



Social Security
Tribunal of Canada

Tribunal de la sécurité
sociale du Canada

[TRADUCTION]

Citation : *M. K. c. Ministre de l'Emploi et du Développement social*, 2016 TSSDGSR 43

Numéro de dossier du Tribunal : GP-15-3737

ENTRE :

M. K.

Appelante

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 : Raymond Raphael

DATE DE L'AUDIENCE : 6 juin 2016

DATE DE LA DÉCISION : 8 juin 2016

MOTIFS ET DÉCISION

COMPARUTIONS

M. K. : appelante

Karen Kensett : représentante du ministre (participe par conférence téléphonique)

CONTEXTE

[1] L'intimé a estampillé la demande de pension d'invalidité au titre du *Régime de pensions du Canada* (RPC) de l'appelante le 18 mars 2009. L'intimé a rejeté la demande au stade initial ainsi qu'au stade du réexamen. L'appelante a ensuite interjeté appel de la décision en réexamen devant le Bureau du Commissaire des tribunaux de révision (BCTR) et l'appel a été transféré au Tribunal de la sécurité sociale (le Tribunal) en avril 2013.

[2] Le 5 février 2015, la division générale a rejeté l'appel à la suite d'une audience par téléconférence. Le 4 novembre 2015, la division d'appel a accueilli l'appel de l'appelante et a renvoyé l'affaire à la division générale pour un réexamen complet.

[3] Le présent appel a été instruit par vidéoconférence pour les motifs suivants :

- a) l'appelante sera la seule partie à participer à l'audience;
- b) la vidéoconférence est offerte à une distance raisonnable de la région où vit l'appelante;
- c) il manquait de l'information ou il était nécessaire d'obtenir des précisions;
- d) la façon de procéder est conforme à l'exigence du Règlement sur le Tribunal de la sécurité sociale selon laquelle l'instance doit se dérouler de la manière la plus informelle et expéditive que les circonstances, l'équité et la justice naturelle permettent.

DROIT APPLICABLE

[4] L'alinéa 44(1)*b*) du RPC énonce les critères d'admissibilité à une pension d'invalidité du RPC. Pour être admissible à la pension d'invalidité, le demandeur doit :

- a) être âgé de moins de 65 ans;
- b) ne pas toucher de pension de retraite du RPC;
- c) être invalide;
- d) avoir versé des cotisations valides au RPC pendant au moins la période minimale d'admissibilité (PMA).

[5] Le calcul de la PMA est important puisqu'une personne doit établir qu'elle était atteinte d'une invalidité grave et prolongée à la date marquant la fin de sa PMA ou avant celle-ci.

[6] L'alinéa 42(2)*a*) du RPC définit l'invalidité comme étant une invalidité physique ou mentale grave et prolongée. Une personne est considérée comme ayant une invalidité grave si elle est régulièrement incapable de détenir une occupation véritablement rémunératrice. Une invalidité est prolongée si elle doit vraisemblablement durer pendant une période longue, continue et indéfinie ou entraîner vraisemblablement le décès.

QUESTION EN LITIGE

[7] Le Tribunal conclut que la date à laquelle a pris fin la PMA est le 31 décembre 2011.

[8] En l'espèce, le Tribunal doit déterminer si, selon toute vraisemblance, l'appelante était atteinte d'une invalidité grave et prolongée à la date où a pris fin la PMA ou avant celle-ci.

CONTEXTE

[9] L'appelante était âgée de 57 ans à la date de sa PMA, soit le 31 décembre 2011; elle est maintenant âgée de 62 ans. Elle a travaillé chez Telus pendant 22 ans en qualité de représentante, soutien aux ventes d'affaires. Avant juin 2008, elle avait subi trois chutes et un accident de voiture et elle avait subi quatre commotions cérébrales. Elle a eu un grave accident de la route en

juin 2008 au cours duquel son état s'est détérioré; en outre, elle a subi des blessures au dos, aux genoux et à l'épaule ainsi qu'une cinquième commotion. Elle n'a pas travaillé depuis cet accident et reçoit maintenant des prestations de longue durée pour invalidité permanente.

DOCUMENTS RELATIFS À LA DEMANDE

[10] Dans son questionnaire relatif à l'invalidité au titre du RPC signé le 1^{er} mars 2009, l'appelante a indiqué qu'elle a une douzième année et qu'elle a fréquenté le collège pendant dix-huit mois. Elle a mentionné qu'elle a travaillé pour la dernière fois comme représentante chargée du soutien aux ventes du 12 mai 1987 au 27 juin 2008. L'appelante a déclaré qu'elle a cessé de travailler en raison d'un syndrome post-commotion, de la nécessité qu'elle subisse une fusion dorsale et une laminectomie, et d'autres problèmes.

[11] Elle a affirmé être invalide depuis le 27 juin 2008 et a déclaré que les maladies et les déficiences qui l'ont empêché de travailler comprennent l'ostéochondrome ou ostéophyte à la colonne lombaire avec syndrome de la queue de cheval; le syndrome post-commotion (cinquième commotion en sept ans); une déchirure possible du ménisque du genou droit; une [rupture] de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite; de la douleur au cou et à la colonne cervicale avec de l'engourdissement dans le bras jusque dans l'auriculaire et l'annulaire et des fourmillements et picotements; une sténose vertébrale très grave; ainsi que de la douleur et de l'enflure au coude droit.

