



[TRADUCTION]

Citation : *B. J. c. Ministre de l'Emploi et du Développement social*, 2016 TSSDGSR 42

Numéro de dossier du Tribunal : GP-14-1455

ENTRE :

B. J.

Appelant

et

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

Intimé

DÉCISION DU TRIBUNAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
Division générale - Section de la sécurité du revenu

DÉCISION RENDUE PAR : Verlyn Francis

MODE D'AUDIENCE : Sur la foi du dossier

DATE DE LA DÉCISION : Le 3 juin 2016

MOTIFS ET DÉCISION

INTRODUCTION

[1] L'intimé a estampillé la demande de pension d'invalidité du Régime de pensions du Canada (RPC) de l'appelant le 30 juillet 2013. L'intimé a rejeté cette demande initialement et après révision. L'appelant a interjeté appel de la décision découlant de la révision auprès du Tribunal de la sécurité sociale (Tribunal).

[2] L'audience relative à l'appel a été instruite sur la foi du dossier pour les raisons suivantes :

- a) le membre a établi qu'une autre audience n'était pas nécessaire;
- b) le mode d'audience permet de prendre les mesures d'adaptation requises par les parties ou les participants;
- c) les questions en litige ne sont pas complexes;
- d) les renseignements versés au dossier sont complets et ne nécessitent aucune clarification;
- e) ce 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] Au titre 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 2013, ce qu'a également conclu le Tribunal.

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

PREUVE

Documents relatifs à la demande

[8] L'appelant était âgé de 47 ans à la date de fin de sa PMA. Il a terminé ses études secondaires et il possède une année d'études en comptabilité sans avoir obtenu un diplôme. Il était ouvrier d'entrepôt en 2006 et il a travaillé dans le secteur de la construction de 2007 à 2008. Il était camionneur pour une entreprise de lin de 2001 à 2010 et il a cessé de travailler en raison de douleurs au bas du dos, au cou et à la jambe. Il a touché des prestations régulières d'assurance-emploi (AE) de 2011 à 2012. Il ne devait pas effectuer des tâches légères ou un type de travail différent en raison de son état de santé.

[9] Dans le questionnaire accompagnant sa demande, l'appelant a déclaré que les déficiences l'empêchant de travailler sont une douleur au bas du dos, une douleur au cou et une

douleur à la jambe qui causent de la difficulté à demeurer debout, à s'asseoir, à soulever des objets, à pousser, à se plier et à s'agenouiller. Par conséquent, il a dû cesser de jouer au soccer et au basketball.

[10] Les limitations et les difficultés fonctionnelles de l'appelant consistent en dix minutes en position assise ou debout, et trois ou quatre minutes de marche. Il peut soulever et transporter une charge de cinq livres sur une distance de dix mètres. Il ne peut pas atteindre un objet situé au-dessus du niveau de l'épaule à l'aide de son bras gauche. Il a une amplitude des mouvements limitée relativement à la flexion. Il est capable de veiller à ses besoins personnels et il n'a aucune difficulté concernant ses habitudes intestinales et vésicales. Il est seulement capable d'effectuer des activités légères d'entretien ménager. Il n'a aucune limitation concernant la vision, la parole et la respiration. Ses médicaments contre la douleur ont des répercussions sur sa mémoire et sa concentration. La douleur entraîne des difficultés à dormir. Il peut conduire une voiture sur de courtes distances.

[11] Il est un patient de la D^{re} Seema Aggarwal, médecin de famille, depuis 2005 et il la consulte pour ses douleurs au bas du dos, au cou et au bras gauche. Ses médicaments sont le Cymbalta 60 mg deux fois par jour, l'Arthrotec 75 mg deux fois par jour et le baclofène 75 mg deux fois par jour. Il a également suivi un traitement de physiothérapie. Il n'a recours à aucun appareil médical, et aucun traitement futur ou examen médical n'est prévu.

