



Tribunal de la sécurité
sociale du Canada

Social Security
Tribunal of Canada

[TRADUCTION]

Citation : *A. B. c. Ministre de l'Emploi et du Développement social*, 2017 TSSDGSR 120

Numéro de dossier du Tribunal : GP-15-2037

ENTRE :

A. B.

Appelant

et

Ministre de l'Emploi et du Développement social

Intimé

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

DÉCISION RENDUE PAR : Raymond Raphael

AUDIENCE TENUE LE : Le 26 juin 2017

DATE DE LA DÉCISION : Le 25 août 2017

MOTIFS ET DÉCISION

COMPARUTIONS

A. B. : appellant

Justin Linden : représentant de l'appellant

V. B. : épouse de l'appellant

CONTEXTE

[1] L'intimé a estampillé la demande de prestation d'invalidité au titre du *Régime de pensions du Canada* (le « RPC ») de l'appellant le 7 août 2014. L'intimé a rejeté cette demande au stade initial, ainsi qu'après réexamen. L'appellant a interjeté appel de la décision en réexamen devant le Tribunal de la sécurité sociale (le « Tribunal ») le 3 juin 2015.

AJOURNEMENTS

[2] Cet appel devait initialement être entendu par téléconférence le 24 novembre 2016. Le 17 août 2016, l'audience a été ajournée au 16 février 2017 à la demande de l'appellant parce qu'il avait retenu les services d'un nouveau représentant qui a indiqué qu'il avait besoin de plus de temps pour examiner le dossier et soumettre des documents supplémentaires.

[3] Au début de l'audience, le 16 février 2017, le représentant de l'appellant a demandé un ajournement pour déposer des documents, y compris des documents médicaux, en réponse à l'addenda aux observations de l'intimé qu'il n'avait reçu que deux jours avant l'audience. Le Tribunal a noté que l'addenda a été déposé au Tribunal le 13 février 2017, soit bien après la date de réponse du 19 janvier 2017.

[4] En raison de la complexité des questions en litige et du dépôt tardif de son addenda par l'intimé, le Tribunal était convaincu qu'il existait des circonstances exceptionnelles et que la demande d'ajournement devait être accueillie.

[5] L'audience a été ajournée au 26 juin 2017 pour être entendue par vidéoconférence.

MODE D'AUDIENCE

[6] L'audience dans le cadre de cet appel a été tenue par vidéoconférence pour les motifs suivants :

- a) l'appelant sera la seule partie à assister à l'audience;
- b) il manque certains renseignements au dossier ou il faut obtenir des précisions;
- c) les questions en litige sont complexes;
- d) ce mode d'audience satisfait à l'obligation, énoncée dans le *Règlement sur le Tribunal de la sécurité sociale*, de procéder de façon aussi informelle et rapide que possible dans la mesure où les circonstances, l'équité et la justice naturelle le permettent.

DROIT APPLICABLE

[7] L'alinéa 44(1)b) du RPC établit les conditions d'admissibilité à la pension d'invalidité du RPC. Pour être admissible à une pension d'invalidité, un 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).

[8] 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 cette date.

[9] L'alinéa 42(2)a) du RPC définit l'invalidité comme étant une invalidité physique ou mentale qui est 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

[10] Le Tribunal conclut que la date qui marque la fin de la PMA est le 31 décembre 2013.

[Rapport sur les gains/cotisations : GD2-5]

[11] Dans la présente affaire, le Tribunal doit déterminer si l'appelant était vraisemblablement atteint d'une invalidité grave et prolongée à la date de fin de la PMA ou avant cette date.

CONTEXTE

[12] L'appelant était âgé de 36 ans à la date marquant la fin de sa PMA, le 31 décembre 2013; il est maintenant âgé de 39 ans. Il a quitté l'école secondaire peu après son seizième anniversaire et a d'abord occupé divers emplois de manœuvre et dans la vente au détail, y compris comme préposé au nettoyage dans des bureaux et en aidant un oncle à entretenir le terrain d'un cimetière. Il a ensuite travaillé comme aide-déménageur pendant deux ans. Après 2001, il a travaillé dans l'industrie du camionnage : son dernier emploi était celui de chauffeur de transport local.