[12] L'appelante a mentionné que ses autres affections comprenaient l'ostéoarthrite; l'arthrite avec hyperostose squelettique idiopathique diffuse; des ostéophytes sous les talons; de l'obésité morbide (avec stéatose hépatique); et l'ossification du ligament longitudinal postérieur dans trois vertèbres au cou et deux dans la colonne lombaire. Elle a mentionné des limitations fonctionnelles lorsqu'elle s'assoit, se lève, marche, soulève des charges, transporte des objets, s'étire et se penche; elle a ajouté qu'elle a besoin d'aide pour les tâches ménagères, qu'elle a des problèmes d'élocution, de mémoire, de concentration et de sommeil; qu'elle ne peut conduire depuis 10 ans; et que lorsqu'elle prend les transports en commun, elle éprouve souvent de la difficulté parce qu'elle prend le mauvais autobus ou descend au mauvais arrêt d'autobus.

[13] Un rapport en date du 2 décembre 2008 dressé par la D^{re} Lorne, médecin de famille de l'appelante, accompagnait la demande au titre du RPC. La D^{re} Lorne a diagnostiqué un syndrome post-commotion; une sténose lombaire; un traumatisme au genou droit; et une blessure des coiffes des rotateurs du côté droit. La D^{re} Lorne a décrit les antécédents médicaux pertinents et importants de la façon suivante : *syndrome post-commotion* – maux de tête, confusion, mémoire et concentration défaillantes, ainsi que fatigue; *dorso-lombalgie* – grave douleur, mobilité très diminuée, ne peut marcher sur une distance de plus de 2 ou 3 pâtés de maison, symptômes antérieurs liés à la vessie et à l'intestin avec compression nerveuse; et incapacité de se pencher; *douleur au genou* – limitations au niveau de la marche; et *douleur à l'épaule* – douleur causée en soulevant des objets et en prenant des objets au-dessus de la tête. D'après le pronostic, qui était incertain, l'appelante avait peu de chances de recouvrer complètement la santé et il était incertain que l'intervention chirurgicale rachidienne puisse constituer une option. La D^{re} Lorne était d'avis que l'appelante ne pourra vraisemblablement plus travailler. La D^{re} Lorne croyait également que l'appelante était très limitée par ses problèmes de dos et son syndrome post-commotion.

Demande initiale

[14] Il s'agissait de la deuxième demande de pension d'invalidité du RPC présentée par l'appelante. Elle a d'abord fait une demande de pension d'invalidité au titre du RPC le 31 juillet 2003. Cette demande a été rejetée au stade initial et au stade du réexamen. L'appelante n'a pas interjeté appel de la décision de réexamen.

[15] Un rapport en date du 15 juillet 2003 dressé par le D^r Burak, médecin de famille, accompagnait la demande initiale. Ce rapport établissait un diagnostic d'ostéoarthrite bilatérale du compartiment médial du genou; une déchirure méniscale médiale probable au genou droit; de l'obésité morbide; un syndrome du canal carpien bilatéral malgré des interventions chirurgicales de décompression des nerfs médians bilatéraux; et une discopathie dégénérative de la colonne cervicale et lombaire. Le pronostic établissait que malgré son arthrite dégénérative aux deux genoux, l'appelante a une « très bonne » chance de reprendre ses fonctions professionnelles régulières après son évaluation et son intervention chirurgicale arthroscopique du genou droit à venir. De l'avis du D^r Burak, l'appelante n'avait pas d'invalidité permanente et a une très bonne chance de travailler de nouveau en occupant un poste quelconque dans l'avenir.

PREUVE ORALE

[16] L'appelante a déclaré qu'avant l'accident de voiture de juin 2008, elle avait des antécédents d'arthrite, des problèmes d'articulations, et un historique de commotions causées par des chutes dues à sa mobilité moindre. Elle a déclaré qu'elle avait été en congé professionnel à plusieurs reprises pour des périodes de 5 ou 6 mois à cause de problèmes de dos et d'épaule. Malgré ces problèmes, elle a pu mener une vie très active; elle marchait pendant une heure avec son mari tous les soirs, faisait du camping et du bénévolat, et s'impliquait beaucoup dans la vie de leurs enfants et petits-enfants.

[17] Dans l'accident de voiture de juin 2008, leur voiture a frappé un chevreuil et l'appelante a été projetée d'un côté à l'autre dans l'automobile. Elle a commencé à souffrir de douleurs dorsales atroces, ses genoux ont frappé le tableau de bord (elle avait déjà besoin d'une arthroplastie partielle aux genoux), elle s'est déchirée la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et elle a perdu conscience. Elle a déclaré que sa vie a complètement changé après cet accident.

[18] L'appelante a décrit les interventions chirurgicales subies après l'accident de voiture. Elle avait besoin d'une arthroplastie totale des genoux, mais les médecins voulaient que son intervention chirurgicale au dos soit faite d'abord. Il y avait des retards dans son intervention chirurgicale au dos parce qu'elle avait besoin d'une équipe de chirurgiens; il y a eu des retards dans les tests nécessaires; et elle a glissé et s'est fracturé la jambe en avril 2010, soit juste avant l'intervention chirurgicale initialement prévue. Elle n'a pas subi d'intervention chirurgicale au dos avant 2012. L'intervention chirurgicale a rectifié son problème de disque et a retiré l'ostéochondrome, mais ils n'ont pas eu assez de temps pour effectuer une foraminotomie sur L4-S1. Après son intervention chirurgicale, sa pression sanguine a chuté et les médecins ne voulaient pas effectuer une deuxième intervention chirurgicale, car ils s'inquiétaient de l'effet de la faible pression sanguine sur sa lésion cérébrale.

