

[TRADUCTION]

Citation : *K. I. c. Ministre de l'Emploi et du Développement social*, 2015 TSSDGSR 135

Date : Le 3 décembre 2015

Numéro de dossier : GP-13-2978

DIVISION GÉNÉRALE – Section de la sécurité du revenu

Entre:

K. I.

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 téléconférence le 2 décembre 2015

MOTIFS ET DÉCISION

COMPARUTIONS

K. I., l'appelante

Gabriela Nowicka, la représentante légale de l'appelante

Jacek Kozak, interprète polonais-anglais

INTRODUCTION

[1] La demande de pension d'invalidité faite par l'appelante aux termes du *Régime de pensions du Canada* (RPC) a été estampillée par l'intimé le 12 octobre 2012. L'intimé a rejeté cette demande initialement et après révision. L'appelante a interjeté appel de la décision découlant de la révision auprès du Tribunal de la sécurité sociale (Tribunal).

[2] L'audience a été tenue par voie de téléconférence pour les raisons suivantes :

- a) il y a des lacunes dans les renseignements qui figurent au dossier, et/ou certaines précisions doivent être apportées;
- b) le mode d'audience est conforme à la disposition du *Règlement sur le Tribunal de la sécurité sociale* selon laquelle l'instance doit se dérouler de la manière la plus informelle et expéditive que les circonstances, l'équité et la justice naturelle permettent.

DROIT APPLICABLE

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

- a) n'a pas atteint l'âge de 65 ans;
- b) ne reçoit 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).

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

[5] 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

[6] Le litige ne concerne pas la PMA, car les parties conviennent que cette période prend fin le 31 décembre 2014, ce qu'a également conclu le Tribunal.

[7] En l'espèce, le Tribunal doit déterminer s'il est probable que l'appelante avait une invalidité grave et prolongée à la date de la PMA ou avant celle-ci.

PREUVE

[8] Le 18 septembre 2012, l'appelante a rempli le questionnaire. Elle a déclaré avoir terminé sa douzième année. Elle a travaillé du 1^{er} septembre 2008 au 25 septembre 2009 comme commis vendeuse chez Polcan Meat and Deli. Elle a cessé de travailler en raison d'un accident de véhicule survenu le 27 septembre 2009. Elle déclare ne plus pouvoir travailler depuis cette date. Elle a énuméré ses problèmes de santé, à savoir le trouble de stress post-traumatique (TSPT), la fibromyalgie, discopathie lombaire chronique, le microprolactinome et le syndrome de douleur chronique. Elle a déclaré que, en raison de ses problèmes de santé, elle ne peut pas marcher ou demeurer en position assise ou debout pendant une période supérieure à 15 minutes. Elle ne peut pas se plier, faire une rotation, transporter ou soulever des objets, changer de position ou monter les escaliers. Elle a décrit des maux de tête graves, des douleurs aux jambes, de l'enflure, des engourdissements, des picotements au corps, de l'insomnie, des douleurs à l'aîne, des pincements, des sensations de brûlure, des boiteries, des douleurs au dos, des douleurs

aux épaules ainsi que des douleurs au pelvis, au pubis, à la vessie et à l'abdomen. Elle a ensuite décrit un engourdissement aux fesses et à la région périnéale. Elle a déclaré être incapable de participer à des activités physiques, comme des activités sportives ou de loisirs, ou à des événements sociaux en raison de douleurs graves. Elle est également incapable d'effectuer des tâches ménagères. Son épouse fait la cuisine, le nettoyage et les courses. Elle a parfois des problèmes de mémoire et de concentration, et elle est incapable de dormir sans médicament. Elle conduit occasionnellement pendant de très courtes distances. Elle a reçu une prescription de Maxalt (pour les migraines), de Lyrica, de nortriptyline, de Tylenol 3, de Seroquel, de Celebrex et d'Oxycocet. Elle a subi des séances de physiothérapie, de massothérapie, d'acupuncture et d'ostéopathie. Elle consultera un urologue et elle doit passer un tomodensitogramme (de l'abdomen et du pelvis) et un examen par imagerie par résonance magnétique (IRM) de l'hypophyse. Elle a également prévu consulter un endocrinologue. Elle utilise des barres d'appui, une chaise de douche et un tabouret/escabeau pour la salle de bain et la cuisine. Elle serait également apte à consentir à une évaluation de réadaptation professionnelle si sa douleur grave et ses symptômes étaient traités.

[9] Dans sa demande de révision du 7 mars 2013, l'appelante a déclaré qu'elle souffre de douleurs constantes et que son état ne s'améliore pas. Depuis l'accident de véhicule, elle est incapable de travailler, de marcher, de s'asseoir ou de dormir. Son état de santé mental se dégrade au fur et à mesure qu'un TSPT se développe. Elle passe des nuits entières sans dormir et à souffrir de douleurs. Les analgésiques aident, mais seulement pendant de courtes périodes.

[10] Dans le cadre de son appel du 6 novembre 2013 devant le Tribunal, l'appelante a déclaré qu'elle était incapable de faire quoi que ce soit depuis son accident de véhicule. Elle prend constamment des médicaments pour traiter sa fibromyalgie, comme le Tylenol 3, le nortriptyline, le Lyrica et le Cymbalta. Les médicaments n'ont pas amélioré son état, ce qui a entraîné son incapacité à participer à un programme de gestion de la douleur. Pendant la journée, elle ne peut pas bouger ou s'engager dans un programme à long terme, ce qui nécessite la présence de membres de sa famille. Le fait d'avoir un psychiatre parlant polonais lui donne une chance de parler librement de ses problèmes sans l'aide d'une tierce partie. Elle souffre d'une dépression majeure et de douleurs physiques chroniques. Son médecin de famille gère les symptômes de la douleur depuis bon nombre d'années. Après l'accident de véhicule, elle a développé de

l'insomnie et des changements d'humeur. Elle pleure beaucoup. Elle travaillerait si elle pouvait le faire. Elle prend des médicaments puissants, elle ressent une douleur constante et elle est incapable de dormir et d'effectuer des activités humaines élémentaires. Elle ne peut effectuer aucun type de travail, qu'il s'agisse d'un travail à temps plein, à temps partiel, occasionnel ou saisonnier. Elle a participé à tous les programmes vers lesquels elle a été dirigée, mais aucun ne s'est avéré fructueux. Ses médecins déclarent qu'elle est une personne complètement invalide n'ayant aucune chance de rétablissement. Ils déclarent que son invalidité est grave et prolongée et qu'elle est incapable d'effectuer tout type de travail.

[11] Le 4 août 2012, le D^r Michalski, médecin de famille, a rempli le rapport médical du RPC (GD3-48). Il a déclaré connaître l'appelante depuis 22 ans et avoir commencé à la traiter pour son principal problème de santé en septembre 2009. Il a rendu les diagnostics suivants : i) syndrome de stress post-traumatique (SSPT) à la suite de l'accident de véhicule de 2009; ii) fibromyalgie; iii) discopathie chronique lombaire; iv) microprolactinome; v) syndrome de douleur chronique. Selon le D^r Michalski, depuis l'accident de véhicule de 2009, l'appelante souffre d'une déficience importante touchant ses activités de la vie quotidienne et du syndrome de douleur chronique malgré le traitement prolongé. Son état ne s'est pas amélioré. Il s'est plutôt aggravé, ce qui a rendu l'appelante invalide de façon permanente. Elle est incapable de dormir et prend plusieurs médicaments pour contrôler la douleur et l'insomnie. Elle marche avec difficulté et elle est incapable de demeurer en position assise ou debout pendant plus de 15 minutes en raison de la douleur aux jambes ainsi qu'aux régions pelvienne et périnéale. Son épouse cuisine, fait les cours et l'aide à s'habiller et à se laver. Au cours d'un examen physique, on constate une sensibilité diffuse aux jambes, au pelvis, aux régions fessières et aux épaules. Les mouvements dans les colonnes lombaire et cervical sont limités par la douleur. Elle a reçu une prescription de Lyrica, de nortriptyline, de Maxalt, de Tylenol, d'Oxycocet, de Celebrex et de Seroquel. Elle n'a eu aucune réponse au traitement, et son état se détériorait. Dans la section relative au pronostic, le D^r Michalski a déclaré ce qui suit : [traduction] « Très faible, degré élevé de douleur, paresthésie dans différentes parties du corps. Patiente frustrée par l'absence de progrès dans le cadre du traitement. Incapable de fonctionner au quotidien. Besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne. » Il également ajouté ce qui suit : [traduction] « Invalide de façon permanente en raison d'un grave symptôme de douleur chronique. »

[12] Le 28 mars 1990, le D^r Higgins a signalé que l'appelante souffrait d'aménorrhée depuis 1987. Elle souffrait de galactorrhée depuis ce moment également. Au cours de l'examen physique, elle semblait parfaitement normale. Il a déclaré qu'il y avait une très forte possibilité qu'elle ait un prolactinome.

[13] Le 16 mai 1990, le D^r Chan, au nom du D^r Higgins, a déclaré que l'appelante a été admise le 2/5/90 pour une chirurgie transsphénoïdale à l'hypophyse. Depuis son congé, elle se sentait bien. Il n'y avait aucun signe de galactorrhée. Il a prévu un test triple bolus pour évaluer le fonctionnement résiduel de l'hypophyse.

[14] Le 12 juin 1990, le D^r Muller, neurochirurgien, a reçu l'appelante en consultation. L'appelante avait subi une adénectomie transsphénoïdale de l'hypophyse le 2 mai 1990. Elle présentait des antécédents de maux de tête et d'aménorrhée ainsi que des antécédents d'une galactorrhée. Le tomodensitogramme a révélé une lésion à une masse hypophysaire avec une extension suprasellaire. Il a déclaré que les prochains niveaux de prolactine et le tomodensitogramme de suivi seraient des indicateurs d'une maladie récidivante ou résiduelle. Il a souligné que, sur le plan clinique, l'appelante se sentait bien.

[15] Le 10 janvier 1996, la Endocrine Clinic a signalé que l'appelante a subi une résection transsphénoïdale de l'hypophyse en mai 1990. À l'époque, elle avait des taux élevés de prolactine, une aménorrhée et une galactorrhée. Le plus récent examen par IRM datant de mars 1994 a montré la présence d'un nodule au côté droit de la glande pituitaire. Le rapport de pathologie obtenu après l'opération seulement faisait seulement état d'un tissu pituitaire normal.

[16] Une échographie bilatérale de la poitrine effectuée le 15 janvier 2002 a révélé la présence de kystes et d'un fibroadénome au sein droit.

[17] Une mammographie bilatérale et une échographie bilatérale de la poitrine effectuées le 29 janvier 2003 a permis de révéler la présence de multiples kystes bénins. Un grand fibroadénome n'a pas été constaté à l'examen.

[18] Une échographie de la main droite effectuée le 29 octobre 2004 a permis de révéler des caractéristiques correspondant à un hématome.