[13] Le 7 janvier 2012, alors qu'il se rendait au travail, il y avait de la gadoue sur la chaussée et il a perdu la maîtrise de son véhicule. Il a glissé de l'autre côté de la chaussée et a été percuté par un véhicule d'une demi-tonne qui se trouvait dans la direction opposée. Il a subi une fracture comminutive du rachis cervical et un traumatisme crânien fermé. Il a subi une chirurgie de fusion et de décompression le lendemain. Le 14 janvier 2014, on lui a fait une autre intervention chirurgicale au cours de laquelle l'instrumentation a été retirée.

[14] Il n'a pas travaillé depuis l'accident de la route.

DOCUMENTS À L'APPUI DE LA DEMANDE

[15] Dans son questionnaire relatif à l'invalidité, signé le 15 juillet 2014, l'appelant a indiqué qu'il a une scolarité de douzième année ainsi qu'un certificat de conduite en transport de sellette. Il a souligné qu'il a travaillé pour la dernière fois comme chauffeur de transport pour X X du

14 septembre 2011 au 6 janvier 2012; il a déclaré qu'il a cessé de travailler en raison d'une blessure au dos subie dans un accident de voiture. Il a également déclaré qu'il était invalide à compter du 7 janvier 2012 et qu'il souffrait principalement de douleurs au dos résultant d'un accident de voiture survenu en janvier 2012. [Questionnaire sur l'invalidité : GD2-71 à 73]

[16] Il a décrit ses difficultés et ses limitations fonctionnelles comme suit : capacité de se tenir debout pendant seulement 15 à 30 minutes, de s'asseoir pendant 20 à 30 minutes et de marcher pendant 15 minutes, limites dans les tâches de soulever, de transporter et d'atteindre, capacité de ne faire que des tâches minimales à un rythme plus lent pour l'entretien ménager, sommeil perturbé en raison de douleurs chroniques, capacité de conduire pendant une demi-heure (mais nécessitant des pauses), et douleurs chroniques causées par les transports en commun en raison de l'état des routes. [Questionnaire sur l'invalidité : GD2 – 74]

[17] Un rapport daté du 22 juillet 2014 du D^f Smith, le médecin de famille de l'appelant, a été présenté à l'appui de la demande de prestations d'invalidité. Le rapport diagnostique une fracture comminutive aux vertèbres thoraciques qui nécessite une fusion instrumentale au moyen de vis et de tiges, une hernie discale L4-L5 et une douleur chronique. Le rapport indique qu'une autre intervention chirurgicale a été nécessaire pour retirer des instruments en janvier 2014 et que l'appelant demeure limité dans toutes ses activités de la vie quotidienne. Le D^f Smith a déclaré que l'appelant est actuellement incapable de travailler et que, bien que ce dernier espère occuper de nouveau un emploi, le pronostic est prudent. [GD2-53]

PREUVE ORALE

[18] L'appelant a décrit ses principaux problèmes comme suit :

- Il est incapable de s'asseoir pendant plus de 20 minutes en raison de la douleur; s'il reste assis pendant 15 à 20 minutes de plus, [traduction] « c'en sera fait de sa journée ».
- Il doit continuer à bouger quand il est debout : il se penche au-dessus des objets et continue de soulever et d'abaisser une jambe.
- Il doit s'asseoir latéralement et arrêter de le faire, puis se coucher dès qu'il commence à ressentir de la douleur : il ne peut s'asseoir droit.

- Il ressent une douleur constante et prend quotidiennement huit comprimés de Percocet et quatre d'ibuprofène.
- Il est toujours fatigué et irritable et oublie des choses.
- Il ne peut pas soulever des objets lourds ni des objets au-dessus de sa tête – il ne peut même pas soulever une caisse de boissons gazeuses qui se trouve sur le plancher. S'il bouge trop rapidement, il a des spasmes musculaires et son dos « barre ».
- Ses mains deviennent engourdies : il ressent de l'engourdissement des coudes aux doigts. Il fait examiner ses deux bras par un spécialiste de Sudbury.
- Il a de deux à cinq mauvaises journées par semaine. Lorsqu'il se réveille un mauvais jour, il doit donner tout ce qu'il a seulement pour se lever. Il passe alors toute la journée soit dans le canapé, soit au lit. Il ne fait rien et le seul fait de se rendre aux toilettes est douloureux pour lui.
- Il ressent quotidiennement de vives douleurs. Il essaie de faire l'épicerie avec sa femme, de prendre une douche, de se rendre à un rendez-vous médical en matinée parce que sa douleur s'aggrave au fil de la journée.
- Il a de très forts maux de tête. Il en a eu de cinq à sept fois au cours du dernier mois.
- Il dort à peine en raison de la douleur et de l'engourdissement. Il se lève à plusieurs reprises pendant la nuit et doit faire une sieste d'environ une demi-heure durant la journée.