[19] Elle a fait de la réadaptation à la suite de son intervention chirurgicale au dos et elle a déclaré que l'intervention chirurgicale l'a aidée « dans une certaine mesure ». Avant l'intervention chirurgicale, elle était capable de marcher sans assistance, mais subissait une grande douleur. Après l'intervention chirurgicale, elle n'éprouve plus de douleur, mais ne peut marcher sur une distance de plus de trois pâtés de maison sans utiliser de bâtons de marche. Elle

doit s'arrêter après environ deux pâtés de maison et se reposer. Elle a déclaré qu'avant son intervention chirurgicale au dos, sa douleur au dos était de niveau 12, et qu'elle est maintenant de niveau 9 ou 10 la plupart du temps et de niveau 7 les bons jours.

[20] Son arthroplastie du genou droit était d'abord prévue en mars 2016, mais elle a dû la reporter parce que sa mère a subi une crise cardiaque mortelle à ce moment-là. Son arthroplastie du genou droit est maintenant prévue en septembre 2016 et son arthroplastie du genou gauche l'année suivante. Elle a consulté un chirurgien de l'épaule il y a environ un an qui lui a dit que sa coiffe des rotateurs n'est pas suffisamment intacte pour qu'elle subisse une intervention chirurgicale régulière et qu'elle devrait subir une intervention chirurgicale inversée, ce qui nécessite une récupération considérable. Il a recommandé que l'intervention chirurgicale ne soit pas faite maintenant. Elle ne peut dormir dans un lit en raison de sa douleur à l'épaule. Elle doit dormir dans un fauteuil inclinable et elle ne dort pas bien.

[21] Elle a reçu des injections dans le dos, les genoux et les épaules. Celles-ci soulagent l'appelante pour une courte période, puis leur effet disparaît. Elle a déclaré que les injections constituent la seule façon de l'empêcher de perdre la tête en raison de la douleur.

[22] L'appelante a décrit ses symptômes post-commotion. Elle a déclaré que lors de la première année après l'accident de voiture, elle descendait au mauvais endroit lorsqu'elle prenait l'autobus, puis elle prenait le mauvais autobus. Elle a demandé le HandiDart. Elle ne peut suivre; elle pourrait bien paraître pendant un certain temps, mais après cinq à dix minutes, elle ne peut se souvenir des propos échangés; sa mémoire est très limitée et elle a beaucoup de difficulté à faire de nouveaux apprentissages. Ses médecins n'étaient pas d'accord avec les conseils de la clinique de traitement des commotions selon lesquels elle devrait prendre des antidépresseurs et des somnifères.

[23] Ses médecins lui ont dit d'accorder à son cerveau le temps de guérir en s'abstenant de lire, de regarder la télévision et de jouer à des jeux. Maureen Woodward lui a enseigné comment lire, faire divers anagrammes et résoudre des problèmes de mathématiques, mais elle continue de transposer les mots et de se mélanger lorsqu'elle tente d'appliquer concrètement ce qu'on lui a enseigné. Elle se conforme aux stratégies recommandées par Maureen Woodward. Elle peut maintenant lire et comprendre un court article dans une revue, elle peut s'exprimer en utilisant

surtout les bons mots, elle ne peut faire face à plusieurs tâches et son mari fait 60 % des tâches ménagères. Les autobus pourraient lui poser encore des problèmes et elle tente de supporter le moins de charges possible. Elle a exercé un minimum d'activité au cours des trois dernières semaines pour se préparer à cette audience.

[24] Chez Telus, elle était chargée de l'équipe des ventes auprès des 100 principaux clients, qui étaient de grandes entités et des ministères. Elle a perdu sa capacité de réfléchir rapidement et de se concentrer. Elle n'a pas demandé à Telus d'accomplir un travail moins exigeant parce que la Sun Life a établi qu'elle a une invalidité permanente. De plus, tous ses médecins lui ont dit qu'elle ne devrait pas retourner travailler du tout. Ils lui ont indiqué à de nombreuses occasions qu'elle devrait faire face aux faits et que son état ne s'améliorera pas. Son médecin signe chaque année un formulaire à l'intention de la Sun Life dans lequel il mentionne qu'elle n'est pas apte à retourner travailler, et elle irait contre la volonté de ses médecins si elle tentait de le faire. Elle faisait auparavant beaucoup de bénévolat auprès de son syndicat et en politique, mais elle ne peut penser à aucun travail bénévole qu'elle pourrait faire maintenant. Elle a déclaré : [traduction] « Si je pouvais faire du bénévolat, je chercherais un emploi. » Elle s'occupait des transactions bancaires, mais c'est maintenant son mari qui fait tout cela. Elle croit que son syndrome post-commotion l'empêche de faire le moindre petit travail.

Réponse aux questions de M^{me} Kensett

[25] Lorsqu'on lui a parlé du rapport de novembre 2008 de la Fraser Health Concussion Clinic (voir le paragraphe 36, plus loin) qui recommandait qu'elle revienne passer un test de dépistage cognitif en décembre, l'appelante a déclaré qu'ils ont fait ce genre de test et que Maureen Woodward a fait trois dépistages des troubles cognitifs. Elle n'est pas retournée en vue du suivi de décembre parce qu'elle a laissé 12 messages à cette fin et n'a pas obtenu de retours d'appels. Elle a reconnu qu'elle était très en colère, voire agressive dans son dernier message, et que c'est peut-être pour cette raison qu'ils ne l'ont pas rappelée. Le D^f Lorne était en désaccord avec les recommandations de la clinique de traitement des commotions et quand elle a discuté avec ses médecins un an plus tard, ils lui ont dit qu'elle faisait la bonne chose.