[19] Une échographie de la poitrine effectuée le 1^{er} mars 2005 a permis de révéler l'existence de plusieurs kystes. Aucune autre anomalie n'était évidente.

[20] Un examen par IRM de la colonne lombaire effectué le 13 décembre 2005 a permis de révéler une minuscule hernie discale médiale à L5-S1. Il n'y avait aucune sténose du canal rachidien ou de compression des racines nerveuses.

[21] Une série de clichés du tube digestif effectués le 9 janvier 2007 a permis de révéler la présence d'une hernie hiatale avec reflux.

[22] Une échographie du pelvis effectuée le 13 février 2007 a permis de révéler la présence de fibromes utérins.

[23] Le 18 avril 2007, la D^{re} Goguen a déclaré avoir reçu l'appelante en consultation à la Endocrinology Clinic pour son hyperprolactinémie (trouble lié à un taux élevé de prolactine sérique). Elle avait mis fin à sa thérapie de bromocriptine depuis décembre 2006. Elle a nié la galactorrhée ou les symptômes visuels. Elle avait des maux de tête occasionnels. Elle a développé plusieurs kystes à la poitrine qu'elle a décrite comme étant douloureux. Selon la D^{re} Goguen, elle avait un taux de prolactine stable depuis qu'elle avait cessé de prendre de la bromocriptine en décembre 2006. À l'époque, il n'y avait aucune preuve d'adénome dans son examen par IRM de l'hypophyse. Rien ne démontrait le besoin de continuer la thérapie de suppression de la prolactine. Sa fatigue accrue et les kystes à la poitrine semblaient ne pas être liés à ses problèmes précédents concernant la prolactine. La D^{re} Goguen a recommandé un autre examen par IRM dans trois mois ainsi qu'un suivi de ses niveaux de prolactine dans deux mois.

[24] Le 30 avril 2007, le D^r Ali a signalé que l'appelante souffrait d'un adénome pituitaire diagnostiqué il y a 15 ans et qu'elle prenait de la bromocriptine, dont le dosage avait été réduit récemment. Elle a déclaré que son niveau de prolactine avait augmenté. Elle souffrait de douleurs au sein droit récemment. On lui avait montré qu'elle avait des microcalcifications bilatérales qui semblaient bénignes entre 2003 et 2005, et en 2006. Le 16 septembre 2006, elle a eu un examen par IRM qui a montré deux densités nodulaires qui avaient des caractéristiques d'IRM bénignes. Une échographie a montré une maladie kystique. Il lui a été demandé de s'entretenir avec son gynécologue et son endocrinologue relativement au besoin de prendre de

l'estrogène et de la bromocriptine. Elle devait passer une autre mammographie clinique et un examen par échographie en août 2007.

[25] Un examen de la tête par IRM effectué le 6 juillet 2007 a permis de révéler qu'il n'existe aucun changement d'aspect significations par rapport à l'examen précédent. Les conclusions concernant la glande pituitaire gauche mentionnaient qu'il existait la possibilité d'un résidu d'un petit microadénome pituitaire.

[26] Le 14 mai 2008, le D^f Wait, urologue, a déclaré avoir reçu l'appelante en consultation en 1997 et en 2004 relativement à des problèmes de brûlure à la vessie au moment de l'élimination, mais aucunement une hématurie, une nycturie, une urgence ou une incontinence liée au stress. Il lui a prescrit un antibiotique.

[27] Le 24 août 2009, le D^f Israelian a reçu l'appelante en consultation pour un électromyogramme et une évaluation du canal carpien. Elle se plaignait de douleurs au cou et à l'épaule et parfois à la paume, et d'un certain engourdissement au deuxième, au troisième et au quatrième doigts. Cela a commencé en avril et s'est aggravé en raison du travail. Ces problèmes s'estompaient au fil de la fin de semaine. Elle s'est également plainte d'une douleur au bas du dos. En 2005, elle avait des plaintes similaires, elle a porté une attelle, et son état s'est amélioré. Selon le D^f Israelian, l'examen de l'électromyogramme était normal. Il n'y avait aucune preuve de syndrome du canal carpien. Il a déclaré qu'il croyait que ses douleurs étaient principalement causées par une blessure aux tissus mous subie dans le cadre d'une activité répétitive. Il a suggéré un programme de réadaptation, y compris un traitement par physiothérapie. Si les douleurs devaient empirer, il a suggéré de porter une attention à la nature du travail qui a aggravé les douleurs.

[28] L'échographie abdominale effectuée le 6 octobre 2009 était normale (pancréas obscurci par des gaz). Le même jour, une échographie pelvienne et transvaginale n'a pas permis de révéler une anomalie importante.

[29] Un examen par IRM de la colonne lombaire effectué le 13 décembre 2009 a révélé l'existence d'une discopathie dégénérative au niveau de L5-S1 avec une minuscule protrusion

discale inchangée depuis 2005 et d'un rétrécissement foraminaux neuronale légère aux niveaux de L4-L5 et L5-S1 des deux côtés sans changement important.

[30] Une scintigraphie osseuse réalisée sur l'ensemble du corps le 12 janvier 2012 a permis de révéler une anomalie au pubis. Cela pourrait représenter une diathèse légère de la symphyse pubienne même si rien ne prouve l'existence d'une fracture à un autre endroit au pelvis.

[31] Un examen par IRM de la ceinture pelvienne effectué le 21 février 2010 n'a pas permis de révéler une anomalie ou une cause importante relativement aux symptômes de douleurs pelviennes de l'appelante.

[32] Une radiographie du pied gauche et de la cheville gauche effectuée le 19 mai 2010 a permis de révéler des changements ostéoarthritiques mineurs à la première articulation phalangienne métatarsienne (grosse articulation du gros orteil) et une épine calcanéenne mineure.

[33] Le 22 juillet 2010, le D^r James du Centre de gestion de la douleur Rothbart Ltée a déclaré avoir reçu l'appelante en consultation pour les plaintes principales suivantes : 1) douleur à l'aîne, douleur du côté droit supérieure à celle du côté gauche; 2) douleur au cou. Il a souligné qu'elle souffrait d'une douleur à l'aîne depuis neuf mois à la suite d'un accident de véhicule dans le cadre duquel elle était la passagère attachée impliquée dans une collision latérale. Selon l'échelle visuelle analogue (EVA), la douleur était à 7/10. Elle s'étendait jusqu'au fessier bilatéral, à la hanche et à la cuisse droite. La douleur était aggravée par la marche, la flexion, l'ascension d'escaliers et une position assise ou debout de manière prolongée. La douleur au cou datait également de l'accident de véhicule. Selon l'EVA, elle était à 7/10. Elle s'étendait jusqu'à l'occiput et le lobe temporal (douleur au côté droit supérieure à celle du côté gauche). La douleur était aggravée par le sommeil pendant la nuit. Elle était soulagée par l'Advil et le Tylenol 3. Pendant l'examen, l'appelante avait une amplitude de mouvement complète au niveau de la colonne cervicale. La démarche était dans les limites normales, et la position assise était voûtée. Le bas du dos avait une flexion, une extension et une flexion lombaire réduites. Le D^r James a énoncé les impressions suivantes : 1) discopathie dégénérative lombaire avec radiculopathie au côté droit de L1-L2; 2) spondylose cervicale avec céphalées cervicogéniques. Le diagnostic différentiel était le suivant : 1) hernie au noyau gélatineux; 2) sténose; 3) syndrome de douleur chronique au pelvis; 4) névralgie ilio-inguinal/génito-crural; 5) bursite au grand trochanter;

6) sacro-ilite; 7) coccygodynie; 8) syndrome du piriforme. Il a recommandé un blocage nerveux des facettes des régions cervicale, lombaire et sacro-iliaque et une possible rhizotomie (GD3-56). Il a également recommandé l'essai de l'indométacine pour traiter les maux de tête, le Topamax pour traiter la douleur neuropathique ainsi que la prophylaxie des maux de tête, et l'essai d'anesthésies tronculaires.

[34] Le 20 octobre 2010, le D^r Cheng, physiatre, a effectué un examen médical indépendant de l'appelante. GD1-9. Selon le D^r Cheng, l'appelante a continué de démontrer l'existence d'une déficience musculosquelettique à la suite de l'accident de véhicule de 2009. Il a déclaré que les facteurs diagnostics suivants s'appliquaient : i) diastasis de la symphyse pubienne; ii) entorse musculo-ligamentaire des colonnes cervicale et du rachis lombosacré; iii) possible entorse et/ou blessure contuse aux aspects distaux des deux côtés des membres supérieurs, à la jambe gauche et à la cheville gauche; iv) maux de tête post-traumatiques possiblement liés à la tension. Il a recommandé de la diriger vers un chirurgien orthopédiste ou un algologue ayant une expertise dans les douleurs pelviennes relativement au traitement nécessaire. En ce qui concerne la blessure aux tissus mous touchant la colonne cervicale, le rachis lombosacré et les aspects distaux des deux côtés des membres inférieurs supérieurs, il avait le sentiment que le pronostic était excellent en vue d'une récupération complète. Il est d'accord avec le diagnostic d'octobre 2009 du D^r Michalski selon lequel l'appelante a subi diverses entorses à la région inguinale droite, au haut du bras, au genou droit, à l'épaule droite, au cou et au bas du dos. Il n'a pas consenti au diagnostic de radiculopathie lombaires en raison des conclusions de son examen. Cependant, il a appuyé les diagnostics de maux de tête post-traumatiques, de douleurs résiduelles à l'épaule et de diastasis de la symphyse pubienne. Selon la blessure au pelvis causée à la suite de l'accident de véhicule de l'appelante, il s'attendait à ce qu'elle soit incapable de tolérer une position debout pendant une période prolongée, la marche, les transitions d'une position assise à une position debout, la montée d'escaliers ainsi que le soulèvement et le transport d'objets lourds. Il a recommandé des séances intensives de physiothérapie, une ceinture de soutien pelvien et une possible intervention chirurgicale. Il a déclaré que l'appelante souffrait d'une déficience concernant son pelvis découlant directement du possible traumatisme contondant et/ou des blessures relatives à la torsion ou à la rotation subies à la suite de l'accident de véhicule et qu'elle aurait de la difficulté à tolérer des fonctions comprenant la position debout de manière prolongée, la marche, la flexion ainsi que le soulèvement et le transport d'objets. Il a affirmé que

cela la rendrait considérablement incapable d'effectuer les fonctions de vendeuse/commis qu'elle occupait avant l'accident. À moins qu'un autre diagnostic ait été obtenu à l'égard de la blessure pelvienne, il n'avait pas l'impression qu'elle serait capable d'entreprendre un retour au travail graduel et/ou avec des tâches modifiées.

[35] Une échographie du sein gauche effectuée le 26 novembre 2010 a permis de révéler des kystes bénins.