Preuve médicale

[12] Le 20 octobre 2011, l'appelant s'est plaint à la D^{re} Aggarwal d'une raideur et d'une douleur au genou. Elle a prescrit un comprimé de Naprosyn 500 mg deux fois par jour et elle lui a conseillé d'appliquer des coussins chauffants et de faire des exercices. Les radiographies bilatérales des genoux effectuées le 21 octobre 2011 n'ont révélé aucune fracture ou mauvais alignement, aucun épanchement et aucun changement dégénératif important. Une échographie du genou droit effectuée le 14 novembre 2011 a révélé la présence d'un kyste poplité de 2,8 cm dans la fosse poplité. Une petite quantité de fluide était également présente dans l'interligne articulaire supérieure. Selon le dossier médical du cabinet de la D^{re} Aggarwal, celle-ci a reçu l'appelant en consultation le 23 novembre 2011. Il s'est plaint d'une douleur au genou droit et

d'une enflure derrière le genou. Il lui a été conseillé d'appliquer des compresses chaudes, et il a reçu une prescription de naproxen 50 mg deux fois par jour.

[13] La D^{re} Aggarwal a ensuite reçu l'appelant en consultation pour des douleurs au genou droit le 7 juin 2012. Il n'avait aucun trauma associé. Il a décrit la douleur comme étant une douleur sourde accompagnée d'une raideur le matin pendant moins d'une heure qui s'améliore au fil de la journée, puis se dégrade. Il n'avait aucune difficulté à transporter une charge, et la douleur s'aggravait lorsqu'il se levait après un repos prolongé. Au cours de l'examen, la D^{re} Aggarwal n'a constaté aucune détresse aiguë, ni cicatrice, ni érythème, ni difformité, ni effusion au genou. Elle a constaté une démarche normale. Il y avait une sensibilité à la ligne articulaire, et l'amplitude des mouvements était normale. Elle a prévu un examen par IRM et une consultation avec le D^r Elashaal.

[14] Un examen par IRM du genou droit de l'appelant effectué le 23 juin 2012 a révélé une déchirure horizontale et prolongée sous la surface de la corne dorsale et la jonction corporelle du ménisque médial, ce qui est associé à une chondropathie dégénérative modérément grave et d'une diminution de la hauteur de la taille d'un cartilage de haut degré dans le compartiment de l'interligne articulaire médiale. La présence d'un kyste poplité élargi a été soulignée. D'autres éléments de l'arthrose dégénérative comportaient également un épanchement articulaire modéré à grave. Le ménisque latéral était largement intact, et aucune blessure ligamentaire aiguë n'a été cernée. La D^{re} Aggarwal a ensuite reçu l'appelant en consultation le 29 juin 2012 en raison de douleurs au genou droit. Elle a renouvelé la prescription d'un comprimé d'Arthrotec 75 mg deux fois par jour et a ajouté un comprimé kératinisé 20 mg par jour.

[15] Le D^r Abdelrahman Elashaal, chirurgien orthopédiste, a signalé le 18 juillet 2012 qu'il a reçu l'appelant en consultation au sujet d'une douleur au genou droit qui allait en s'aggravant et qui a débuté il y a trois ans. La plainte concernait une douleur vive à la ligne articulaire et une difficulté à marcher. Au cours de l'examen, le D^r Elashaal a constaté une bosse derrière le genou qui ressemble à un petit kyste poplité et une sensibilité à la ligne articulaire. Le traitement recommandé comprenait la chirurgie arthroscopique et une ménissectomie partielle. L'appelant a déclaré au D^r Elashaal qu'il se rendait en Albanie pour l'été et qu'il communiquerait avec le cabinet à son retour pour prévoir l'opération.

[16] Selon le dossier médical de la D^{re} Aggarwal le 1^{er} octobre 2012, l'appelant effectuait un suivi au sujet de sa douleur au genou droit. Ce suivi avait débuté quelques mois auparavant. L'examen par IRM a révélé une déchirure méniscale, et l'appelant occupait un emploi à temps plein où il préparait des pizzas. L'évaluation a permis de révéler une douleur aiguë au genou.

[17] Le 4 décembre 2012, la D^{re} Seema a souligné dans le dossier médical de l'appelant que celui-ci a été victime d'une collision arrière six jours auparavant, le 28 novembre 2012, et que la voiture a été remorquée sur les lieux. Sa ceinture de sécurité était attachée, et le coussin gonflable ne s'est pas déployé. Il n'a pas perdu connaissance, il n'avait aucune blessure à la tête, mais il a souffert de maux de tête et de douleurs au cou. Quelques jours plus tard, il a commencé à ressentir une douleur sourde au cou allant jusqu'au bas du dos et au bas de la colonne vertébrale. Il avait une amplitude des mouvements limitée, ce qui a mené à une difficulté à exécuter les activités de la vie quotidienne. Il avait essayé le Tylenol n^o 3 et l'Advil. La D^{re} Seema a constaté un spasme positif au cou et une amplitude des mouvements limitée, particulièrement en ce qui concerne la flexion et l'extension. Il souffrait de douleur au dos au toucher du côté droit de la colonne lombaire et il avait une amplitude des mouvements limitée. Son évaluation a révélé une sciatique aiguë et une entorse lombaire. Il a reçu une prescription de naproxen et de Flexeril en plus de séances de physiothérapie.