[19] En décembre 2013, il avait une « quincaillerie » qui lui causait des douleurs aiguës; elle lui a été enlevée en janvier 2014. Son état s'est aggravé depuis l'intervention chirurgicale de janvier 2014. Il éprouve toujours de la douleur. La douleur est « incessante ». Lorsqu'il était question des limitations décrites dans son questionnaire de juillet 2014 sur l'invalidité [GD2-74], il a déclaré qu'elles étaient exactes à cette date.

[20] Il a fait tout ce que ses médecins lui ont suggéré. Son médecin de famille n'a jamais recommandé de counseling psychologique. Il a consulté une clinique antidouleur pendant six semaines au même endroit que le bureau de son médecin de famille. Il a déclaré que c'était inutile parce que sa douleur est plus intense que ce que vise le programme. Il n'a jamais participé à un programme multidisciplinaire de traitement de la douleur et a déclaré qu'il ne se souvenait pas avoir reçu une telle recommandation. Il n'a pas cherché de travail parce qu'il [traduction] « a de la difficulté à tenir le coup toute la journée ».

[21] V. B. a décrit les problèmes de l'appelant depuis l'accident de la façon suivante : il n'est pas aussi « physique » – il ne peut pas apporter d'épicerie et il ne peut pas couper le gazon; il est toujours misérable et malheureux; sa mémoire est « terrible » – il égare ses clés, son portefeuille et ses papiers; il s'agit d'un « cauchemar »; il prend des pilules toutes les deux heures alors qu'il n'en a jamais pris avant; les comprimés de Percocet le fatiguent et il se contente de s'asseoir sur le divan et de regarder la télévision. Il tente de limiter sa consommation de médicaments, mais il souffre trop pour ne pas prendre de pilules.

[22] Les médecins ont proposé un programme de traitement de la douleur chronique, mais il n'y a pas pris part. Ils ne voient pas pourquoi il devrait quitter la maison pendant une longue période pour y assister alors que sa situation ne changera pas. Elle ne croit pas que cela en vaut le coût et le temps. Elle ne sait pas s'il y a déjà eu une recommandation de consultation psychologique.

PREUVE MÉDICALE

[23] Le Tribunal a examiné soigneusement toute la preuve médicale qui figure dans le dossier de l'audience. Il a reproduit ci-après les extraits de cette preuve qu'il juge les plus pertinents.

D^r Mantle, neurochirurgien

[24] Le 8 janvier 2012, le D^r Mantle a diagnostiqué des fractures par tassement vertébral aux vertèbres T8 et T9 et un compromis de 30 % du canal. L'appelant a consenti à une fusion de T6 à T12 à des fins de stabilisation et à une décompression du canal. [GD2-60]

[25] Le 24 mai 2012, le Dr Mantle a eu l'impression que l'appelant souffrait constamment de douleurs thoraciques, lesquelles étaient vraisemblablement liées à une lésion nerveuse survenue au moment de sa fracture, qui peut prendre 1 ou 2 ans pour se régler, et d'une douleur lombaire accompagnée d'un engourdissement bilatéral intermittent de la jambe, qui s'est améliorée.

[GD2-65]

[26] Le 23 mai 2013, le D^r Mantle a indiqué que l'appelant poursuit son arrêt de travail et prend de 5 à 6 Percocets par jour. Il avait l'impression d'une possible remontée osseuse autour des vis T6. L'appelant a accepté de retirer l'instrumentation. [GD2-46]

[27] Le 14 janvier 2014, le D^r Mantle a retiré l'instrumentation. Son diagnostic postopératoire était une remontée osseuse au T5 droit. [GD2-47]

[28] Le 16 mars 2014, le D^r Mantle a indiqué que la colonne vertébrale de l'appelant était stable et bien fusionnée. Le D^r Mantle n'avait pas d'objection à ce que l'appelant soulève des objets lourds et retourne au travail. [GD2-51]