[26] Elle a déclaré qu'elle a consulté Maureen Woodward aussi souvent qu'elle pouvait se faire rembourser par l'assureur. Elle n'a jamais refusé un rendez-vous avec elle et « aimait » ses séances avec elle. Elle a fait état de ses difficultés à trouver un médecin de famille après le départ de la D^{re} Lorne en 2011 – elle a déclaré qu'ils n'étaient jamais capables de la retracer. La D^{re} Eadie a finalement convenu de l'accepter comme patiente, mais la D^{re} Eadie détestait le RPC et refusait de répondre à des questions du RPC ou de lui fournir des documents. Elle a déclaré qu'elle a consulté régulièrement la D^{re} Eadie : ils ont discuté de sa dépression, la D^{re} Eadie lui a prescrit des antidépresseurs, et elle a consulté un psychiatre en cinq occasions. La D^{re} Eadie l'a envoyé passer des IRM et disposait de rapports de spécialistes, mais n'a divulgué aucun des documents. L'appelante a déclaré qu'elle a dû retourner voir les spécialistes traitants pour obtenir les documents, et ce pendant qu'elle souffrait des effets de ses symptômes post-commotion.

PREUVE MÉDICALE

[27] Le Tribunal a soigneusement examiné l'ensemble de la preuve médicale figurant dans le dossier d'audience. Les extraits que le Tribunal juge les plus pertinents sont reproduits ci-dessous.

Avant l'accident de voiture de juin 2008

[28] Le 4 septembre 2001, le D^r Boyle, spécialisé en chirurgie plastique, reconstructive et de la main, a diagnostiqué un syndrome du canal carpien bilatéral. Il a pris des dispositions en vue de l'intervention chirurgicale.

[29] Le 15 novembre 2001, le D^r Boyle a effectué une libération du nerf médian au niveau du canal carpien du côté droit.

[30] Le 13 février 2002, le D^r Boyle a fait de même du côté gauche.

[31] Le 1^{er} juin 2003, le D^r O'Brien, chirurgien orthopédique, a rapporté que l'appelante avait des antécédents d'apparition de douleurs spontanées au genou droit en novembre 2002. Un examen physique de l'appelante a révélé une boiterie antalgique marquée. Il a diagnostiqué de l'arthrose au genou droit et une déchirure dégénérative probable du ménisque interne du genou droit. Il a recommandé une arthroscopie et un débridement de l'articulation transarthroscopique.

[32] Le 14 octobre 2003, le D^r O'Brien a effectué une arthroscopie du genou droit et une ménisectomie et un débridement internes partiels transarthroscopiques.

[33] Le 30 novembre 2003, le D^r O'Brien a rapporté que l'appelante s'est d'abord sentie mieux après l'arthroscopie, mais que ses symptômes sont revenus par la suite. Il lui a recommandé de continuer à prendre des anti-inflammatoires, de consacrer beaucoup d'énergie à son programme de perte de poids, et d'entreprendre un programme formel de physiothérapie comportant des exercices de renforcement de ses quadriceps. Il était d'avis que l'appelante pourrait reprendre le travail dès que ses symptômes le lui permettraient.

[34] Le 19 mars 2004, le D^r Burak a signalé à Service Canada que le D^r O'Brien a effectué une arthroscopie du genou droit et une ménisectomie interne partielle transarthroscopique et un débridement de l'articulation le 14 octobre 2003, et qu'il avait examiné l'appelante le 20 novembre 2003 et diagnostiqué une synovite postarthroscopique du genou droit et de l'ostéoarthrite modérée du compartiment de l'articulation interne du genou droit. Le D^r Burak a indiqué que lorsqu'il a examiné l'appelante le 1^{er} octobre 2003 et le 12 novembre 2003, il a constaté son humeur dépressive et d'autres douleurs chroniques aux tissus mous, notamment dans la région de son dos, de son cou, de son épaule et de sa hanche. Il a ajouté que lorsqu'il a examiné l'appelante le 4 février 2004, il a constaté des améliorations à l'inflammation de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite de l'appelante et à sa synovite au genou droit. Il estimait que l'appelante pourrait tenter de reprendre peu à peu ses fonctions professionnelles régulières. Il a également indiqué que lors de la dernière visite de l'appelante le 10 mars 2004, son état d'esprit était bon et qu'elle était motivée à perdre du poids et à retourner au travail. Il a conclu que l'appelante se conformait au calendrier progressif de retour au travail et qu'il prévoyait qu'elle puisse reprendre ses tâches professionnelles complètes et régulières le 5 avril 2004.

Après l'accident de voiture de juin 2008

[35] Une IRM de la colonne lombaire effectuée le 21 novembre 2008 a révélé une sténose du canal très grave à L3-4 découlant d'une fracture des facettes du côté droit d'un très gros ostéophyte, ce qui a entraîné la quasi disparition du canal rachidien central, la déviation de la racine nerveuse LE qui traverse le côté droit et la déviation des racines de la queue de cheval

vers la gauche. L'IRM indiquait que cette situation nécessite en urgence une tomodensitométrie et un aiguillage vers un chirurgien spécialiste de la colonne vertébrale.

[36] Le 17 novembre 2008, Suzanne Leach, ergothérapeute à la Fraser Health Concussion Clinic, a présenté un rapport à la D^{re} Lorne. Elle a constaté qu'un tomodensitogramme de la tête effectué le 3 novembre 2008 n'indiquait rien de particulier. L'appelante a déclaré que son état de santé était « horrible » avant l'accident de voiture de juin 2008 et qu'elle avait déjà subi trois commotions et fait une dépression après une chute dans les escaliers en 2005. Les préoccupations actuelles de l'appelante comprenaient : de grandes difficultés avec les chiffres, des problèmes de mémoire, un état d'irritabilité extrême, un sommeil de mauvaise qualité, de la difficulté à orthographier les mots, de la fatigue, des étourdissements et des vertiges, des maux de tête, des douleurs au cou et au dos, ainsi que des douleurs à l'épaule droite et au genou. M^{me} Leach a informé l'appelante que la plupart des gens qui subissent une commotion guérissent complètement et qu'elle devrait s'attendre à une amélioration au fil du temps, mais que les facteurs qui pourraient contribuer à une guérison plus lente comprennent beaucoup de tension, des changements d'humeur et l'effet cumulatif possible de plusieurs commotions. Elle a fourni de l'information au sujet des lésions cérébrales et de la guérison et des stratégies à utiliser pour mieux composer avec ses symptômes. Les progrès réalisés par l'appelante devaient être revus le 1^{er} décembre 2008.