[18] La radiographie de la colonne lombaire effectuée le 6 décembre 2012 a montré une discopathie dégénérative minime, et aucune lésion traumatique n'a été identifiée. Une radiographie de la colonne cervicale effectuée le 3 janvier 2013 a permis de constater que l'alignement est anatomique, que tous les pédicules sont présents et qu'il n'y a aucune fracture. Elle a permis de constater que la colonne lombaire avait un alignement anatomique, que tous les pédicules étaient présents et qu'il n'y avait aucune fracture.

[19] Le 3 janvier 2013, il a été souligné dans le dossier médical de la D^{re} Aggarwal que l'appelant souffrait de douleurs au cou jusqu'au milieu du dos, des maux de tête et des douleurs à l'épaule. La physiothérapie deux fois par semaine, le Motrin et le Flexeril la nuit n'offraient pas de soulagement. Il a dit qu'il ne travaillait pas et qu'il ne pouvait pas travailler. L'appelant a déclaré que ses douleurs au bas du dos et à la hanche gauche allaient jusqu'à la partie inférieure de la jambe, que cela causait un engourdissement, une faiblesse et un fourmillement, et que rien

n'avait changé. Il a été constaté qu'il avait une amplitude limitée des mouvements du cou, des spasmes au dos et au cou et une amplitude des mouvements limitée. Il a reçu une prescription d'un comprimé d'Arthrotec 75 mg deux fois par jour pendant un mois.

[20] Le 24 janvier 2013, la D^{re} Aggarwal a souligné que l'appelant souffrait de douleurs au dos allant jusqu'à la cuisse postérieure gauche et derrière le genou et d'un engourdissement dans la partie inférieure gauche du dos et qu'il ne pouvait pas se plier. Il avait l'impression qu'il ne pouvait pas s'asseoir ou s'étendre à plat pendant une longue durée et que la massothérapie améliorait la situation. Le naproxen n'a pas aidé. L'Arthrotec aidait, mais il le faisait souffrir d'indigestion. Ses plaintes étaient une douleur au cou allant jusque derrière la tête, les épaules et les faces médiales de l'omoplate accompagné de maux de tête et de tremblements au lit. Il souffrait d'anxiété, de palpitations et de sudation lorsqu'il conduisait ou lorsqu'il était passager et il se fâchait en discutant de l'accident. Les séances de physiothérapie deux fois par semaine et le neurostimulateur transcutané à domicile ont aidé. Il a occupé les fonctions d'opérateur de machine et de camionneur. Il a été mis à pied pendant un an et il voulait une lettre à l'intention de la compagnie d'assurance. Il a déclaré qu'il ne pouvait pas se plier et qu'il est resté debout durant la consultation. Sa force d'épaule est égale des deux côtés, et la rotation externe, la flexion et l'extension sont limitées. Il n'y a aucun changement cutané, sensibilité, mobilité limitée ou motivation réduite au dos. L'évaluation a révélé une douleur aiguë au dos, une entorse lombaire, une dépression, une entorse au cou et au dos, coup de fouet cervical et de l'anxiété. Le plan était que l'appelant consulte un optométriste. On lui a fourni des échantillons de Tecta 40 g pour six semaines, une prescription de gel Voltaren et du Cymbalta 30 mg. Il a été demandé à l'appelant de continuer la physiothérapie, et celui-ci a été dirigé vers un psychologue.