[36] Le 9 mars 2011, l'appelante a été vue en consultation à la clinique pour maladies endocrines pour traiter son microprolactinome. Elle avait cessé de prendre de la bromocriptine depuis 2007 et elle n'avait pris aucun médicament. Elle ne souffrait pas de galactorrhée. Elle souffrait occasionnellement de maux de tête. Un récent examen par IRM de la fosse effectué le 1^{er} janvier 2011 a permis de révéler une lésion stable dans la glande pituitaire. L'évaluateur l'a assurée que la taille de son microadénome n'avait pas changé. Les niveaux de prolactine relevés le même jour étaient stables.

[37] Le 18 avril 2011, la D^{re} Prutis, médecin, a signalé que l'appelante avait été reçue en consultation pour des douleurs au cou, au bas du dos et à l'aîne. La douleur diffuse dans les colonnes cervicale et lombaire ainsi que dans les deux hanches était permanente. La douleur affectait ses activités quotidiennes et son sommeil. L'examen par IRM des deux hanches était normal. L'examen par IRM de la colonne cervicale n'a montré aucune hernie discale. Un électromyogramme n'a montré aucune radiculopathie cervicale ou lombaire. La D^{re} Prutis a rendu un diagnostic de douleur chronique et mécanique au cou attribuable à l'accident de véhicule. Elle a déclaré que la douleur à l'aîne et aux membres inférieurs était probablement une douleur rapportée du bas du dos.

[38] Le diagnostic rendu le 5 août 2011 concernant le pelvis et qui tenait compte d'un antécédent de clinique de symphyse pubienne douloureuse a permis de révéler la présence d'une densité calcifiée, ce qui pourrait représenter le coccyx. La symphyse pubienne semble essentiellement non remarquable.

[39] Le 15 septembre 2011, le D^r George a informé l'appelante que son mammogramme n'a montré aucun signe de cancer du sein.

[40] Un tomodensitogramme du pelvis et des deux hanches effectué le 27 septembre 2011 en raison d'une douleur pelvienne à la suite de l'accident de véhicule, a permis de révéler de légers changements dégénératifs dans la région de la symphyse et d'une sclérose et d'ostéophytes légers, aucune preuve de fracture de la symphyse, une lésion sclérale de 9 mm dans la branche pubienne supérieure gauche ainsi qu'une déviation aiguë entre les vertèbres caudales 2 et 3 probablement lié à un trauma datant d'une période indéterminée.

[41] Une cystoscopie effectuée le 29 novembre 2011 a permis de révéler une sensibilité locale dans la région de la symphyse pubienne. Le D^r Marcuzzi, chirurgien, a soupçonné que l'appelante souffrait d'une ostéite pubienne (inflammation de la symphyse pubienne et les insertions musculaires avoisinantes). Il a déclaré que cela se règle habituellement au fil du temps, mais qu'il peut s'agir d'une invalidité à long terme. Il a prescrit du Macrodantin.

[42] Le 1^{er} février 2012, le D^r Birnbaum, neurologue, a reçu l'appelante en consultation pour de multiples plaintes, y compris des problèmes aux jambes (ceux à la jambe droite étaient supérieurs à ceux de la jambe gauche) datant de plus deux ans ainsi que des douleurs à l'aîne, à la région pubienne, aux hanches et aux fesses. La douleur est intermittente. Elle en souffre quotidiennement. Elle peut durer au plus plusieurs heures. Elle augmente en position assise. Elle s'est également plainte d'engourdissements aux mains se produisant depuis environ un an. Du côté droit, cela comprenait l'ensemble de la main. Du côté gauche, cela comprenait le pouce, l'index et le majeur. Elle se réveillait deux ou trois fois par semaine pendant la nuit en raison d'engourdissements aux mains. Elle s'est également plainte d'une sensation de brûlure aux yeux depuis environ deux mois et d'une sensation de brûlure dans l'ensemble du corps à l'occasion. Ses symptômes pelviens ont commencé après l'accident de véhicule de septembre 2009. Un tomodensitogramme du pelvis et des hanches effectué en septembre 2011 a permis de révéler des changements dégénératifs dans la région de la symphyse pubienne et une angulation aiguë entre les deuxième et troisième vertèbres du coccyx, qui ont semblé être traumatiques. Une scintigraphie osseuse effectuée en janvier 2010 a montré une légère augmentation dans la région de la symphyse pubienne. Les examens par IRM des hanches gauche et droite d'avril et mars 2011 étaient normaux. Un examen par IRM du rachis lombosacré effectué en décembre 2009 a permis de révéler certains changements dégénératifs seulement. Un examen par IRM du pelvis était non remarquable tout comme un examen par IRM de la colonne cervicale datant

d'avril 2011. Selon le D^f Birnbaum, les engourdissements intermittents aux mains pourraient constituer un syndrome du canal carpien. La douleur dans la région pelvienne semblait de nature musculosquelettique. Le D^f Birnbaum a déclaré qu'il était difficile d'expliquer les engourdissements intermittents aux fesses et dans la région périnéale sur le plan biologique. Elle n'avait aucune conclusion clinique objective, et rien n'a été souligné dans le cadre de l'examen par IRM du rachis lombosacré ou du pelvis. Il a souligné que l'appelante semblait assez anxieuse, ce qui selon lui pourrait avoir une influence sur ses symptômes. Il a déclaré qu'il effectuerait à nouveau des études sur sa conduction nerveuse.

[43] Le 29 mars 2012, le D^f Birnbaum a fait part des résultats de l'examen par électromyogramme. Il a déclaré qu'il est incapable de rendre un diagnostic définitif de syndrome du canal carpien et que l'appelante pourrait tirer des bénéfices d'un essai thérapeutique de contracture musculaire antalgique si ses symptômes étaient suffisamment une source de complications.

[44] Le 17 avril 2012, le D^f Jerzewski a fait état des conclusions de l'électromyogramme et la vitesse de la conduction nerveuse concernant la douleur au bas du dos de l'appelante irradiant au pelvis antérieur et à l'arrière de la jambe droite jusqu'à la cheville depuis l'accident de véhicule. Il a été déclaré que la douleur était pire en restant dans une seule position pendant une période trop longue. Tous les examens de la conduction nerveuse étaient dans les limites normales. Tous les muscles ayant fait l'objet d'un examen n'ont montré aucune preuve d'instabilité électrique. Il n'y avait aucune preuve électrodiagnostique de radiculopathie lombosacrée du côté droit ou de neuropathie bilatérale. Le D^f Jerzewski a déclaré qu'il ne pouvait pas écarter pleinement la radiculopathie lombosacrée du côté gauche.

[45] Un examen par IRM de la tête, qui a été effectué le 27 juin 2012 et qui a pris en considération des antécédents cliniques de maux de tête, d'engourdissements, de douleurs multiples et de polyneuropathie accrues, a permis de révéler de petits foyers non précis de signaux accrues. La matière blanche bilatérale périventriculaire était fort probablement de nature microangiopathique.

[46] Un examen par IRM de la colonne lombaire effectué le 27 juillet 2012 a permis de révéler de légers changements dégénératifs, aucune lésion importante causée par la compression au canal central ou au foramen intervertébral.

[47] Une échographie abdominale, qui a été effectuée le 5 septembre 2012 et qui a pris en considération la douleur dans le quadrant supérieur droit, a permis de révéler la présence de liquide dominante et/ou d'une masse kystique dans le quadrant supérieur gauche. L'étiologie exacte était incertaine. Une échographie pelvienne et transvaginale subie en raison d'une douleur pelvienne a permis de révéler l'existence d'un petit léiomyome probable.

[48] Le 10 septembre 2012, le D^r Gawel, neurologue, a signalé que l'examen par IRM de l'appelante montrait une bosse à base large et minime à L4-L5 avec une légère hypertrophie des facettes causant un léger rétrécissement du canal. À L5-S1, il y avait une bosse à base large avec une hypertrophie bilatérale modérée aux facettes ainsi qu'un léger rétrécissement foraminal bilatéral. Il n'y avait aucune lésion importante au foramen intervertébral du canal central. Selon le D^r Gawel, les symptômes de l'appelante étaient très graves, mais elle se plaignait de douleurs au vagin se rendant jusqu'à la vessie et aux jambes lorsqu'elle marchait, ce qui donnait à penser qu'elle souffre d'une pathologie de compression pour laquelle le D^r Gawel a déclaré qu'il n'y avait aucune preuve. Il a recommandé que le médecin de famille la dirige vers un chirurgien orthopédiste local. En ce qui concerne les problèmes aux poignets, le D^r Gawel pensait qu'elle souffrait du syndrome du canal carpien et il a suggéré qu'elle fasse l'essai d'attelles aux poignets.

[49] Un examen par IRM de la fosse effectué le 5 mars 2013 a permis de révéler de légers changements microangiopathiques sans aucun changement d'aspect important par rapport aux examens précédents en juillet 2008 et en février 2011.

[50] Le 3 avril 2013, la D^{re} Goguen a reçu l'appelante en consultation pour traiter le microprolactinome précédent. Elle a souligné que l'appelante a subi un accident de véhicule qui lui a causé des douleurs diffuses. Elle prenait du Lyrica, du Seroquel et du Tylenol n^o 1. Sa fonction pituitaire semblait stable, tout comme sa petite lésion au côté gauche de l'hypophyse. La D^{re} Goguen a déclaré qu'elle reverrait l'appelante dans un an.

[51] Le 30 avril 2013, la D^{re} Koczorowska, psychiatre, a écrit à l'intimé. Elle a déclaré qu'elle a fourni les renseignements qui permettraient à l'intimé de réviser sa décision de refuser la demande de prestations d'invalidité du RPC de l'appelante. Elle a affirmé que l'appelante a été dirigée vers elle par le D^r Michalski en raison d'une dépression et du syndrome de douleur chronique. Elle a évalué l'appelante pour la première fois le 4 avril 2013 et elle a effectué trois suivis auprès d'elle les 11 avril, 17 avril et 30 avril 2013. La plainte principale de l'appelante était l'accident de véhicule. Elle ne pouvait plus fonctionner depuis ce moment. Elle ne pouvait pas marcher, se tenir debout ou demeurer en position assise, elle souffrait d'engourdissements au cou, elle avait des secousses musculaires et elle souffrait de douleurs au pelvis, au dos, au cou, aux bras et aux jambes. Elle suivait des séances intensives de physiothérapie, de massothérapie et d'acupuncture. Selon la D^{re} Koczorowska, les symptômes actuels de l'appelante sont les suivants :

Affectif : humeur dépressive et anhédonie. Pleure beaucoup. Avait des idées suicidaires ayant trait à une surdose.

Cognitif : sentiments fluctuants de manque de valeur, désespoir et détresse, sentiments de culpabilité, problèmes de concentration et de mémoire, manque d'esprit de décision.

Bilan des fonctions : plaintes relatives à des problèmes de sommeil, réveil à plusieurs reprises, sommeil léger en raison de la douleur. Cauchemars concernant l'accident de véhicule (plus fréquents qu'auparavant). Baisse de l'appétit (gain de 10 kilos). Fatigue, perte d'énergie et aucune libido.

Anxiété : somatique : douleurs thoraciques, sueurs, tremblements, agitations, sanglots, sensations d'asphyxie, sensations d'étouffement, bouche sèche, beaucoup de nausées, inconfort intestinal, étourdissements, vacillations, engourdissements, picotements, tension musculaire, bouffées de chaleur et frissons.