[29] Le 26 mai 2016, le D^r Mantle a indiqué que l'appelant avait moins de douleurs aiguës au dos, qu'il continue d'éprouver des douleurs plutôt accentuées au milieu du dos avec enflure intermittente, et qu'il ne peut donc pas recommencer à conduire ou exercer d'autres fonctions. Il a fait remarquer que l'appelant continue à prendre du Percocet à l'occasion. L'appelant a consenti à des corporectomies T6 et T7. Dans son témoignage de vive voix, l'appelant a indiqué qu'il n'avait pas subi cette intervention chirurgicale. [GD13-64]

Autre

[30] Le 14 janvier 2012, le D^r Boyle, aux soins d'urgence, a signalé que l'appelant avait subi les blessures suivantes au cours de l'accident de voiture : fracture-éclatement de T8-T9, traumatisme crânien fermé du côté droit avec une petite contusion sous-durale, et un tout petit morceau de verre résiduel dans l'oreille droite. [GD2-63]

[31] Le 23 octobre 2012, le D^r Harding, chirurgien orthopédiste, a fait rapport à l'avocat de l'appelant de son évaluation médico-légale de l'appelant. Les symptômes de l'appelant comprenaient des douleurs au milieu du dos, l'intensification de douleurs préexistantes au bas du dos avec irradiation dans les deux jambes et des maux de tête occasionnels. Le D^r Harding a diagnostiqué de graves fractures de la colonne thoracique, une intensification d'une douleur lombaire préexistante et un traumatisme crânien ayant entraîné un hématome sous-dural. Il s'est dit d'avis que l'appelant continuera probablement à souffrir de douleurs chroniques importantes de façon permanente et que ses limitations professionnelles seront permanentes. [GD14-2]

[32] Le 17 janvier 2014, le D^f Brankstone, spécialiste en médecine d'urgence, a fait rapport à l'avocat de l'appelant de son examen sur papier du dossier de l'appelant. Il s'est dit d'avis que la douleur dorsale chronique grave de l'appelant et des quantités quotidiennes considérables de Percocet avaient une incidence sur ses processus cognitifs. [GD1-13]

[33] Le 16 août 2016, le D^f Finkelstein a fait rapport à l'avocat de l'appelant de son évaluation orthopédique indépendante de l'appelant. Il conclut que l'appelant aura une déficience permanente lorsqu'il recommencera à occuper un emploi qui demande de l'activité physique et qui exige de soulever des poids et de se pencher de façon répétitive; qu'une déficience l'empêchera de reprendre son ancien emploi de camionneur parce que la position assise pendant de longues périodes aura une incidence sur sa charge dorsale et lui causera de la douleur. [GD13-40]

[34] Le 17 août 2016, le D^f Waisman, psychiatre, a fait rapport à l'avocat de l'appelant de son évaluation psychiatrique médico-légale de l'appelant pour déterminer l'existence d'une déficience invalidante. L'appelant se plaint actuellement de dépression, d'anxiété et de difficultés cognitives. Il a déclaré que l'accident de voiture a contribué à une série d'événements en cascade qui ont amené l'appelant à perdre ses défenses et à subir peu à peu un épisode dépressif majeur et un trouble à symptomatologie somatique. Il a ajouté que l'appelant souffre également de symptômes de stress post-traumatique et de toxicomanie. Il a également déclaré :

[Traduction]

Dans le cas de A. B., il a eu beaucoup de difficulté à s'adapter à ses problèmes physiques et à ses douleurs chroniques. Il s'isole socialement. Il n'a repris aucune de ses activités sociales antérieures à l'accident. Il n'a pas réussi à conserver un emploi. Il s'est mal adapté. Les effets synergiques de la douleur chronique et de la dépression ont conduit à une spirale descendante de désespoir et d'impuissance. [GD8-118]

[35] Le 18 août 2016, le D^f Berbreyar, physiatre, a fait rapport à l'avocat de l'appelant de son évaluation médico-légale de l'appelant. Il a expliqué que l'appelant n'a pu reprendre aucun emploi depuis l'accident de la route et qu'il est actuellement sans emploi en raison de ses douleurs et de sa mauvaise concentration. Le D^f Berbreyar a diagnostiqué un hématome sous-dural du côté droit avec traumatisme crânien fermé, un syndrome post-commotion cérébrale avec difficulté constante à se concentrer et à porter attention aux tâches, des maux de tête quotidiens à

la suite d'un traumatisme, une fracture T8-T9, une radiculopathie cervicale avec perte sensorielle et un syndrome de douleur chronique. Le pronostic était prudent. [GD8-2]