[21] Le 7 février 2013, l'appelant a signalé à la D^{re} Aggarwal que l'état de son dos se détériorait en raison des injections au coccyx à l'aide d'une seringue. L'aquathérapie une fois par semaine aide, mais la douleur réapparaissait en deux heures. L'Arthrotec l'aidait, et il n'avait plus de problèmes au ventre en raison du Tecta. Il souffrait de douleurs au cou et de maux de tête. Il n'avait plus de problèmes de tremblements, il se sentait plus à l'aide dans un véhicule utilitaire sport et il était plus vigilant à bord d'une petite voiture. L'intensité de la douleur à l'épaule droite était demeurée la même depuis les deux années précédentes, mais elle était plus notable à ce moment-là en raison des autres douleurs. Il a été conclu que l'appelant souffrait de

douleurs aiguës au dos, de névralgie sciatique, d'une entorse lombaire, de douleurs au cou/dos, de coup de fouet cervical, d'anxiété et de dépression. Le plan consistait à continuer de traiter les douleurs au dos à l'aide de médicaments, à effectuer un tomodensitogramme crânien pour identifier la masse, à inciter l'appelant à consulter un optométriste et un psychologue et d'utiliser le gel Voltren et un manchon contenant le gel.

[22] Une tomographie par ordinateur de la tête de l'appelant effectuée le 9 février 2013 a révélé aucune anomalie importante et aucun changement par rapport à l'examen précédent du 14 novembre 2010.

[23] Au cours d'une consultation le 7 mars 2013, l'appelant a signalé à la D^{re} Aggarwal qu'il n'avait plus de problèmes de tremblements et que sa dépression et son anxiété se portaient mieux grâce à un comprimé de Cymbalta 30 mg par jour. Il conduit pendant de courtes distances. Il ne consultait pas un psychologue parce qu'il n'avait plus de tremblements. Il ne souffrait d'aucun engourdissement ou de sensation de fourmillement. Les radiographies de sa colonne lombaire et de son cou étaient normales. Le plan était d'effectuer un examen par IRM du bas du dos, de continuer la thérapie et de prendre de l'Arthrotec deux fois par jour.

[24] Un examen par IRM de la colonne lombaire effectué le 19 mars 2013 a révélé une sténose foraminale du côté gauche au niveau L4-L5. La racine nerveuse de sortie ne semblait pas touchée, mais une déchirure annulaire a été cernée dans la zone foraminale/latérale gauche. Rien ne démontrait un compromis du canal central.

[25] Le D^r Robert Yovanovich, chirurgien orthopédiste, a effectué une évaluation orthopédique de l'appelant le 16 avril 2013 pour une compagnie d'assurance habitation et automobile concernant un accident de véhicule survenu le 28 novembre 2012. Les signes physiques étaient que l'appelant était un jeune homme en bonne condition physique ayant une mauvaise posture et un bon tonus musculaire. Il semblait être en détresse émotionnelle et physique au cours de l'entrevue. Il marchait de manière prudente, mais on n'observait aucune boiterie. Il ne souffrait d'aucun spasme ou de difformité à la colonne cervicale, son amplitude des mouvements était complète dans toutes les directions, et la flexion et l'extension généraient des douleurs modérées au cou et principalement faibles au dos. Il souffrait d'une légère sensibilité dans les régions paracervicale et médiane. L'évaluation neurologie des membres

supérieurs ont révélé un bon tonus musculaire sans atrophie musculaire, faiblesse douleur ou test résistif. La sensation était normale. Il avait une tension musculaire accrue de façon importante dans la colonne lombaire, une sensibilité du L4 au sacrum et une légère sensibilité dans la région de la fesse gauche. L'amplitude de mouvements était limitée et douloureuse. Les mouvements des hanches étaient complets, mais ils créaient une douleur intense au bas du dos. L'élévation de la jambe tendue était limitée par la douleur à 50 degrés des deux côtés. Il n'y a aucune preuve de maladie active ou chronique aux articulations des membres inférieurs, mais il y a une sensibilité sur la partie médiale du genou droit et une douleur lors d'une flexion forcée. Il n'y avait aucune faiblesse ou atrophie musculaires. Il avait une sensation normale et aucun écart mesurable relativement à la longueur de ses jambes. Les réflexes des genoux et des chevilles sont symétriques et relativement vifs.

[26] Le D^r Yovanovich a conclu que, selon les plaintes subjectives de l'appelant, celui-ci souffre d'une déficience concernant le fonctionnement de son dos en raison de douleurs au bas du dos et d'une mobilité lombaire limitée. Cette déficience l'empêcherait de faire des activités comprenant les flexions, les torsions et les accroupissements répétitifs, le soulèvement et le transport d'objets lourds, la poussée et la traction d'objets lourds, et les positions assise et debout ainsi que la marche prolongée et non soulagée. Il y avait une déficience légèrement du fonctionnement du cou, et la douleur était aggravée par des mouvements répétitifs et soudains de la tête et du cou, une posture statique et non soulagée de la tête et du cou dans une position tendue ou étirée, le soulèvement et le transport d'objets lourds, et la poussée et la traction d'objets lourds. En ce qui concerne les limitations, le D^r Yovanovich a conclu que l'appelant ne souffrait pas d'une incapacité complète à mener une vie normale et qu'il était capable de retourner occuper un emploi rémunérateur si l'emploi comprenait des activités excluant la flexion, la torsion ou l'accroupissement répétés, le transport ou le soulèvement d'objets lourds, la poussée ou la traction d'objets lourds, et la position assise ou debout, ou la marche non soulagée.