Psychologique : S'inquiète beaucoup. Souvent irritable et sentiment d'être à cran. A peur que le pire survienne. A peur des virages à gauche et d'avoir un accident de véhicule. Conduit rarement. A une forte crainte de développer la sclérose en plaques ultérieurement.

Douleur : souffre d'une quantité de douleurs. Plaintes de douleurs à l'aine, à la région pubienne, à la hanche et aux fesses. Elles sont intermittentes et accrues en demeurant en position assise ou en marchant plus de 10 minutes. Elles durent plusieurs heures.

Plaintes de troubles aux jambes et en montant les escaliers, engourdissements aux mains et aux jambes, sensations de brûlure aux yeux, à la jambe et parfois dans l'ensemble du corps.

Médicaments actuels: nortriptyline, Seroquel depuis décembre, Lyrica, Tylenol 3.

Activités de la vie quotidienne : n'en fait pas beaucoup à la maison. L'époux aide. Elle fait un peu la cuisine.

Relations : Ne sort pas en raison de la douleur.

Examens : Examen par IRM du cerveau en 2012 : changements de la matière blanche périventriculaire fort probablement de nature microangiopathique; examen par IRM du cerveau en 2013 : lésion de l'hypophyse et changements microangiopathiques; tomodensitogramme du pelvis en 2011 : changements dégénératifs dans la région de la symphyse pubienne. Scintigraphie de tout le corps en 2010 : légère croissance osseuse dans la région de la symphyse pubienne qui représente un diastasis pubien; examen par IRM de la colonne en 2011 : hémangiomes dans les vertèbres T3 et T4. Examen par IRM de la colonne en 2009 : discopathie dégénérative de L5-S1.

[52] La D^{re} Koczorowska a rendu un diagnostic de trouble dépressif majeur avec anxiété concomitante, TSPT, trouble douloureux associé à un trouble médical général et à des facteurs psychologiques. À l'axe III, elle a écrit ce qui suit : [traduction] « Antécédents de résection du prolactinome en 1990. Antécédents de douleur chronique, de maux de tête, du syndrome bilatéral du canal carpien, de reflux gastro-œsophagien pathologique, de saignements rectaux et de constipation ». À l'axe IV, elle a écrit ce qui suit : [traduction] « Stresseurs : accident de véhicule en 2009. Souffre de douleur chronique. Démoralisée par l'incapacité de travailler ». À l'axe V, elle a obtenu une cote de 45-50 de l'évaluation globale de fonctionnement. Elle a déclaré avoir commencé à recevoir l'appelante pour des séances de psychothérapie et pour faire un suivi de ses

médicaments, et qu'elle continuerait à lui prescrire de la nortriptyline, du Seroquel, du Lyrica et du Tylenol.

[53] En ce qui concerne l'avis de l'intimé de rejeter la demande parce que les renseignements médicaux ont seulement montré de légers changements dégénératifs dans la colonne lombaire et la région pelvienne sans préciser que les travaux légers étaient contre-indiqués, la D^{re} Koczorowska a déclaré que l'appelante souffre de douleurs graves qui altèrent entièrement le fonctionnement. Elle n'est pas capable de demeurer en position assise ou debout ou de marcher pendant plus de 10 à 15 minutes. La D^{re} Koczorowska a posé un diagnostic de trouble douloureux et a déclaré ce qui suit : [traduction] « Il est bien connu que, en ce qui concerne ce trouble, la déficience ne concorde pas avec le degré des signes physiques. Les patients peuvent développer des douleurs insoutenables même si l'imagerie fait état de changements mineurs. Il y a lieu de souligner que la patiente a subi des changements relativement à sa symphyse pubienne. Il s'agit d'une région très sensible à la douleur où se situe la plupart de sa douleur. »

[54] En ce qui concerne l'affirmation de l'intimé selon laquelle rien n'indique que l'appelante est traitée régulièrement par un professionnel de la santé mentale comme il y aurait lieu de s'attendre d'une personne souffrant d'un trouble psychiatrique grave, la D^{re} Koczorowska a déclaré dans son avis que l'appelante avait été traitée adéquatement par son médecin de famille. Elle a déclaré que la liste d'attente pour consulter des psychiatres est très longue, que le niveau d'anglais de l'appelante est faible et qu'il y a peu de psychiatres parlant polonais dans la région. Dans la section relative à l'avis, la D^{re} Koczorowska a déclaré ce qui suit :

[traduction]

Elle est considérablement invalide. Elle peut seulement fonctionner à son propre rythme et dans un milieu protégé. Her symptoms are very severe. Ses activités courantes de la vie quotidienne en souffrent. Elle ne se rétablira pas dans un avenir rapproché; elle pourrait ne jamais se rétablir complètement. Le TSPT, l'anxiété, la dépression et la douleur associés sont des facteurs pronostiques très faibles. Cela entraîne une déficience psychosociale accrue, un risque accru de suicide et une récupération ralentie.

Le pronostic est réservé. Elle souffre de symptômes graves et d'un trouble prolongé.

Elle ne se rétablira pas dans un avenir rapproché.

Selon l'examen du dossier médical, des documents à ma disposition, de l'évolution de la maladie et de la déclaration actuelle, mon avis professionnel est que [l'appelante] souffrait bel et bien d'une invalidité grave qui était grave et prolongée et qui est continue depuis. La déclaration correspond à une invalidité grave et continue ayant débuté en 2009 et qui est continue jusqu'à aujourd'hui.

Je crois qu'elle souffrait d'un trouble qui l'empêchait de fonctionner de manière constante avec des limitations graves dans tout type de travail en 2009 et de manière continue par la suite.

[55] Le 23 octobre 2013, la D^{re} Koczorowska a envoyé une lettre au Tribunal. Elle a déclaré que l'appelante a continué de souffrir de graves symptômes de dépression, de douleur, d'anxiété et de TPST. Il y avait également une aggravation de la douleur, particulièrement au bas du dos, ce que détériore le fonctionnement. En ce qui concerne l'observation de l'intimé selon laquelle l'appelante n'a pas essayé toutes les modalités de traitement, la D^{re} Koczorowska a déclaré que l'appelante a affirmé avoir reçu un traitement de son médecin de famille pour sa douleur et avoir essayé le Lyrica, la nortriptyline, le Tylenol 3 et le Cymbalta. Elle était incapable de participer à un programme de gestion de la douleur parce qu'elle était complètement inapte en raison de ses symptômes et parce qu'elle devait être accompagnée par son époux à tous les rendez-vous. De plus, elle n'était pas capable de prendre part à des activités régulières, ce qui faisait en sorte que son époux devait s'absenter du travail. La D^{re} Koczorowska a déclaré que, à sa connaissance, le médecin de famille avait dirigé l'appelante vers une clinique de gestion de la douleur. Cependant, l'appelante étudiait une autre option étant donné que la clinique de gestion de la douleur était trop loin de sa résidence.

[56] La D^{re} Koczorowska a également répondu à la déclaration de l'intimé selon laquelle aucun médecin n'a affirmé que l'appelante avait besoin d'un psychiatre parlant polonais. Elle a dit qu'elle croyait que l'appelante avait besoin d'un psychiatre parlant polonais étant donné la relation particulière entre un psychiatre et son patient qui exige le respect de la vie privée et la confidentialité.

[57] En ce qui concerne l'avis de l'intimé selon lequel la D^{re} Koczorowska a outrepassé son champ d'expertise en déclarant que l'appelante ne pouvait pas travailler en raison de la douleur

chronique, la D^{re} Koczorowska a déclaré que la douleur chronique ou le trouble douloureux de nature psychiatrique est un diagnostic psychiatrique figurant dans le DSM-IV et le DSM-V.

[58] En ce qui concerne l'avis de l'intimé selon lequel la D^{re} Koczorowska a ni évalué l'appelante ni rendu un diagnostic de dépression majeure et de TSPT avant avril 2013, selon lequel aucune autre médecin n'a rendu un diagnostic et selon lequel l'appelante n'a pas eu besoin d'être hospitalisée en raison d'une maladie mentale grave, la D^{re} Koczorowska a déclaré que l'appelante n'avait pas accès un psychiatre avant de la recevoir en consultation en avril 2013. Cependant, les symptômes ont commencé immédiatement après l'accident de véhicule de 2009. Le médecin de famille en a fait le suivi. Selon la D^{re} Koczorowska, l'évaluation et le suivi des autres médecins se concentraient principalement sur la douleur. Elle a déclaré ce qui suit : « Il est bien connu que la douleur peut être un signe du syndrome de somatisation et que certains patients sont incapables de verbaliser leur détresse et qu'ils ont recours à la douleur pour exprimer leur crise psychologique. » Elle a expliqué que certains patients souffrant du TSPT se libèrent de leur traumatisme par la douleur, ce qui masque souvent les problèmes sous-jacents de dépression. Étant donné que le patient souffre de douleurs si intenses, il est possible de facilement passer à côté des [traduction] « symptômes classiques » de la dépression.

[59] La D^{re} Koczorowska a également abordé l'avis de l'intimé selon lequel la douleur chronique en l'absence d'un trouble médical pathologique n'empêche pas tout type d'activités, y compris un travail adapté, et selon lequel l'algologue a signalé que la douleur était seulement intermittente. Elle a déclaré qu'une personne n'a pas besoin de souffrir d'un trouble médical pathologique afin de recevoir un diagnostic de douleur chronique. De plus, la gravité de la douleur ne dépend pas de la nature de la douleur. Elle a également cité un rapport daté du 20 octobre 2010 et produit par le D^r Chen, psychiatre : « Le trouble douloureux avec des facteurs psychologiques seulement peut altérer totalement le fonctionnement du patient. Je ne crois pas que cela soit le cas en ce qui concerne [l'appelante] et on laisse entendre dans des rapports précédents qu'elle serait une instabilité antérieure de la symphyse pubienne qui pourrait être la source de la douleur. Le diagnostic et la clarté médicaux supplémentaires doivent être fournis relative à la blessure pelvienne de [l'appelante] à la suite de l'accident de véhicule. » La D^{re} Koczorowska a souligné la suggestion formulée par le D^r Cheng et selon laquelle l'appelante

devrait être dirigée vers un chirurgien orthopédiste ou un algologue ayant une expertise en troubles relatifs à la douleur pelvienne.

[60] Finalement, en ce qui concerne l'avis de l'intimé selon lequel, au titre du RPC, il tient compte de la capacité d'une personne à travailler dans tous les types d'emploi, qu'il soit à temps partiel, à temps plein, occasionnel ou saisonnier, et selon lequel aucun médecin n'a déclaré que l'appelante était incapable d'occuper un emploi adapté, la D^{re} Koczorowska a répondu ce qui suit : « Je tiens à réitérer que la patiente est totalement invalide. Selon l'examen du dossier médical, des documents à ma disposition, de l'évolution de la maladie et de la présentation actuelle, mon avis professionnel est que [l'appelante] souffrait bel et bien d'une invalidité grave qui était grave et prolongée et qui est continue depuis. Je crois qu'elle souffrait d'un trouble qui l'empêchait de fonctionner de manière constante avec des limitations graves dans tout type de travail en 2009 et de manière continue par la suite. Elle ne se rétablira pas dans un avenir rapproché.