[37] Le 8 décembre 2008, le D^f Maloon, de la Surrey Memorial Hospital Cast Clinic, a déclaré que l'appelante éprouvait une douleur au bas du dos qui irradiait de sa jambe droite à son pied gauche. La douleur s'aggravait lorsqu'elle était debout et qu'elle marchait, notamment en descente et l'appelante a également rapporté qu'elle ne contrôlait plus sa vessie pendant deux semaines. L'appelante a déclaré de longs antécédents de douleurs au dos aggravées par un accident de voiture subi en juin. Les traitements subis à ce jour comprennent des massages et de la physiothérapie, qui ont tous deux aggravé ses douleurs au dos et à la jambe. L'appelante prenait du Celebrex, du Mobicox et du Tylenol n^o 3. Le D^f Maloon avait l'impression que l'appelante présentait des symptômes de lombalgie liés à une activité mécanique et que ses symptômes étaient cohérents avec une sténose lombaire.

[38] Le 2 février 2009, le D^r Boyd, chirurgien orthopédique, a déclaré que l'appelante a eu des douleurs dorsales de façon intermittente pendant environ dix ans, qu'elle a eu environ cinq épisodes d'exacerbation sévère qui ont nécessité de sa part une guérison sur une période de cinq à six mois, et qu'elle a subi trois chutes et deux accidents de voiture. Il a constaté que bien qu'il y ait eu de l'amélioration depuis l'accident de voiture de juin 2008, l'appelante demeurait passablement invalide; elle ne pouvait marcher que sur une distance d'un pâté de maison avant de ressentir de la douleur irradiant dans sa jambe gauche et de l'engourdissement dans la jambe; et elle avait de plus en plus de douleurs au dos. Il ne croyait pas que l'appelante était une candidate pour une fusion majeure, si ce n'est une fusion locale.

[39] Une scintigraphie osseuse effectuée le 18 février 2009 a révélé de l'activité accrue d'intensité modérée dans les facettes L4-L5 de gauche; de l'activité accrue d'intensité moyenne dans les facettes L3-L4 bilatérales et du côté droit de l'espace discal L5-S1 et T11-T12; et une arthropathie de modérée à sévère dans les deux genoux, notamment dans le compartiment interne du genou droit.

[40] Le 23 mars 2009, Maureen Woodward, ergothérapeute chez JR Rehab Services Inc., a dressé la liste des blessures subies par l'appelante lors de son accident de voiture du 27 juin 2008 : une commotion, une blessure aux tissus mous du genou droit, une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et une blessure aux tissus mous du bas du dos. Les antécédents médicaux de l'appelante comprenaient de l'arthrite aux deux genoux et aux mains, au cou et aux deux gros orteils, une déchirure du ménisque du genou droit, quatre commotions et des déchirures bilatérales à la coiffe des rotateurs. L'appelante a des antécédents de chutes en raison de l'arthrite dans ses orteils et a déclaré qu'au moment de l'accident de voiture, elle présentait des symptômes post-commotion continus découlant d'événements précédents. Outre ses limitations physiques fonctionnelles, le rapport indique que ses symptômes post-commotion comme le déficit d'attention, la mémoire, l'orientation à ce jour et les capacités d'organisation, ainsi que la difficulté à assumer plusieurs tâches ont affecté le fonctionnement quotidien de l'appelante et constituaient un obstacle à son retour au travail à cette époque. La réadaptation cognitive axée sur l'ergothérapie était recommandée.

[41] Le 24 mars 2009, le D^r Dipaola, de la Vancouver Coastal Health Spine Clinic, a examiné la scintigraphie osseuse du 18 février et a constaté que l'appelante continue de présenter des symptômes sévères de type neuroclaudication, surtout à la jambe droite; qu'elle doit dormir dans un fauteuil inclinable et que toute autre posture étendue exacerbe ses symptômes; que l'état de l'appelante est difficile et stressant et impose de la tension à son mariage; et qu'elle est incapable de marcher comme avant. L'appelante devait subir une injection au côté droit de la racine nerveuse au niveau L5, et si ça ne procurait pas de soulagement, une foraminotomie de décompression de la racine nerveuse au niveau L5 devait être envisagée.

[42] Le 17 septembre 2009, le D^r Legiehn a effectué un blocage au côté droit de la racine nerveuse au niveau L5.

[43] Le 4 novembre 2009, le D^r Voorhoeve, résident en chirurgie du D^r O'Brien, a indiqué à la D^{re} Eadie que l'injection de stéroïde a diminué considérablement la douleur au genou de l'appelante et que l'amélioration s'est poursuivie depuis. Il a constaté que l'IRM révèle que son genou droit présente de l'ostéomalacie et une déchirure dégénérative du ménisque et que son genou gauche montre que sa facette rotulienne interne présente une perte chondrale profonde. Les radiographies prises ce jour-là indiquaient de l'ostéoarthrite du compartiment interne assez marquée. Il a recommandé un traitement prudent continu et a indiqué que si ses symptômes ne s'amélioraient pas, les seules options seraient des arthroplasties bilatérales totales des genoux.