[27] Le D^r Yovanovich a recommandé que l'appelant soit dirigé vers une clinique de traitement de la douleur pour subir des injections de stéroïdes épidurales ou des injections aux facettes gauches et que, si cela ne soulageait pas les symptômes, il devrait consulter en vue d'une chirurgie. Il a déclaré qu'aucun autre examen n'était nécessaire.

[28] L'appelant a consulté la D^{re} Aggarawal le 27 mai 2013. Elle a déclaré qu'il souffrait de douleurs au bas du dos de nature mécanique. Il a refusé les stéroïdes épidurales parce qu'il avait peur et qu'il avait besoin du Flexeril. Lors de la consultation du 4 avril 2013, la D^{re} Seema a rempli des formulaires, a discuté de l'examen par IRM et a renouvelé sa prescription de médicaments.

[29] Le 12 juillet 2013, la D^{re} Aggarawal a rempli le rapport médical qui a accompagné la demande. Elle connaissait l'appelant depuis sept ans, et son diagnostic était des douleurs chroniques au bas du dos, de l'anxiété et une dépression. Les antécédents pertinents sont un accident de véhicule en novembre 2012 et, depuis ce moment-là, des douleurs au bas du dos, qui sont probablement de nature mécanique. L'appelant n'a pas été hospitalisé au cours des deux dernières années. Les limitations fonctionnelles et les signes physiques étaient qu'il était incapable de soulever des objets, de se plier ou de pousser parce qu'il souffrait de douleurs au bas du dos. Ses médicaments étaient le Lyrica et l'Arthrotec. Il a pris part à des séances de physiothérapie et d'aquaforme qui ont apporté un certain soulagement. L'examen par IRM a relevé de l'arthrose avec une protrusion discale.

[30] Dans sa note de bureau du 12 juillet 2013, la D^{re} Aggarawal a souligné que l'appelant avait l'impression que l'état de son dos s'aggravait en raison des injections au coccyx à l'aide de seringues, des douleurs du côté gauche du bas du dos allant jusqu'au haut du dos et à la fesse gauche et de rayonnement aux genoux et à la cheville. Il ne souffrait pas d'incontinence ni de paresthésie en selle. Il a cessé l'aquathérapie et l'acupuncture, il avait des traitements de physiothérapie pour sa hanche deux par semaines et de massothérapie. Il a déclaré que l'Arthrotec l'aide et que ses maux de tête et ses douleurs au cou s'amélioraient. Le tomodensitogramme était normal, et l'examen par IRM était correct. La D^{re} Aggarawal a observé des spasmes positifs, il n'y avait aucune amplitude limitée des mouvements, et la neuro était normale. Le plan était de continuer la consommation de Lyrica deux fois par jour et d'Arthrotec deux fois par jour. La note du 23 juillet 2013 de la D^{re} Aggarawal était semblable à celle du 12 juillet 2013. Il prenait de l'Arthrotec deux fois par jour, ce qui l'aidait, et les maux de tête et les douleurs au cou s'amélioraient. Il a cessé de prendre du Cymbalta et il a ensuite pris du Lyrica deux fois par jour. La D^{re} Aggarawal a constaté des spasmes, mais aucune amplitude limitée des mouvements, et la neuro était normale.