[36] Le 25 août 2016, le D^r Muller, neurochirurgien, a fait rapport à l'avocat de l'appelant de son évaluation neurologique de l'appelant. Il a diagnostiqué une fracture de la colonne thoracique; un traumatisme crânien fermé avec un petit hématome sous-dural; une hernie discale lombaire et une sténose L4/5 de longue date; et une phobie de situation post-traumatique. Il a conclu que la déficience de la colonne vertébrale de l'appelant est permanente et il est d'avis qu'il est incapable de reprendre son emploi antérieur à l'accident et qu'il souffre d'une incapacité complète à occuper quelque emploi que ce soit qu'il aurait été raisonnablement apte à occuper de par sa formation, son expérience ou ses études. [GD13-51]

[37] Le 4 novembre 2016, le D^r Bhatia, psychologue, a fait rapport à l'avocat de l'appelant de son évaluation psychologique de l'appelant effectuée le 16 août 2016. Il a indiqué que selon la documentation, l'appelant a pris quotidiennement jusqu'à 12 Percocets pour soulager sa douleur. Ses résultats potentiels au test de simulation étaient légèrement élevés, ce qui témoignait de la nécessité d'interpréter sa déclaration des symptômes psychologiques avec prudence et de s'en remettre à toutes les sources d'information disponibles pour établir des diagnostics. Le D^r Bhatia a déclaré qu'en raison de sa présentation clinique, de l'examen de son dossier médical, de ses observations cliniques et des résultats d'autre matériel d'évaluation, il estimait d'un point de vue clinique que l'appelant ne tentait pas d'exagérer quelque symptôme que ce soit. Il a posé un diagnostic de trouble dépressif majeur; de trouble à symptomatologie somatique; et de trouble de stress post-traumatique, en voie de résolution. Il a recommandé une évaluation neurocognitive, 24 séances de counseling psychologique et une participation au traitement de la douleur chronique. [GD9-2]

[38] Le 10 mars 2017, la D^{re} Hamilton, neuropsychologue, a fait rapport à l'avocat de l'appelant de son évaluation neuropsychologique de l'appelant. Elle a déclaré que l'appelant [traduction] « présente clairement des problèmes cognitifs » et qu'il [traduction] « a subi une légère lésion cérébrale traumatique complexe » à la suite de l'accident de voiture. Elle s'est dite d'avis que l'appelant ne serait pas en mesure de reprendre le travail en raison de son niveau de perturbation de l'humeur et de douleurs, qu'il souffrait d'une dépression majeure et de troubles

du stress post-traumatique, et qu'il avait des problèmes cognitifs sur le plan de la résolution de problèmes et de l'organisation qui auraient une incidence sur sa capacité d'occuper l'emploi qu'il avait avant l'accident. Le pronostic allait de réservé à sombre. Elle a recommandé une intervention de réadaptation continue pour aider l'appelant à maintenir sa qualité de vie. [GD13-66]

[39] Le 24 mars 2017, Robert Katz, de Vocational Rehabilitation Associates, a fait rapport à l'avocat de l'appelant de son évaluation professionnelle de l'appelant. Il a déclaré que l'appelant ne pouvait aucunement reprendre le travail à titre de chauffeur alors que ses symptômes persistent parce qu'il ne peut conduire qu'une voiture avec un siège semi-incliné, qu'il a besoin de pauses fréquentes et que sa capacité de rester assis est insuffisante. Il a ajouté qu'il ne peut concevoir une occupation à laquelle l'appelant est actuellement apte en raison de ses études, de sa formation, de son expérience, de ses capacités physiques et de sa tolérance.

[40] En ce qui concerne l'avenir professionnel probable de l'appelant, il a déclaré :

[Traduction]

Si cet homme se rétablit bien ou assez bien physiquement, il reprendra le travail sans délai. S'il récupère seulement certaines de ses capacités physiques, il pourra occuper un emploi léger de chauffeur qui fera des livraisons locales dans une fourgonnette ou une voiture. S'il demeure dans la même condition, il ne pourra occuper aucun emploi.

À mon avis, ses symptômes psychologiques ne l'empêchent pas de reprendre le travail. Si sa condition physique est rétablie, il retournera au travail, quel que soit l'état de dépression ou de détresse qu'il ressent. [GD3-15]

DIRECTIVE POSTÉRIEURE À L'AUDIENCE

[41] À l'audience, il a été question des rapports d'évaluation de novembre 2014 dressés pour l'assureur qui n'étaient pas inclus dans le dossier d'audience. Ces rapports sont abordés aux pièces GD8-26 à 33. Le représentant de l'appelant a offert de déposer des copies de ces rapports.