[61] Le 23 octobre 2013, l'appelante a reçu un diagnostic de vésicule biliaire, de cholécystectomie, de cholécystite chronique légère et de cholestérolose. Aucun calcul biliaire n'a été identifié.

[62] Le 4 novembre 2013, le D^r Michalski a écrit à l'intimé. Il a déclaré qu'il était chargé des soins de l'appelante depuis 1990. Son état de santé s'est détérioré à la suite de l'accident de véhicule de 2009. Elle a développé une dépression majeure, un SSPT et un syndrome de douleur chronique. Malgré les séances intensives de physiothérapie, de psychothérapie et de traitements pharmacologiques, son état de santé s'est détérioré davantage. Elle a effectué plusieurs essais au moyen d'un grand nombre d'antipsychotiques et d'antidépresseurs sans noter d'améliorations visibles. Depuis 2009, elle a été suivie sur une base presque hebdomadaire et elle a consulté un grand nombre de consultants, y compris la Clinique de gestion de la douleur. Le D^r Michalski a déclaré qu'il croyait que le problème principal de l'appelante était le SSPT et la dépression chronique. Le syndrome de douleur chronique est causé par la fibromyalgie. Lors de l'examen physique, elle souffre de très grande sensibilité à des points douloureux typiques. La douleur comprend la région pelvienne, les jambes, la région fessière, les épaules, les coudes, le poignet et la région occipitale. Elle est incapable de se tenir en position debout ou assise ou de marcher

pendant plus de 15 minutes. Son époux effectue toutes les tâches ménagères. Ses activités courantes de la vie quotidienne sont gravement limitées. Après quatre années de séances de thérapie intensives, son état de santé mentale et physique ne changeront pas. Elle est en attente pour une consultation à la clinique Toronto Touch, qui se spécialise dans le traitement de la fibromyalgie.

[63] Le 21 novembre 2013, le D^f Smith a signalé que l'appelante avait été reçue en suivi pour sa cholécystectomie par laparoscopie. Elle se portait bien. La pathologie a montré la présence de cholestérolose, mais d'aucun calcul biliaire. Le D^f Smith a déclaré que, avec un peu de chance, la chirurgie l'aiderait avec sa douleur abdominale chronique.

[64] Le 15 mars 2014, le D^f Doidge de la clinique Toronto Touch, a fait un compte rendu des évaluations de l'appelante en janvier 2013 et en février 2014. Il a signalé que les motifs de consultation étaient une douleur à l'épaule droite, une douleur au bas du dos, et une douleur bilatérale aux fesses et à l'aîne. Elle a également décrit une enflure des jambes et des chevilles. Selon le D^f Doidge, le score total de l'appelante au Questionnaire d'impact de la fibromyalgie était de 94,1 sur 100, ce qui selon lui représente une forme [traduction] « extrême » de fibromyalgie. Il a déclaré qu'elle respectait les critères diagnostiques cliniques relativement à la fibromyalgie et elle avait 18 points douloureux sur 18. Il a recommandé qu'elle entreprenne une thérapie cognitivo-comportementale du sommeil et il l'a encouragée à suivre des séances de psychothérapie de soutien. Il a conclu en déclarant ce qui suit : [traduction] « Elle se qualifie comme personne souffrant de fibromyalgie post-traumatique. La multitude de symptômes l'empêche de travailler en ce moment. »

[65] Le 9 avril 2014, la D^{re} Goguen a signalé avoir reçu l'appelante en consultation pour un suivi concernant le microprolactinome. Elle souffrait d'aménorrhée depuis 2011 et elle a nié souffrir de galactorrhée. Elle souffrait parfois d'étourdissements, mais ils n'étaient pas associés à une syncope, à une présyncope ou à une perte de conscience. La D^{re} Goguen a déclaré que la fonction pituitaire de l'appelante semblait stable lors de l'exploration clinique et de l'essai en laboratoire.

[66] Une échographie de l'épaule droite effectuée le 27 novembre 2014 a permis de révéler une déchirure partielle en épaisseur des tendons sus-épineux et sous-scapulaire.

[67] Une échographie de l'épaule gauche effectuée le 17 décembre 2014 a permis de révéler une déchirure partielle en épaisseur du tendon sus-épineux.

[68] Une échographie de la thyroïde effectuée le 17 décembre 2014 a permis de révéler quelques nodules thyroïdiens.

[69] Le 14 janvier 2015, la D^{re} Koczorowska, psychiatre, a signalé que l'état de santé de l'appelante s'était détérioré en raison de la douleur chronique. Elle souffrait davantage de douleurs au dos, à la jambe gauche et au bras droit. L'appelante a déclaré qu'elle souffrait de douleurs dans tout le corps. Elle a découvert qu'elle souffrait de rupture de la coiffe des rotateurs et d'une déchirure partielle des tendons sus-épineux et sous-scapulaires. Elle continuait de souffrir de douleurs au pelvis. Elle pouvait à peine bouger, elle ne sortait pas et elle ne pouvait rien faire à la maison. La D^{re} Koczorowska a déclaré ce qui suit : « Selon mes évaluations, les déficiences physiques et mentales de [l'appelante] l'empêchaient de détenir toute occupation. Je crois que les symptômes de la patiente sont graves. La patiente souffre de limitations, de déficiences et de restrictions fonctionnelles graves relativement à ses activités quotidiennes, à sa capacité de fonctionner dans le milieu de travail et à la capacité de fonctionner dans la collectivité. Je crois qu'il résiste au traitement et qu'il ne se rétablira pas dans un avenir rapproché. »

[70] Le 31 janvier 2015, T. Blaszczyk, physiothérapeute agréé, a signalé que l'appelante reçoit des traitements de physiothérapie et de massothérapie en raison de ses blessures.

[71] Le 4 février 2015, L. Wojciechewicz, ostéopathe et massothérapeute autorisé, a signalé que l'appelante le consultait depuis le 5 septembre 2012 en raison de douleurs au bas du dos et de symphyse pubienne. Elle souffrait d'une sensibilité élevée, d'une irritabilité élevée et de stress, et elle était incapable de relaxer en raison de la douleur. Elle n'a connu aucune amélioration après les traitements. La marche lui causait de la douleur. Elle ne pouvait pas faire d'exercices en raison de douleurs. Elle a été autorisée à cesser le programme en raison de l'absence d'amélioration.

[72] Une radiographie bilatérale du genou effectuée le 6 mars 2014 a permis de révéler que les radiographies bilatérales du genou étaient normales.

[73] Un examen par IEM de la selle GAD effectué le 16 mars 2015 a été comparé à un rapport du 5 mars 2013. Il n'y avait aucun changement d'aspect relativement à la taille et à la configuration d'une lésion pituitaire au côté gauche. Elle était d'apparence stable par rapport à l'examen précédent.

[74] Un rapport d'imagerie du pelvis et des hanches daté du 15 juin 2015 a permis de révéler une légère enthésopathie concernant le grand trochanter gauche. Le même jour, un rapport de radiologie du pelvis et des deux hanches a fait état d'un examen négatif. Une échographie bilatérale des hanches a permis de révéler une légère enthésopathie concernant le grand trochanter gauche.

[75] Le 2 juillet 2015, l'appelante a subi une évaluation pour sa douleur abdominale chronique et l'examen d'une gastroscopie et d'une colonoscopie. Elle a été décrite comme une femme souffrant de douleur chronique, de fibromyalgie et de dépression. L'évaluateur doutait qu'il y avait quoi que ce soit d'important dans la voie gastro-intestinale. L'appelante a subi une gastroscopie et une colonoscopie. Le diagnostic préopératoire était une douleur abdominale chronique. Le diagnostic postopératoire était une hernie hiatale et une colonoscopie normale à l'iléon terminal.

[76] Le 13 juillet 2015, le D^r Mendelsohn a reçu l'appelante en consultation en raison d'une otalgie, qui semblait être liée à l'articulation temporomandibulaire. Il a recommandé un suivi avec le dentiste. Il a souligné que la pharyngite de l'appelante pourrait être liée à un reflux laryngé ou être une rhinopharyngite liée à un écoulement post-nasal. Il a recommandé un rinçage des sinus.

[77] Le 6 août 2015, le D^r Aboodi, détenteur d'un doctorat en médecine dentaire, a produit un rapport sur son évaluation de l'appelante pour des douleurs articulaires à l'articulation temporomandibulaire droite. Il a souligné qu'elle a des séances de physiothérapie toutes les deux semaines pour traiter sa fibromyalgie. La douleur à l'articulation temporomandibulaire a commencé avant l'accident de véhicule six années auparavant et elle s'est aggravée à la suite de cet accident. La douleur à l'articulation temporomandibulaire augmente le jour. L'appelante a déclaré qu'elle dort de 8 à 10 heures, mais qu'elle se sent quand même fatiguée. Elle a consulté un otorhinolaryngologiste, et aucune conclusion importante n'a été tirée. Après examen, le

D^r Aboodi a rendu un diagnostic de douleurs myofaciales en raison de la fibromyalgie. Il a déclaré que la douleur à la palpation de l'arrière ne semblait pas provenir de l'articulation temporomandibulaire et il a recommandé un examen approfondi par un otorhinolaryngologiste. Il a recommandé la physiothérapie pour traiter l'articulation temporomandibulaire et une évaluation relativement à l'apnée du sommeil.

[78] Le 2 septembre 2015, le D^r Springer a déclaré avoir reçu l'appelante pour le suivi de sa gastroscopie et de sa colonoscopie en raison d'un inconfort abdominal chronique. La gastroscopie a montré l'existence d'une petite hernie hiatale. Selon le D^r Springer, les symptômes de l'appelante étaient davantage de nature fonctionnelle. Il a recommandé un régime FODMAP et une colonoscopie tous les dix ans.

[79] Une échographie bilatérale du genou effectuée le 8 septembre 2015 a permis de révéler une calcification minimale au tendon du quadriceps de l'insertion du quadriceps sur la rotule. Il y avait une impression d'une enthésopathie minimale.

Témoignage de vive voix

[80] L'appelante est originaire de la Pologne. Elle est venue au Canada en 1988. Elle était âgée de 28 ou de 29 ans. Elle a effectué des études secondaires en Pologne, ce qui équivaut selon elle à une douzième année en Ontario aujourd'hui. Entre 1979 et 1988, elle travaillait à temps plein en Pologne dans un bureau à titre de spécialiste en ressources humaines. Elle cherchait des employés à embaucher et elle rédigeait des contrats. Elle n'a pas étudié l'anglais à l'école en Pologne.

[81] Lorsque l'appelante est venue au Canada, elle ne pouvait pas parler anglais. Elle s'est inscrite à un cours d'anglais langue seconde pendant plusieurs mois.