[44] Le 13 novembre 2009, le D^r O'Brien a constaté que l'appelante était impatiente de subir son intervention chirurgicale au dos. Il a indiqué qu'à son avis, elle n'avait pas besoin d'une fusion et qu'ils espèrent pouvoir procéder à une décompression sans perturber la stabilité de sa colonne.

[45] Le 24 novembre 2009, le D^r Boyd a rapporté à Service Canada que l'appelante s'est présentée à lui en février 2009 avec des antécédents de douleurs au dos et à la jambe droite. Il a également rapporté que bien que l'appelante se soit plainte de symptômes au dos et à la jambe, elle est intacte sur le plan neurologique et elle fonctionne bien sauf lorsqu'elle est active, elle n'est pas complètement invalide et elle est apte à exercer des activités sédentaires, notamment un emploi sédentaire; et qu'elle a des limitations sur le plan de la levée de charges et de la marche. Cependant, elle peut participer à des activités en position assise. Il a déclaré que l'appelante était

inscrite en vue d'une intervention chirurgicale et que l'on peut espérer que l'intervention chirurgicale apportera une amélioration aux symptômes chroniques liés à la douleur causée par ses activités.

[46] Le 15 juillet 2011, Maureen Woodward a résumé les interventions en ergothérapie et en kinésiologie de l'appelante depuis son évaluation initiale en mars 2009. L'appelante a déclaré que ses symptômes de commotion (rendez-vous manqués lorsqu'elle est occupée, difficulté à prendre des décisions, oublier la bouilloire pendant qu'elle fonctionne, angoisse et difficulté à conserver des amis parce qu'elle trouve le bavardage épuisant) sont les problèmes les plus difficiles à gérer au quotidien. Sur le plan de l'auto-évaluation de la santé, l'appelante a relevé des problèmes au point de vue de la mémoire visuelle pendant la lecture, de sa patience pendant une conversation, de la prise de décisions, du déficit d'attention et de la mauvaise humeur.

Après la PMA

[47] Dans un Certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées daté du 1^{er} janvier 2014, la D^{re} Eadie a constaté que l'appelante a des limitations considérables sur le plan de l'exécution des fonctions mentales requises au quotidien et que ces limitations sont présentes ou substantiellement présentes au moins 90 % du temps. La D^{re} Eadie a constaté que l'appelante a besoin de bâtons de marche...a besoin de supervision et de réorientation constantes...n'est pas autonome...[et a] une mauvaise mémoire. Elle a diagnostiqué des lésions cérébrales.

[48] Une IRM de la colonne lombaire datée du 9 octobre 2014 a révélé un changement spondylootique à plusieurs niveaux dans la région lombaire de léger à modéré et des changements postérieurs à l'intervention chirurgicale découlant d'une décompression postérieure.

[49] Le 20 octobre 2014, le D^r Kwee, chirurgien orthopédique, a aiguillé l'appelante vers des services de physiothérapie en raison d'une maladie bilatérale de la coiffe des rotateurs, d'une tendinite du côté droit, d'une légère déchirure du sus-épineux du côté gauche et de l'arthrite acromio-claviculaire du côté gauche.

Note du mari de l'appelante

[50] Dans une note adressée à qui de droit datée du 31 mars 2014, A. K. a déclaré :

[Traduction] Voici mes observations au sujet de l'état de santé de ma femme M. K. Elle a subi une commotion et une blessure au dos causée par un accident de voiture en 2008. Depuis, j'ai constaté qu'elle a des problèmes de perte de mémoire à court terme. En outre, elle oublie parfois ce qu'elle fait. Elle n'a aucun sens de l'orientation et perd facilement le fil. Elle ne conduit plus et s'en remet à autrui pour son transport en direction et en provenance d'un endroit. Souvent, ses paroles ne correspondent pas à sa pensée, car elle confond les mots et les chiffres. Elle se plaint fréquemment de maux de tête et de douleurs au cou. Elle dort presque toutes les nuits dans un fauteuil inclinable, ce qui fait qu'elle ne se repose pas beaucoup et qu'elle est de mauvaise humeur le lendemain.

M. K. a eu une intervention chirurgicale au dos depuis l'accident. Elle exprime souvent son inconfort après qu'elle ait tenté de faire de l'activité physique. Elle se plaint fréquemment de douleurs au cou et à l'épaule ainsi qu'au bas du dos, aux jambes et aux genoux. Elle marche maintenant sur de plus longues distances avec l'aide de bâtons de marche ou d'un chariot.

M. K. est soignée par ses médecins et prend des médicaments d'ordonnance quotidiennement pour mieux endurer sa douleur et son inconfort découlant de tous les malaises qui précèdent.

OBSERVATIONS

[51] L'appelante a fait valoir qu'elle est admissible à une pension d'invalidité pour les motifs suivants :

- a) Elle souffre de nombreuses affections physiques de longue date qui, avec ses symptômes post-commotion, l'empêchent de faire tout type de travail.
- b) Dans ses observations écrites reçues le 3 avril 2014, (GT3-1) l'appelante énonce dans le détail les symptômes découlant de son syndrome post-commotion qui comprennent la difficulté à se concentrer sur plus d'une chose à la fois, être facilement distrait; l'incapacité de lire un livre, l'incapacité de suivre des directions, l'absence de mémoire, la difficulté à trouver le bon mot ou à réfléchir; la confusion de chiffres et les maux de tête quotidiens. L'appelante énonce également de façon exhaustive ses nombreuses affections physiques, y compris ses douleurs à la hanche, au bassin et au bas du dos qui

irradient dans sa cuisse droite et son mollet; une déchirure du sus-épineux dans les deux épaules, et sa douleur aux genoux.