[42] Le Tribunal a décidé que, dans l'intérêt de la justice, les rapports devraient être déposés afin de s'assurer qu'il existe un dossier d'audience complet et que tous les rapports pertinents soient soumis au Tribunal.

[43] Le Tribunal a donné les directives suivantes :

1. Le représentant de l'appelant doit déposer les rapports suivants auprès du Tribunal au plus tard le 5 juillet 2017 :
 - i. Rapport d'évaluation orthopédique du D^r Yadev daté du 27 novembre 2014.
 - ii. Rapport d'évaluation en physiothérapie du D^r Graham daté du 27 novembre 2014.
 - iii. Rapport d'évaluation psychologique du D^r Salstone daté du 27 novembre 2014.
 - iv. Rapport d'évaluation de la capacité fonctionnelle de Workwell daté du 27 novembre 2014.
 - v. Rapport d'évaluation professionnelle d'Allison Gould daté du 27 novembre 2016.
2. L'intimé aura jusqu'au 4 août 2017 pour déposer ses observations en réponse.

[44] L'appelant a déposé les rapports supplémentaires le 28 juin 2017. [GD17]

[45] L'intimé a déposé un addenda aux observations le 17 août 2017. Bien que ce dépôt ait été tardif, le Tribunal a admis l'addenda afin de veiller à ce que des observations complètes soient présentées au Tribunal. [GD18]

[46] Les rapports d'évaluation supplémentaires indiquent que d'un point de vue orthopédique (évaluation datée du 5 novembre 2014), psychologique (évaluation datée du 2 octobre 2014) et professionnel (évaluation datée du 29 août 2014), l'appelant n'a pas souffert d'une incapacité complète à occuper un emploi pour lequel il était raisonnablement apte en raison de ses études, de sa formation ou de son expérience, mais d'un point de vue physiothérapeutique (évaluation datée du 22 octobre 2014) et global, il a effectivement souffert d'une incapacité complète.

[47] L'appelant, dans une lettre datée du 28 juin 2017 à laquelle étaient joints les rapports supplémentaires, a mentionné le résumé du rapport d'évaluation multidisciplinaire qui concluait que l'appelant est totalement incapable, à la suite de l'accident, d'occuper quelque emploi ou d'exercer quelque travail autonome que ce soit qu'il est raisonnablement apte à occuper de par sa

formation, son expérience ou son niveau d'études. Il a également fait référence au rapport d'évaluation en physiothérapie de novembre 2014 du D^r Graham, qui se lit comme suit :

[Traduction]

D'un point de vue physique, cet homme a des douleurs lombaires thoraciques de nature mécanique. Compte tenu des circonstances, de la constatation d'une malformation cyphotique, ainsi que du matériel qui a été retiré, de la possibilité de non-fusion de la fracture et du fait qu'aucune imagerie postopératoire n'a été effectuée pour confirmer la stabilité, je ne crois pas qu'il a obtenu le certificat de santé l'autorisant à exercer toute activité.

Le D^r Mantle a indiqué que la colonne vertébrale semblait stable lors de la palpation intraopératoire. Toutefois, je crois qu'une imagerie de suivi est nécessaire, en ce qui concerne une IRM de la colonne thoracique, pour évaluer la moelle épinière afin de détecter la myélomalacie, ainsi que l'imagerie de la colonne vertébrale elle-même, pour évaluer le degré de déformation, d'alignement et de guérison des fractures, ainsi que la stabilité. D'un point de vue fonctionnel, il dit avoir de la difficulté à se pencher, à soulever des charges lourdes, à demeurer dans certaines positions de façon prolongée, ou en particulier à utiliser l'extrémité supérieure droite avec résistance. L'évaluation de la capacité fonctionnelle, qui était valide, a documenté la tolérance physique sédentaire. Jusqu'à ce que d'autres recherches soient effectuées et que des documents médicaux confirmant l'obtention d'un certificat de santé pour une activité complète soient obtenus, je suis d'avis que A. B. démontre actuellement une incapacité totale. Je prends note des opinions contraires dans les évaluations psychologiques, professionnelles et orthopédiques.