[31] Le D^r Pankaj Kapoor, psychiatre et neurologue, a reçu l'appelant le 10 octobre 2013 pour une consultation au sujet de douleurs au bas du dos. Au cours de l'examen, le D^r Kapoor n'a constaté aucun déficit relatif aux nerfs crâniens. L'examen moteur a révélé que l'appelant avait une force, un tonus et un volume normal. Il était capable de marcher sur les talons et les orteils sans avoir besoin d'aide, et l'élévation de la jambe sans fléchir le genou du côté gauche était positive. Les réflexes tendineux étaient d'un quart et symétriques, à l'exception du réflexe patellaire gauche qui était légèrement hypoactif. Les réflexes plantaires étaient nuls. L'examen sensoriel était normal. La démarche était légèrement antalgique. Il n'y avait aucun signe cérébelleux. L'impression du D^r Kapoor était que l'appelant souffrait probablement de douleurs moyofasciales au bas du dos de nature mécanique, et il l'a dirigé afin qu'il subisse des examens par électrodiagnostic pour évaluer la radiculopathie au niveau L4-L5. Il a recommandé du baclofène 5-10 mg, au besoin. L'appelant a refusé les injections de stéroïdes épidurales. Le D^r Kapoor n'avait pas l'impression que l'intervention chirurgicale était indiquée sur le plan clinique et il n'avait aucune autre option de traitement à offrir à ce stade.

[32] Les résultats d'une électromyographie à l'aiguille et d'une étude sur la conduction nerveuse effectuées le 13 novembre 2013 étaient normaux, et rien ne donnait à penser qu'il souffrait d'une neuropathie périphérique ou d'une radiculopathie lombo-sacrée.

[33] Selon les notes de bureau de la D^{re} Aggarwal, elle a reçu l'appelant en consultation le 14 novembre 2013 en raison de douleurs au dos. Il a déclaré souffrir de picotements à la jambe, d'une douleur vive à la cuisse, d'une douleur grave au bas du dos et d'oppression. Il est allé au gymnase et à la piscine, il a eu un traitement de massothérapie et il a ressenti un soulagement temporaire. Sa douleur était plus intense les deux semaines précédentes, ce qu'il a attribué aux variations météorologiques. Il a nié avoir subi un récent trauma. Il ne souffrait pas de paresthésie en selle, d'incontinence et de rétention urinaire et il n'avait aucun signe avant-coureur. Le rapport d'examen par IRM et la possibilité que la douleur soit présente pendant un long moment ont fait l'objet d'une discussion avec lui, et l'appelant n'était pas content. La D^{re} Aggarwal a discuté de l'épidural, mais l'appelant n'était pas prêt à ce moment-là. Son évaluation a révélé une sciatique aiguë et une douleur liée à une entorse lombaire. Le plan était d'augmenter sa médication à 10 mg trois fois par jour au besoin pour la semaine prochaine jusqu'à ce que la douleur s'atténue et de commencer le Lyrica à chaque heure seulement.

[34] Un examen par IRM de la colonne cervicale effectué le 18 mars 2014 a révélé un léger changement dégénératif au niveau C6-C7 avec une dislocation discale mineure au-dessus de ce niveau. Il n'y a aucune extrusion discale ou sténose du canal. Il y a une sténose foraminale bilatérale modérée au niveau C6-C7, une sténose foraminale bilatérale légère aux niveaux C4-C4, C4-C5 et C5-C6. L'ostéophyte discal aux niveaux C3-C4 et C6-C7 décale le sac thécal sans déformer la moelle épinière.

OBSERVATIONS

[35] L'appelant soutient qu'il est admissible à une pension d'invalidité pour les raisons suivantes :

- a) Il souffre de douleurs au cou, au dos et à la jambe, de maux de tête, d'anxiété et de dépression.
- b) Il a des limitations fonctionnelles. Il peut seulement demeurer en position assise ou debout pendant dix minutes, marcher pendant trois ou quatre minutes et il peut soulever et transporter une charge de cinq livres sur une distance de dix mètres. Il est difficile pour lui de demeurer debout, de s'asseoir, de soulever des objets, de pousser, de se plier et de s'agenouiller. Il ne peut pas atteindre des objets au-dessus du niveau des épaules à l'aide du bras gauche et il est seulement capable d'effectuer des activités légères d'entretien ménager.
- c) En raison de la douleur, il a de la difficulté à dormir, sa mémoire et sa concentration sont touchées par les analgésiques, et il peut seulement conduire sur de courtes distances.

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

- a) L'appelant se plaint de douleurs au bas du dos, au cou et à la jambe, mais la preuve médicale objective appuie une conclusion selon laquelle l'appelant est inadmissible à des prestations d'invalidité du RPC.

- b) L'appelante a refusé de suivre le traitement recommandé et il continue de subir un traitement traditionnel.
- c) La preuve médicale ne démontre pas l'existence d'une grave pathologie qui appuierait l'incapacité de l'appelant à effectuer tout type de travail.