- c) Dans ses observations écrites datées du 3 avril 2016 (GDR3-1), l'appelante passait en revue de manière exhaustive les séances complètes de physiothérapie et de massage et les stratégies et traitements de guérison des lésions cérébrales suivis de 2009 à 2001 chez JR Rehab. Elle a déclaré :

[Traduction] Je souffre encore des limitations sur le plan de la mobilité et de la douleur dont j'ai fait état à chaque étape de ce processus de demande au titre du RPC. Mes problèmes cognitifs subsistent. J'ai des problèmes de mémoire et de concentration, ne peut effectuer plusieurs tâches à la fois, je souffre de maux de tête, mes pensées se confondent, je suis incapable de me concentrer sur des questions pendant un certain temps, j'ai oublié de fermer certains appareils, je peux être confuse s'il se passe trop de choses autour de moi, et il peut m'arriver d'être maussade et renfermée. La simple vie quotidienne m'épuise la plupart du temps, quoique mon mari assume la majeure partie des tâches reliées à la cuisine, à l'épicerie, au nettoyage et aux courses à faire. Il a dressé des listes de magasinage et planifie nos déplacements pour faire les courses.

- d) Elle doit faire le strict minimum et éviter le stress et les activités.
- e) Elle ne peut penser à aucun type d'emploi qu'elle pourrait exercer en raison de son incapacité à se concentrer et elle a besoin de plusieurs jours pour récupérer après avoir fait certaines activités comme se rendre à un rendez-vous chez le médecin.

[52] M^{me} Kensett a fait valoir que l'appelante n'est pas admissible à une pension d'invalidité pour les motifs suivants :

- a) La preuve n'établit pas que l'appelante était invalide conformément aux critères du RPC en date de décembre 2011 et continuellement par la suite.
- b) L'appelante a le fardeau de la preuve et il existe un écart considérable dans les renseignements médicaux visant à établir les restrictions qui interdisent de travailler.
- c) Il n'y a pas de renseignement médical sur l'état actuel de l'appelante.

ANALYSE

[53] L'appelante doit démontrer, selon la prépondérance des probabilités, qu'elle était atteinte d'une invalidité grave et prolongée le 31 décembre 2011 ou avant cette date.

Invalidité grave

[54] Les exigences auxquelles il faut satisfaire pour être admissible à une pension d'invalidité figurent au paragraphe 42(2) du RPC, qui prescrit essentiellement que, pour être invalide, une personne doit être atteinte d'une invalidité « grave » et « prolongée ». Une invalidité n'est « grave » que si elle rend la personne régulièrement incapable de détenir une occupation véritablement rémunératrice. Une personne doit non seulement être incapable d'occuper son emploi habituel, mais également tout emploi qu'il aurait été raisonnable de s'attendre qu'elle occupe. Une invalidité est « prolongée » si elle doit vraisemblablement durer pendant une période longue, continue et indéfinie ou entraîner vraisemblablement le décès.

Principes directeurs

[55] Le Tribunal a puisé conseils et assistance dans les décisions suivantes pour trancher les questions en litige dans le présent appel.

[56] Il incombe à l'appelante d'établir selon la prépondérance des probabilités que le 31 décembre 2011, ou avant cette date, elle était invalide au sens de la définition. Le critère de la gravité doit être évalué dans un « contexte réaliste » : *Villani*, 2001 CAF 248. Pour se prononcer sur l' [traduction] « employabilité » d'une personne en ce qui concerne son invalidité, le Tribunal doit tenir compte de facteurs tels que l'âge d'une personne, son niveau d'instruction, ses aptitudes linguistiques, ses antécédents de travail et son expérience de la vie.

[57] Une loi réparatrice comme le Régime de pensions du Canada devrait être interprétée de façon libérale conformément à ses objectifs de réparation et chacun des mots utilisés au sous-alinéa 42(2)a)(i) du RPC doit avoir un sens et un effet, et cette disposition lue de cette façon indique que le législateur a jugé qu'une invalidité est grave si elle rend le requérant incapable de détenir pendant une période durable une occupation réellement rémunératrice : (*Villani* 2001 CAF 248).

[58] Toutes les déficiences possibles de l'appelant qui ont une incidence sur son employabilité doivent être prises en considération, et non pas seulement les plus importantes déficiences ou la principale déficience : (*Bungay* 2011 CAF 47). Même si chacun des problèmes de santé de l'appelante, pris séparément, pourrait ne pas entraîner une invalidité grave, l'effet combiné des diverses affections peut rendre l'appelante gravement invalide : *Barata c. MDRH* (17 janvier 2001) CP 15058 (CAP).

[59] Si, malgré des problèmes de santé importants, des éléments de preuve établissent une capacité de travailler, l'appelante doit prouver que « les efforts qu'[elle] a déployés pour trouver et conserver un emploi ont été infructueux en raison de son état de santé » : (*Inclima* 2003 CAF 117). En revanche, en l'absence d'une telle capacité de travailler, il n'existe pas d'obligation de prouver des efforts pour trouver un emploi. L'incapacité peut être démontrée de diverses manières. Ainsi, elle peut être établie au moyen d'une preuve que l'appelante serait incapable d'accomplir toute activité liée à un emploi : *C.D c. MDRH* (18 septembre 2012) CP 27862 (CAP).