[82] À l'heure actuelle, elle peut parler, lire et écrire l'anglais avec difficulté.

[83] Après être venue au Canada, entre 1992 et 2006, l'appelante a tout d'abord travaillé dans une charcuterie polonaise comme caissière et commis au comptoir. Elle n'a pas travaillé entre 1988 et 1992. Entre 1997 et 2006, elle a travaillé dans une autre charcuterie polonaise à titre de caissière et de commis au comptoir encore une fois. Dans ces deux emplois, elle a essayé

de servir ses clients en anglais. Elle possède un anglais élémentaire pour se débrouiller dans le cadre de ces deux emplois. Elle a quitté son emploi à la seconde charcuterie après sa fermeture et elle a bénéficié de l'assurance-emploi. Elle a ensuite travaillé chez Polcan Meat and Deli entre septembre 2008 et septembre 2009. Elle a occupé les mêmes fonctions, à savoir aide au comptoir et caissière. Elle a quitté cet emploi à la suite de l'accident de véhicule.

[84] Au moment de l'accident de véhicule, l'appelante était assise sur le siège arrière droit de la voiture à titre de passagère. La voiture a été frappée par l'autre véhicule à l'endroit où l'appelante siégeait. Elle a souffert de blessures à la région pelvienne, aux jambes et au tronc inférieur. Après l'accident de véhicule, elle n'a jamais essayé de retourner chez Polcan Deli. Elle souffrait beaucoup, alors elle ne pouvait pas le faire. Elle a travaillé nulle part. Elle a essayé de trouver des emplois ayant des tâches plus légères, mais personne ne voulait l'engager.

[85] Après avoir cessé de travailler chez Polcan Meat and Deli, l'appelante a travaillé pour son époux en 2011, en 2012 et en 2013. Au cours de ces années, elle a gagné 11 500 \$, 8 342 \$ et 8 544 \$ respectivement.

[86] En 2011, l'appelante a commencé à travailler pour son époux en faisant les feuilles de temps pour son entreprise. Son époux est un sous-traitant qui pose de l'isolant à tuyaux dans des immeubles. Elle faisait les feuilles de temps à la main à l'aide d'un stylo et de feuilles de papier. Il lui a fourni du travail pour sa santé mentale, pour lui donner un peu d'argent à elle et pour lui donner des tâches à faire. Elle souffrait de douleurs et elle avait besoin de quelque chose pour la distraire. Elle a accepté sa proposition parce qu'elle voulait avoir quelque chose à faire. Elle a effectué le travail lorsqu'elle était capable de le faire et lorsque sa douleur n'était pas trop intense. Elle a travaillé pendant toute l'année de 2011. Elle a travaillé de la maison. Selon ses souvenirs, le revenu qu'elle a touché en 2011 était fondé sur une journée de travail par semaine en moyenne. Ses journées de travail étaient d'une durée d'une ou deux heures en moyenne. Elle travaillait environ 15 minutes et elle prenait ensuite une pause. Il était difficile pour elle de travailler, car elle souffre du syndrome du canal carpien, elle a des douleurs aux doigts, au dos et au pelvis, et elle a de la difficulté à demeurer en position assise. Elle n'aurait pas été capable de travailler la journée entière ou une ou deux heures chaque jour de la semaine. Elle a beaucoup trop mal au dos et a de la difficulté à demeurer en position assise. Après avoir travaillé une ou

deux heures, elle souffrait de douleurs et d'épuisement. Elle ne pouvait pas travailler plus de deux heures.

[87] L'appelante a touché des revenus de 8 342 \$ en 2012 et de 8 544 \$ en 2013. Elle a effectué le même travail pour son époux, mais elle a réduit ses heures de travail. Il y avait des semaines où elle ne pouvait pas travailler du tout. Elle pouvait travailler toutes les deux semaines ou même moins selon son état. Parfois, elle avait si mal qu'elle ne pouvait pas quitter son domicile. Lorsqu'elle travaillait, c'était pour une durée d'environ 45 minutes ou une heure. Elle a cessé de travailler pour son époux à un moment donné en 2013, mais elle ne pouvait pas préciser le moment. Elle n'a pas travaillé pour lui depuis ce moment-là. Elle a cessé de travailler parce qu'elle avait trop mal, qu'elle avait un problème de concentration et qu'elle faisait beaucoup trop d'erreurs.

[88] L'appelante conduit encore occasionnellement pendant de courtes distances. Elle peut conduire jusqu'à trois ou quatre fois par semaine sur une courte distance lorsqu'elle a moins mal. Si elle se sent plus mal, elle ne quitte pas la maison. Elle peut conduire pour se rendre chez le médecin, le physiothérapeute, l'ostéopathe et le masseur. La plus longue période pendant laquelle elle conduit est au plus 20 minutes pour subir un traitement pour sa douleur pelvienne. Parfois, elle se rend au métro en voiture, stationne la voiture et utilise le métro, ce qui lui permet de se reposer. Le long parcours pour consulter son médecin a lieu une fois toutes les deux semaines. Elle conduit lorsqu'elle a mal.

[89] L'appelante se souvient de s'être présentée au Centre de gestion de la douleur Rothbart à une occasion en 2010. Elle se souvient qu'il lui avait été recommandé de recevoir des injections au moyen d'une aiguille (anesthésie tronculaire au cou et à la hanche). Elle avait peur de subir une injection au moyen d'une aiguille et elle était inquiète que le résultat soit pire qu'avant. Elle n'en avait pas. Elle ne se souvient pas si elle a discuté de sa crainte avec le D^r James au Centre Rothbart ou son médecin de famille. Elle se souvient d'avoir essayé l'indométacine pour ses maux de tête, ce qui n'a pas aidé. Elle ne peut pas se rappeler si du Topamax lui a été prescrit. Elle craignait de retourner à Rothbart en raison de sa peur des aiguilles.

[90] L'appelante prend actuellement du Lyrica 75 mg deux fois par jour, du Cymbalta 120 mg une fois par jour, du clonazépam 1,5 mg une fois par jour, du Pantoloc 40 mg une ou

deux fois par jour, du Tylenol 3 deux fois par jours, du ranitidine 150 mg une fois par jour, du Nospa 80 mg deux fois par jour, du diclofénac 1,5 % trois fois par jour (gouttes), deux cuillères à thé de Kofex DM trois fois par jour, de la vitamine B12, du Resotran 2 mg une fois par jour, deux gouttes de Locarcorten Vioform trois fois par jour, (1.48) et des médicaments facilitant le fonctionnement du foie. Elle ne souffre d'aucun effet secondaire en raison de ses médicaments.

[91] L'appelante consulte actuellement le médecin de famille une fois par semaine ou une fois toutes les deux semaines. Elle consulte un endocrinologue et sa psychiatre, D^{re} Koczorowska une fois par mois. Elles discutent des émotions de l'appelante.

[92] L'appelante a suivi une séance de physiothérapie pour la dernière fois il y a un ou deux mois, moment où les prestations d'assurance de son époux ont expiré. Elle ne peut plus s'offrir la thérapie.

[93] L'appelante vit avec son époux dans une maison en rangée.

[94] L'appelante peut prendre une douche ou un bain par elle-même. Elle a de la difficulté à entrer dans le bain et elle demande parfois à son époux de rester dans les environs.

[95] L'appelante peut s'habiller elle-même, mais elle s'assoit pour mettre ses chaussures. Son époux l'aide à enfiler sa veste ou son manteau d'hiver, car elle ressent une douleur intense à l'omoplate.

[96] L'époux de l'appelante fait les tâches ménagères. Elle essaie de faire des repas légers à l'occasion, mais cela prend beaucoup de temps et elle a besoin de repos. Elle va faire l'épicerie avec son époux. Elle ne peut pas soulever d'objets lourds. Il fait la lessive.

[97] Au cours d'une journée typique, l'appelante fait des exercices pour améliorer son état et elle regarde la télévision. Elle socialise de façon limitée.

[98] L'appelante a de la difficulté à dormir. Elle se réveille souvent ou elle va se coucher à 3 h ou à 4 h parce qu'elle ne peut pas s'endormir en raison de la douleur. Elle se réveille en se sentant fatiguée et en douleur.

[99] L'appelante ne peut pas prédire sa douleur d'une journée à l'autre.

[100] L'appelante souffre de fibromyalgie. L'intensité de sa douleur augmente de plus en plus.

[101] L'appelante a conduit lentement sur une courte distance (5-6 kilomètres) jusqu'au bureau de son parajuriste pour participer à la téléconférence.

[102] L'appelante n'a fait aucun bénévolat depuis qu'elle a travaillé par la dernière fois à la charcuterie et elle n'a travaillé nulle part ailleurs, à l'exception du travail qu'elle effectuait pour son époux à l'extérieur du domicile.

[103] Depuis que l'appelante a travaillé pour la dernière fois dans la charcuterie, il n'y a aucun emploi qu'elle pense pouvoir occuper. Elle souffre constamment de douleurs, et il lui arrive occasionnellement qu'elle ne soit pas capable de quitter la maison.

[104] L'appelante a appelé plusieurs employeurs en 2014 ou en 2015 au sujet d'emplois dans une charcuterie. Elle a expliqué qu'elle a des limitations concernant une position debout ou assise limitée et le besoin de pauses pour soulager la douleur au bas du dos en marchant. Personne ne l'a rappelée pour l'engager.

[105] L'appelante a des connaissances limitées relativement à l'utilisation d'un ordinateur.

OBSERVATIONS

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

- a) Depuis l'accident de véhicule, son état l'a affecté de manière importante. Son état de santé s'est détérioré graduellement depuis l'accident de véhicule. Elle souffre du TSPT, de fibromyalgie, de douleur lombaire chronique et du syndrome de douleur chronique. Elle vit jour et nuit avec des douleurs. Cela mine sa capacité de dormir. En avril 2013, elle a commencé à recevoir l'aide médicale d'une psychiatre. Elle prend des analgésiques et des antidépresseurs. Son état de santé, y compris son manque de concentration, mine sa capacité de détenir un emploi, et ce même à temps partiel.

- b) Les rapports médicaux démontrent clairement que ses problèmes de santé sont graves et prolongés au sens du RPC.
- c) L'appelante aurait dû commencer à toucher des prestations d'invalidité du RPC le 1^{er} janvier 2014 en raison de son emploi précédent pour son époux, qui fait l'objet de la décision d'une date de début antérieure par le Tribunal.