ANALYSE

[37] L'appelant doit prouver, selon la prépondérance des probabilités, qu'il était atteint d'une invalidité grave et prolongée le 31 décembre 2013 ou avant cette date.

Caractère grave

[38] Au titre 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 la personne concernée est régulièrement incapable de détenir une occupation véritablement rémunératrice. Une personne atteinte d'une invalidité grave doit non seulement être incapable d'occuper son emploi habituel, mais elle doit aussi être incapable de faire tout travail auquel il serait raisonnable de s'attendre qu'elle puisse s'adonner. Une invalidité est prolongée si elle doit vraisemblablement durer pendant une période longue, continue et indéfinie ou doit entraîner vraisemblablement le décès.

Principes directeurs

[39] La gravité de l'invalidité doit être évaluée dans un contexte réaliste. Cela signifie que, au moment de décider si l'invalidité d'une personne est grave, le Tribunal doit tenir compte de facteurs comme l'âge, le niveau d'instruction, les aptitudes linguistiques et les antécédents de travail et l'expérience de vie pour déterminer « l'employabilité » de la personne compte tenu de son invalidité (*Villani c. Canada (P.G.)*, 2001 CAF 248).

[40] Le contexte « réaliste » signifie également que le Tribunal doit tenir compte de la question si le refus du requérant de subir un traitement médical et les répercussions que le refus pourrait avoir sur l'état d'incapacité du requérant dans le cas où le refus est déraisonnable (*Lalonde c. Canada (MDRH)*, 2002 CAF 211).

[41] C'est la capacité de l'appelant à travailler et non le diagnostic de sa maladie qui détermine la gravité de l'invalidité en vertu du RPC : *Klabouch c. Canada (Ministre du Développement social)*, 2008 CAF 33.

[42] Les appelants qui disent répondre à la définition d'incapacité grave doivent non seulement démontrer qu'ils ont de sérieux problèmes de santé, mais dans des affaires où il y a des preuves de capacité de travail, ils doivent également démontrer que les efforts pour trouver un emploi et le conserver ont été infructueux pour des raisons de santé (*Inclima c. Canada (P.G.)*, 2003 CAF 117).

Application des principes directeurs

[43] L'appelant était âgé de 47 ans à la date de fin de sa PMA en décembre 2013. Il fonde sa demande de pension d'invalidité du RPC sur des douleurs au bas du dos, au cou et à la jambe, des maux de tête, l'anxiété et la dépression. Il déclare avoir occupé l'emploi de camionneur de 2001 à 2010 et avoir cessé de travailler en raison de douleurs au bas du dos, au cou et à la jambe. Il a touché des prestations d'AE de 2011 à 2012.

[44] En octobre 2011, l'appelant avait une radiographie des deux coudes qui était normale. Vers le même moment, il s'est plaint de raideurs au genou, et les radiographies bilatérales des genoux étaient normales. Une échographie a révélé un kyste poplité derrière le genou droit, et il a subi un traitement au moyen d'analgésiques fournis par sa médecin de famille qui l'a dirigé vers le D^f Elashaal, chirurgien orthopédiste, en juillet 2012. Le D^f Elashaal a rendu un diagnostic de petit kyste poplité et de sensibilité à la ligne articulaire et il a recommandé une chirurgie arthroscopique et une méniscectomie partielle. L'appelant a déclaré au chirurgien qu'il quittait le pays à l'été et qu'il communiquerait avec le cabinet à son retour pour prévoir l'opération. La preuve ne révèle pas que l'appelant a suivi le traitement recommandé par le D^f Elashaal. En octobre 2012, l'appelant a consulté la D^{re} Aggarwal pour effectuer un suivi sur sa douleur au genou droit et il a déclaré travailler à temps plein à préparer des pizzas. Étant donné qu'aucune autre preuve n'a été présentée au sujet de ce trouble et que l'appelant travaillait à temps plein, le Tribunal estime que la douleur au genou droit de l'appelant n'était pas un trouble grave au sens du critère prévu par le RPC.