Application des principes directeurs

[60] L'élément le plus frappant dans cette affaire réside dans les nombreux problèmes invalidants de longue date de l'appelante. Dans son rapport de décembre 2008, la D^{re} Lorne a diagnostiqué un syndrome post-commotion, une sténose lombaire, une lésion mécanique au genou droit, et une lésion à la coiffe des rotateurs du côté droit. Elle s'est dite d'avis que l'appelante ne guérirait vraisemblablement pas complètement et qu'elle ne pourra vraisemblablement plus travailler. Dans son questionnaire signé en mars 2009, l'appelante a indiqué d'autres problèmes invalidants de longue date dont des ostéophytes sous les talons, de l'obésité morbide, des douleurs au cou irradiant dans son bras, et de la douleur au coude droit. Comme l'indiquent les affaires *Bungay* et *Barata*, précitées, le Tribunal devrait tenir compte de l'effet cumulatif de tous les problèmes invalidants de l'appelante.

[61] L'appelante a présenté une preuve orale cohérente et détaillée des effets de ces problèmes de longue date (surtout les symptômes post-commotion) sur son existence et sa capacité de travailler. Sa preuve était cohérente et étayée par les preuves médicales, par ses observations écrites soumises précédemment au Tribunal en avril 2014 et en avril 2016 (voir les

paragraphe 51(b) et (c), qui précèdent), et par la note datée du 31 mars 2014 de son mari (voir le paragraphe 50, qui précède.)

[62] Le ministre souligne les lacunes dans la preuve médicale après 2011 et le défaut de la D^{re} Eadie, la médecin de famille de l'appelante, de fournir une copie de son dossier qui renfermerait vraisemblablement ses notes cliniques et les rapports de consultation de spécialistes et de résultats d'enquêtes. L'appelante a déclaré que la D^{re} Eadie est très hostile au RPC et refuse de collaborer dans les cas de demandes au titre du RPC. C'est regrettable. En revanche, le Tribunal dispose du Certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées daté du 1^{er} janvier 2014, dans lequel la D^{re} Eadie a constaté que l'appelante a des limitations considérables sur le plan de l'exécution des fonctions mentales requises au quotidien. La D^{re} Eadie a constaté que l'appelante a besoin de bâtons de marche...a besoin de supervision et de réorientation constantes...n'est pas autonome...[et a] une mauvaise mémoire. Ces constatations sont cohérentes avec la preuve orale soumise par l'appelante au sujet de ses syndromes post-commotion de longue date et confirment celle-ci.

[63] Le Tribunal a l'obligation de tenir compte tant de la preuve orale que de la preuve documentaire : *Pettit c. MDRH* (22 avril 1998), CP 4855 (CAP). La nature même et la crédibilité de la preuve orale de l'appelante peuvent avoir une valeur probante suffisante pour prévaloir sur les lacunes dans la preuve médicale clinique : *Smallwood c. MDRH* (20 juillet 1999) CP 9274 (CAP). En l'espèce, le Tribunal est convaincu que la preuve orale cohérente de l'appelante l'emporte sur les lacunes dans les données médicales au cours de la période postérieure à 2011.

[64] Le Tribunal est conscient que le D^r Boyd s'est dit d'avis en novembre 2009 que malgré les restrictions de l'appelante causées par ses douleurs au dos et à la jambe, elle [traduction] « n'est pas complètement invalide et elle est apte à exercer des activités sédentaires, notamment un emploi sédentaire ». Cependant, cet avis ne tient pas compte de tous les problèmes de santé de l'appelante, surtout de ses symptômes post-commotion qui affectent sa concentration, sa mémoire, sa capacité de lire et de suivre des directions, du fait qu'ils causent de la difficulté à trouver le mot juste ou à exprimer la pensée correcte, qu'ils amènent l'appelante à mélanger les chiffres, et qu'il lui occasionnent des maux de tête quotidiens.

[65] Compte tenu de l'ensemble de ses problèmes de santé et de ses symptômes, l'appelante n'a pas la capacité de détenir régulièrement un emploi rémunérateur. Par conséquent, elle est déchargée de l'obligation de trouver un autre emploi moins exigeant en conformité avec les principes énoncés dans l'affaire *Inclima*, précitée. Elle est « incapable de détenir pendant une période durable une occupation réellement rémunératrice. » (Voir la décision *Villani*, précitée.)

[66] Les longs antécédents professionnels de l'appelante illustrent la solidité de ceux-ci et de son éthique de travail. Avant l'accident de voiture de juin 2008, elle avait repris le travail à plusieurs occasions malgré un historique d'arthrite, de problèmes d'articulations et de commotions causés par des chutes et des accidents survenus auparavant. Le Tribunal est convaincu que c'est le type de personne qui serait demeurée au travail si elle avait pu le faire.

[67] Le Tribunal a décidé que l'appelante a établi, selon la prépondérance des probabilités, qu'elle est atteinte d'une invalidité grave conformément aux critères du RPC.

Invalidité prolongée

[68] Les affections physiques postérieures aux commotions de l'appelante existent depuis de nombreuses années. Malgré des traitements complets, y compris l'intervention chirurgicale, des consultations de spécialistes, une thérapie pour les symptômes physiques et postérieurs aux commotions et la prise continue et importante de médicaments, ses nombreux problèmes invalidants sont demeurés.

[69] L'invalidité de l'appelante est longue et continue et il ne semble pas y avoir de possibilité raisonnable d'amélioration dans un avenir prévisible.

CONCLUSION

[70] Le Tribunal conclut que l'appelante avait une invalidité sévère et prolongée en juin 2008, lorsqu'elle a subi de nombreuses blessures dans un accident de voiture. En vertu de l'article 69 du RPC, la pension est payable à compter du quatrième mois suivant le mois pendant lequel le requérant devient invalide. Les paiements commencent au mois d'octobre 2008.

[71] L'appel est accueilli.

Raymond Raphael
Membre de la division générale – Sécurité du revenu