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

- a) L'appelante a été employée pour la dernière fois à titre de vendeuse de septembre 2008 à septembre 2009 lorsqu'elle a cessé de travailler en raison d'un accident de véhicule. Elle a déclaré qu'elle avait l'impression de ne plus pouvoir travailler depuis septembre 2009. Elle a touché des revenus d'emploi autonome après avoir cessé de travailler en 2011 (11 500 \$), en 2012 (8 342 \$) et en 2013 (8 544 \$). Ces revenus ont reporté la précédente date de fin de la PMA de décembre 2011 à décembre 2014. La nature et la source de ces revenus d'emploi autonome n'ont pas été divulguées.
- b) Le D^r Cheng, psychiatre, a signalé dans son évaluation médicale indépendante d'octobre 2010 que l'appelante souffrait de diastasis de la symphyse pubienne, mais il a recommandé qu'elle soit dirigée vers un chirurgien orthopédiste ou un algologue. Il a souligné que ses blessures musculosquelettiques s'étaient réglées et que ses maux de tête l'étaient également en grande partie. Il était d'avis que le pronostic de rétablissement complet de ses blessures aux tissus mous était excellent en raison des conclusions musculosquelettiques non remarquables. Il n'a constaté aucune déficience neurologique. Cela n'appuie pas une pathologie ou une déficience grave empêchant tout type de travail.
- c) Le D^r Doidge, de la clinique Toronto Touch (aucune spécialisation inscrite auprès de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario) a déclaré dans son rapport de mars 2014 que l'appelante souffrait de fibromyalgie post-traumatique pour laquelle des mesures conservatrices ont été suggérées, par exemple, l'exercice, l'hygiène du sommeil et des livres de croissance personnelle. Un diagnostic de fibromyalgie n'empêche pas

nécessairement tout type de travail, particulièrement le travail à temps partiel ou avec des tâches modifiées.

- d) Le D^r Birnbaum, neurologue, a déclaré dans son rapport du 1^{er} février 2012 qu'il a reçu l'appelante en consultation pour des douleurs à l'aîne, à la région pubienne, à la hanche et aux fesses. Il a indiqué que la douleur était intermittente. Il avait l'impression que les engourdissements intermittents dans les mains de l'appelante pouvaient être un signe du syndrome du canal carpien et que la douleur dans la région pelvienne était de nature musculosquelettique. Son examen des enquêtes n'a pas révélé une pathologie grave. Il n'avait aucune conclusion clinique objective, et rien n'a été souligné dans le cadre de l'examen par IRM du rachis lombosacré ou du pelvis. Il a observé qu'elle était très anxieuse, ce qui, à son avis, pourrait avoir une incidence sur ses symptômes.
- e) Le 10 septembre 2012, le D^r Gawel, neurologue, a signalé n'avoir trouvé aucune preuve de pathologie de compression dans la colonne de l'appelante et il a suggéré qu'elle soit dirigée vers un chirurgien orthopédiste. Il a recommandé qu'elle porte des attelles de poignet en raison de ses problèmes au poignet.
- f) La D^{re} Koczorowska, psychiatre, a mentionné avoir évalué l'appelante pour la première fois en avril 2013. Elle a posé un diagnostic de trouble dépressif majeur avec une anxiété concomitante, un TSPT et un trouble douloureux. Le 23 octobre 2013, elle a signalé que l'appelante souffrait toujours de symptômes de dépression, de douleurs, d'anxiété et du TSPT ainsi que de douleurs au dos. Elle a déclaré que l'appelante était traitée par son médecin de famille pour la douleur et qu'elle ne participait à aucun programme de gestion de la douleur. Elle a signalé que l'appelante n'a pas consulté un psychiatre avant avril 2013 et a déclaré que les symptômes avaient été gérés par le médecin de famille jusqu'à ce moment-là. Même si elle était d'avis que l'appelante n'était pas capable de travailler dans n'importe quelle capacité, la D^{re} Koczorowska n'a fourni aucune liste de médicament ou ses notes ou observations cliniques. Rien ne démonte que l'appelante nécessitait une intervention psychiatrique vigoureuse.
- g) La preuve médicale appuie la capacité de travailler. L'appelante a touché des revenus d'emploi autonome en 2011, en 2012 et en 2013 après avoir cessé de travailler. Rien ne

démontre qu'elle nécessitait une intervention médicale vigoureuse. Elle n'a pas établi l'existence d'une invalidité grave et prolongée en décembre 2014.

- h) Le 10 septembre 2012, le D^r Gawel, neurologue, n'a trouvé aucune preuve de pathologie de compression dans la colonne. Il a recommandé qu'elle porte des attelles de poignet en raison de ses problèmes au poignet.
- i) Même si la D^{re} Koczorowska déclare dans son rapport du 14 janvier 2015 qu'elle croit que les problèmes de santé de l'appelante sont graves, elle n'a fourni aucune conclusion d'examen sur l'état de santé mentale, il n'y a aucun indice de mesures vigoureuses de traitement pour la santé mentale ou la douleur de l'appelante. Bien que l'avis de la D^{re} Koczorowska soit reconnu, il est difficile d'en tirer une conclusion d'invalidité.
- j) De nouveaux documents médicaux révèlent que l'appelante a consulté et a été traitée pour un écoulement post-nasal, qu'elle a reçu un diagnostic d'hernie hiatale (il lui a été recommandé d'apport des changements à son régime alimentaire) et qu'elle a été évaluée par un parodontiste (aucun problème grave n'a été révélé). Une note de physiothérapie fait état qu'elle a reçu un traitement pour ses symptômes liés à la douleur. La preuve radiographique n'a révélé aucune pathologie sous-jacente grave. Même s'il peut y avoir des limitations relatives à ses symptômes continus, la présence d'un problème grave l'empêchant d'effectuer tout type de travail n'a pas été identifiée.
- k) Même si la nature prolongée du problème relatif à l'hypophyse est reconnue, ce problème est stable. L'appelante a été suivie chaque année par son endocrinologue et elle n'a pas eu besoin de surveillance par un médecin depuis 2007. Elle subit des examens réguliers et elle est suivie pour des kystes bilatéraux prolongés aux seins. Cette preuve donne à penser que ce problème de santé est bénin, car aucune pathologie ou déficience grave n'a été identifiée. Elle a travaillé malgré ces problèmes de santé.
- l) L'appelante est suivie de façon intermittente par un gastroentérologue. Le plus récent rapport de consultation date du 2 septembre 2015. Le spécialiste a souligné que les examens ont relevé la présence d'une petite hernie hiatale, et les biopsies de l'estomac et de l'œsophage étaient normales. La colonoscopie était normale, et le spécialiste a suggéré

des modifications au régime alimentaire afin de gérer ses symptômes. La preuve supplémentaire n'appuie pas l'existence d'une pathologie grave qui empêcherait tout type de travail en date du 31 décembre 2014 et de manière continue par la suite.

m) La capacité de travailler détermine la gravité de l'invalidité, et non la description du diagnostic ou de la maladie. Même si les multiples troubles médicaux de l'appelante sont de nature prolongée, la preuve médicale démontre que les problèmes sont stables et gérés de manière conservatrice par divers spécialistes. Elle a travaillé malgré ces problèmes dans le passé. Elle a déclaré des revenus d'emploi autonome dans son registre des gains pour les années 2011, 2012 et 2013 après qu'elle a cessé de travailler en septembre 2009.

ANALYSE

[108] L'appelante doit prouver, selon la prépondérance des probabilités, qu'elle avait une invalidité grave et prolongée le 31 décembre 2014 ou avant cette date.

Caractère grave

[109] Le Tribunal est convaincu que l'appelante souffre d'une douleur incessante et chronique à l'aine qui s'étend jusqu'aux fesses, aux hanches et aux cuisses depuis l'accident de véhicule de septembre 2009. La douleur est aggravée par une position assise ou debout et la marche de manière prolongée. Comme il a été souligné par le D^r James du Centre de gestion de la douleur Rothbart Ltée dans son rapport du 22 juillet 2010, il a reçu l'appelante en consultation pour une douleur à l'aide dont elle souffrait depuis neuf mois à la suite de l'accident de véhicule. Sur l'EVA, la douleur était de 7/10 et elle s'étendait jusqu'aux fesses, aux hanches et à la cuisse droite. Elle était aggravée par la position debout ou assise et la marche de manière prolongée.

[110] L'appelante souffre également de douleurs au cou qui date de l'accident de véhicule. Encore une fois, le D^r James a décrit dans son rapport du 22 juillet 2010 que la douleur datait de l'accident de véhicule. Il a également donné une note de 7/10 selon l'EVA et il a précisé que la douleur s'étendait jusqu'à l'occiput et le lobe temporal et qu'elle était aggravée par le sommeil pendant la nuit. À l'examen, même si elle avait une amplitude de mouvement complet de la

colonne cervicale, la flexion, l'extension et la flexion lombaires étaient réduites. Le D^r James a fourni une série de diagnostics décrits précédemment.

[111] Le Tribunal est plus préoccupé par les limitations relatives au fonctionnement qu'aux diagnostics. Plus important encore, le D^r James a pris compte de la douleur de l'appelante de manière importante, il n'a pas soulevé de questions relativement au fait que la douleur était aggravée par la position assise et debout ou la marche de manière prolongée et il a commandé des médicaments et l'essai d'anesthésies tronculaires.

[112] Selon l'appelante, elle a essayé en vain l'indométacine. Elle ne peut pas se rappeler si du Topamax lui a été prescrit. Même si elle n'a pas continué les injections d'anesthésie tronculaire, elle a déclaré qu'elle avait peur et inquiète relativement au fait que le traitement pouvait aggraver son état.

[113] Bien que le demandeur soit généralement obligé de déployer un effort conscient de chercher à obtenir un soulagement de la part d'une installation de gestion de la douleur et le traitement qui pourrait être efficace pour lui permettre de détenir une occupation rémunératrice, le Tribunal doit également demeurer conscient du ratio prévu dans la décision *Bulger c. MDRH* (18 mai 2000) CP 9164 selon lequel la conformité doit être vue dans le contexte des circonstances du demandeur et selon lequel on ne peut pas s'attendre à ce que les personnes souffrant de fibromyalgie et de douleurs diffuses constantes, qui manquent de sommeil et d'énergie et qui se sentent désespérées et déprimées suivent des programmes de traitement avec le même enthousiasme et la même attitude positive que les personnes qui se remettent d'une fracture ou d'une blessure infligée dans un accident. Étant donné que le diagnostic de fibromyalgie et de douleur chronique de l'appelante, sa douleur diffuse constante, son manque de sommeil, sa perte d'énergie, son TSPT, son anxiété, sa dépression et ses sentiments de désespoir et de détresse, le Tribunal est convaincu que le refus de l'appelante de recevoir des injections d'anesthésie tronculaire en raison de sa peur du traitement et du fait que le traitement aggrave son état ne devraient pas exclure en soi l'examen d'une demande de pension d'invalidité du RPC en raison des facteurs mentionnés précédemment.

[114] Le Tribunal souligne également que, somme toute, l'appelante respecte le traitement médical, qu'elle a tenté diverses modalités de traitement, qu'elle a consulté de nombreux

spécialistes et qu'elle continue de recevoir un traitement psychiatrique. Elle a seulement arrêté récemment de recevoir des traitements de physiothérapie après l'expiration des prestations d'assurance maladie de son époux.

[115] Somme toute, le Tribunal est convaincu que l'appelante respecte les recommandations de traitement des médecins.