[45] Le 4 décembre 2012, l'appelant a déclaré à la D^{re} Aggarwal qu'il avait été impliqué dans un accident de véhicule six jours auparavant. Sa ceinture de sécurité était bouclée, le coussin gonflable ne s'est pas déployé et il n'a pas perdu connaissance. Il s'est plaint de maux de tête et de douleurs au cou et au dos. La D^{re} Aggarwal a rendu un diagnostic de névralgie sciatique aiguë et d'entorse lombaire et elle a prescrit des analgésiques et des séances de physiothérapie. En janvier 2013, il s'est plaint que sa douleur s'étendait, qu'il tremblait au lit et qu'il présentait des signes d'anxiété. La D^{re} Aggarwal n'a constaté aucun changement cutané au dos ou sensibilité, mais il y avait une mobilité limitée et une motivation réduite. L'évaluation à l'époque a révélé une douleur aiguë au dos, une entorse lombaire, une dépression, une entorse au cou et au dos, coup de fouet cervical et de l'anxiété. Elle a prescrit d'autres médicaments et elle a dirigé l'appelant vers un optométriste et un psychologue. Selon le dossier, l'appelant ne semble pas avoir consulté un psychologue et, en mars 2013, il a déclaré qu'il n'était pas nécessaire qu'il consulte un psychologue parce que les tremblements n'étaient plus présents. De plus, il n'avait aucun engourdissement ou sensation de fourmillement à ce moment-là, et un examen par IRM en mars 2013 n'a pas démontré l'existence d'un compromis au canal central, mais il y avait une déchirure annulaire à la zone foraminale/latérale gauche. Le tomodensitogramme et les radiographies effectués à ce moment-là étaient normaux.

[46] Le D^r Yovanovich a reçu l'appelant en avril 2013 pour une évaluation orthopédique et il a cerné une déficience dans le fonctionnement de son dos en raison d'une douleur au bas du dos de nature mécanique et d'une mobilité lombaire limitée. Le médecin a recommandé que l'appelant soit dirigé vers une clinique de traitement de la douleur pour subir des injections de stéroïdes épidurales ou des injections à la facette gauche. Cette recommandation a été évidemment communiquée à la médecin de famille de l'appelant qui a déclaré en mai 2013 que celui-ci a refusé les stéroïdes épiduraux parce qu'il avait peur. En octobre, le D^r Kapoor, psychiatre et neurologue, a également déclaré que l'appelant a refusé les injections de stéroïdes épidurales. En novembre 2013, l'appelant a signalé à la D^{re} Aggarwal que ses douleurs au dos étaient graves et qu'il ressentait des picotements à la jambe ainsi qu'une douleur vive à la cuisse. La D^{re} Aggarwal a encore discuté des injections épidurales avec l'appelant, mais il a refusé. Le Tribunal estime que, si deux spécialistes et sa médecin de famille ont recommandé un traitement, il n'était pas raisonnable que l'appelant refuse ce traitement au motif qu'il avait peur. En refusant de subir des injections de stéroïdes épidurales, le Tribunal estime que l'appelant n'a pas coopéré

dans le cadre de ses soins de santé en suivant un traitement raisonnable qui aurait pu éliminer ou contrôler ses douleurs myofasciales au bas du dos de nature mécanique et les symptômes.

[47] Il est important de souligner que, en mars 2013, le D^r Yovanovich a conclu que, même si l'appelant avait des limitations, il était capable de retourner occuper un emploi rémunérateur avec certaines restrictions. Cela est confirmé par les résultats normaux des examens radiologiques et des examens par électrodiagnostic et par le traitement pharmacologique traditionnel.

[48] Bien que la D^{re} Aggarwal ait également énuméré la dépression et l'anxiété à titre de troubles invalidants, la preuve démontre que, en mars 2013, l'appelant a refusé de consulter un spécialiste et déclaré que ces troubles allaient mieux et qu'ils étaient sous contrôle grâce à la médication.

[49] Les autres plaintes de l'appelant comprenaient des maux de tête et des douleurs au cou, mais, en juillet 2013, la D^{re} Aggarwal a signalé que ces troubles se portaient mieux à l'aide de la médication.

[50] Compte tenu de l'ensemble de la preuve et des effets cumulatifs des troubles médicaux de l'appelant, le Tribunal n'est pas convaincu, selon la prépondérance des probabilités, que l'appelant est atteint d'une invalidité grave conformément aux critères du RPC.

Caractère prolongé

[51] Comme le Tribunal a conclu que l'invalidité n'était pas grave, il n'est pas nécessaire qu'il se prononce sur le critère de l'invalidité prolongée.

CONCLUSION

[52] L'appel est rejeté.

Verlyn Francis
Membre de la division générale – Sécurité du revenu