel est accueilli.

Jeffrey Steinberg
Membre de la division générale – Sécurité du revenu