[116] Le D^r Birnbaum a déclaré que la douleur de l'appelante dans la région pelvienne semblait de nature musculosquelettique même s'il ne pouvait pas expliquer l'engourdissement intermittent aux fesses et à la région périnéale sur une base organique. Selon le D^r Birnbaum, l'appelante n'avait aucune conclusion clinique objective, et rien n'a été souligné à l'examen par IRM de la colonne lombaire ou du pelvis.

[117] Dans le même ordre d'idées, le D^r Jerzewski a signalé que toutes les études de l'état des nerfs étaient dans les limites normales, que tous les muscles ne montraient aucune preuve d'instabilité électrique et qu'il n'y avait aucune preuve électrophysiologique de radiculopathie lombo-sacrée droite ou de neuropathie bilatérale. Cependant, il a déclaré qu'il ne pouvait pas complètement écarter la radiculopathie lombo-sacrée gauche.

[118] Le D^r Gawel, neurologue, était incapable de trouver une preuve de pathologie de compression qui pourrait expliquer certains des symptômes de l'appelante.

[119] Cependant, le D^r Cheng, physiatre qui a effectué un examen médical indépendant de l'appelante en octobre 2010, a souligné que l'appelante continuait de faire preuve d'une déficience musculosquelettique objective découlant de l'accident de véhicule et a déclaré que les diagnostics suivants s'appliquaient : i) diastasis de la symphyse pubienne; ii) entorse musculo-ligamentaire des colonnes cervicale et lombosacrée (qui sont en voie de se résoudre selon lui); iii) possible entorse et/ou blessure contuse aux aspects distaux des deux côtés des membres supérieurs, à la jambe gauche et à la cheville gauche (qui sont en voie de se résoudre selon lui); iv) maux de tête post-traumatiques (qui sont en voie de se résoudre en grande partie selon lui). Il a également appuyé un diagnostic de maux de tête post-traumatiques et de douleurs résiduelles au coude.

[120] Le Tribunal est convaincu que le dossier médical fournit une preuve objective pour expliquer la douleur pelvienne importante et invalidante de l'appelante selon les conclusions du D^r Cheng.

[121] Quoi qu'il en soit, même sans aucune preuve objective, le Tribunal souligne que les D^{rs} Birnbaum, Jerzewski et Gawel n'ont pas remis en question l'authenticité des plaintes de l'appelante, même si le D^r Birnbaum a souligné qu'elle semblait [traduction] « très anxieuse », ce qui selon lui aurait pu avoir une incidence sur ses symptômes.

[122] Le Tribunal a également tenu compte du fait que différents médecins ont posé différents diagnostics pour expliquer les symptômes de l'appelante.

[123] Par exemple, en avril 2013, la D^{re} Koczorowska, psychiatre, a non seulement rendu un diagnostic de trouble dépressif majeur avec anxiété concomitante et de TSPT, mais également de trouble douloureux associé à un trouble médical général et à des facteurs psychologiques. Elle a expliqué qu'un diagnostic de trouble douloureux ne concorde pas nécessairement au degré des conclusions physiques et a souligné que les patients peuvent développer une douleur insoutenable même si l'imagerie révèle des changements mineurs. À cet égard, elle a déclaré que l'appelante avait subi des changements relativement à la symphyse pubienne, une région très sensible à la douleur. Selon son examen du dossier, son examen des documents à sa disposition, de l'évolution de la maladie et de la présentation actuelle, son avis professionnel était que l'appelante souffrait d'une invalidité grave qui était à la fois grave, prolongée et continue et qui avait commencé en 2009 à la suite de l'accident de véhicule.

[124] Dans un rapport du 15 mars 2014, le D^r Doidge, de la clinique Toronto Touch, a rendu un diagnostic de fibromyalgie et il a décrit 18 points douleurs sur 18.

[125] Peu importe le diagnostic officiel, le Tribunal est convaincu que le dénominateur commun sous-jacent au dossier médical est la douleur incessante chronique qui affecte la capacité de l'appelante à se tenir debout ou assise et à marcher de manière prolongée.

[126] Selon ses blessures liées à l'accident de véhicule, le D^r Cheng a prévu que l'appelante serait incapable de tolérer la marche prolongée, les transferts de la position debout à la position assise ainsi que le transport et le soulèvement d'objets lourds. Il a également mentionné qu'elle

aurait de la difficulté à tolérer les tâches requises de son emploi comprenant la position assise, la marche, la flexion et le transport et le soulèvement d'objets de manière prolongée en raison de sa déficience et qu'elle était incapable d'assumer les fonctions de son emploi avant l'accident à titre de vendeuse/commis dans une charcuterie de X.

[127] En raison des difficultés de l'appelante à se déplacer, à se tenir debout, à soulever des objets lourds et à les transporter, le Tribunal est convaincu que l'appelante ne serait pas capable d'occuper son emploi précédent dans une charcuterie ou tout autre travail physique.

[128] Même si le D^r Cheng n'a pas décrit de limitations comprenant la position assise de manière prolongée dans son rapport d'octobre 2010, le D^r James l'a fait dans son rapport de juillet 2010 dans lequel il semble accepter sans objection ni commentaire la description faite par l'appelante des douleurs bilatérales aux fesses, à la hanche et à la cuisse droite aggravées par la position assise ou debout et la marche de manière prolongée. De plus, dans son rapport de février 2012, le D^r Birnbaum a signalé que l'appelante s'est plainte de douleurs à l'aide, à la région pubienne, à la hanche et aux fesses. Il a souligné que cela se produit principalement lorsqu'elle se trouve en position assise. Même s'il a souligné que la douleur était intermittente, fait qu'il a également souligné l'intimité, il a également déclaré qu'elle en souffre quotidiennement et qu'elles peuvent durer plusieurs heures (GD3-38). Dans son rapport d'avril 2013, la D^{re} Koczorowska a déclaré que l'appelante était incapable de demeurer en position assise ou debout ou de marcher pendant plus de 10 à 15 minutes. Dans son rapport de novembre 2013, le D^r Michalski, médecin de famille, a également souligné que l'appelante était incapable de demeurer en position assise ou debout ou de marcher pendant plus de 15 minutes.

[129] Étant donné les limitations de l'appelante comprenant la position assise prolongée, le mauvais sommeil et les problèmes cognitifs cernés par la D^{re} Koczorowska, le Tribunal est également convaincu que l'appelante n'a pas conservé la capacité d'effectuer un travail sédentaire léger ou de se recycler.

[130] Le Tribunal a tenu compte de l'emploi occupé par l'appelante pour son époux en 2011, en 2012 et en 2013. Même si ses gains démontrent une certaine capacité de travailler, étant donné l'explication non contestée et crédible de l'appelante relativement aux heures limitées et peu fréquentes travaillées à domicile où elle travaillait pendant 15 minutes et prenait une pause,

le Tribunal n'est pas convaincu que le travail effectué par l'appelante était la preuve de sa capacité de détenir régulièrement une occupation véritablement rémunératrice dans le marché du travail compétitif. Sa capacité limitée de travailler pendant 15 minutes avant de devoir prendre une pause soutient plutôt le contraire. Elle était capable au plus de travailler un jour par semaine en 2011 et au plus une ou deux heures. Elle travaillait pendant environ 15 minutes, puis prenait une pause en raison de la douleur et de ses limitations fonctionnelles. Elle a réduit la fréquence et les heures de travail en 2012 et en 2013.

[131] Étant donné l'explication de l'appelante selon laquelle son époux lui a proposé l'emploi enfin de lui donner quelque chose à faire, la nature limitée du travail effectué et les mesures d'adaptation qu'elle a reçues, le Tribunal estime que l'appelante travaillait effectivement pour un employeur bienveillant; son travail ne reflétait pas ce qui serait raisonnablement attendu d'elle dans un milieu de travail compétitif.

[132] Même si l'appelante demeure capable de conduire sur de courtes distances, le Tribunal n'estime pas que cela illustre une capacité de détenir régulièrement une occupation véritablement rémunératrice dans un milieu de travail compétitif.

[133] Le Tribunal est convaincu, somme toute, que l'appelante souffre d'une invalidité grave au sens du RPC depuis septembre 2009 à la suite de l'accident de véhicule, ce qui a entraîné une douleur importante et des limitations fonctionnelles affectant la position assise et debout ainsi que la marche de manière prolongée.

[134] De plus, étant donné la déficience mentale/psychologique cernée par la D^{re} Koczorowska en 2013, à savoir la dépression, la douleur, l'anxiété, le TSPT et son avis professionnel fondé sur son examen du dossier de l'appelante, les documents à sa disposition, l'évolution de la maladie et la présentation actuelle selon lequel l'appelante souffrait d'une invalidité grave ayant commencé en 2009, le Tribunal est également convaincu que l'appelante ne serait pas une bonne candidate pour le recyclage ou un travail léger. Comme il a été précédemment souligné, la D^{re} Koczorowska a cerné des problèmes de sommeil, de la fatigue, de la perte d'énergie, des sentiments d'inutilité et des problèmes de concentration et de mémoire. Ces facteurs sont tous en contradiction avec le fait que l'appelante est capable de détenir une occupation véritablement rémunératrice dans le milieu de travail compétitif ou de se recycler dans un travail plus léger.

Caractère prolongé

[135] Le Tribunal est convaincu que l'invalidité de l'appelante est prolongée. Malgré des examens et un traitement continu depuis l'accident de véhicule en 2010, elle continue de souffrir de douleurs et de limitations fonctionnelles.

[136] Comme il a été souligné par la D^{re} Koczorowska en avril 2013, l'appelante continue de souffrir de douleurs graves qui l'empêche totalement de fonctionner. Elle n'est pas capable de demeurer en position assise ou debout ou de marcher pendant plus de 10 à 15 minutes. Elle a déclaré que l'appelante pouvait seulement fonctionner à son propre rythme et que ses activités de la vie quotidienne étaient perturbées. Elle était d'avis que l'appelante ne se rétablirait pas dans un avenir rapproché et qu'elle pourrait ne pas se rétablir du tout.

[137] Dans son rapport de novembre 2013, le D^r Michalski a déclaré que, malgré la physiothérapie, la psychothérapie et le traitement pharmacologique intensifs, l'état de l'appelante s'était détérioré davantage. Elle est incapable de se tenir en postillon debout ou assise ou de marcher pendant plus de 15 minutes. Son époux effectue toutes les corvées ménagères et les activités de la vie quotidienne de l'appelante sont gravement limitées. Le D^r Michalski a écrit ce qui suit : [traduction] « Après quatre années de séances de thérapie intensives, son état de santé mentale et physique ne changeront pas. »

CONCLUSION

[138] Le Tribunal conclut que l'appelante avait une invalidité grave et prolongée en septembre 2009 au moment de l'accident de véhicule. 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 octobre 2012; par conséquent, l'appelante est réputée invalide depuis juillet 2011. Aux termes de l'article 69 du RPC, les versements commencent quatre mois après la date de l'invalidité. Les paiements commenceront en novembre 2011.

[139] L'appel est accueilli.

Jeffrey Steinberg
Membre de la division générale – Sécurité du revenu