[48] Dans ses addendas, l'intimé a fait observer que ces rapports d'évaluation contradictoires ont été dressés après la PMA qui a pris fin le 31 décembre 2013 et qu'il incombe à l'appelant d'établir l'existence d'une invalidité grave et prolongée avant l'expiration de la PMA : s'il ne l'a pas fait, la détérioration de son état après la PMA n'est pas pertinente.

OBSERVATIONS

[49] M^e Linden soutient que l'appelant est admissible à une pension d'invalidité pour les motifs suivants :

- a) des preuves incontestées établissent qu'il a subi une intervention chirurgicale dans les deux semaines suivant la fin de la PMA et qu'il continue de souffrir de douleurs chroniques et de prendre des quantités importantes de narcotiques;
- b) il continue de souffrir de symptômes importants de douleurs lombaires de nature mécanique; il doit donc prendre quotidiennement huit Percocets pour contrôler la douleur;

- c) sa douleur s'est aggravée parce qu'il est resté assis pendant de longues périodes, s'est tenu debout, a soulevé des objets lourds, s'est penché, s'est accroupi et s'est contorsionné;
- d) il a fait de la physiothérapie, des séances de massothérapie et de traitement de la douleur pour atténuer sa douleur;
- e) sa douleur chronique grave et des quantités considérables de médicaments antidouleur nuisent à ses processus cognitifs de la pensée, à son humeur et à son sommeil; sa déficience cognitive n'a pas été évaluée comme il se doit au moment de la PMA, ce qui découle de son traumatisme crânien subi lors de l'accident de la route et démontre que son état général continue de se détériorer;
- f) le Tribunal devrait tenir compte des études limitées de l'appelant, de ses difficultés à l'école secondaire ainsi que de ses antécédents de travail limités, qui comprenaient du camionnage ou du travail de type physique;
- g) même si le Dr Mantle avait des espoirs en 2014, l'ensemble de la preuve établit que l'état de l'appelant s'est détérioré : il continue d'utiliser de fortes quantités d'analgésiques narcotiques et il n'y a pas de perspective raisonnable de rétablissement;
- h) l'accomplissement de tâches domestiques et des activités quotidiennes intensifie sa douleur;
- i) il est encore gravement invalide et la probabilité d'amélioration et de rétablissement est faible.

[50] L'intimé a fait valoir que l'appelant n'est pas admissible à une pension d'invalidité pour les motifs suivants :

- a) bien que l'appelant puisse ne pas être en mesure d'effectuer son travail physique lourd à titre de camionneur, il n'a pas essayé d'effectuer un autre travail plus léger;

- b) la preuve médicale ne démontre l'existence d'aucune pathologie ou déficience grave permettant de conclure qu'il est atteint d'une invalidité et qu'il n'est pas employable, peu importe l'emploi;
- c) si un degré significatif de déficience est attribuable à la consommation de narcotiques, tel qu'il a été exprimé par le D^r Brankston dans son évaluation de juin 2014, on s'attendrait à ce qu'une recommandation de participation à un programme de traitement de la douleur et une évaluation formelle soient demandées le plus tôt possible afin de fournir à l'appelant des outils adéquats pour mieux contrôler la douleur;
- d) dans son rapport de mars 2014 (trois mois après la date marquant la fin de la PMA), le D^r Mantle a déclaré que la colonne vertébrale de l'appelant était stable et bien fusionnée et qu'il n'avait aucune objection à ce que l'appelant soulève des objets lourds et retourne au travail;
- e) l'appelant n'a pas été dirigé vers un psychiatre ou un psychologue pour un problème de santé mentale, son médecin de famille n'a pas fait de diagnostic de dépression et aucun médicament n'a été prescrit à cette fin.

ANALYSE

[51] 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.

Invalidité grave

[52] Les exigences de la Loi 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 aussi tout emploi qu'elle pourrait raisonnablement occuper. Une invalidité est « prolongée » si elle doit vraisemblablement durer pendant une période longue, continue et indéfinie ou entraîner vraisemblablement le décès.

[53] Il incombe à l'appelant d'établir selon la prépondérance des probabilités que, le 31 décembre 2013 ou avant cette date, il était invalide au sens de la définition. Le critère de gravité doit être évalué dans un contexte « réaliste » (*Villani* 2001 CAF 248). Pour se prononcer sur l'« 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.

[54] 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).

[55] Le Tribunal reconnaît que l'appelant est très jeune (il n'était âgé que de 36 ans à la date marquant la fin de la PMA et de 34 ans au moment de l'accident de la route) et qu'il a admis qu'il n'a fait aucun effort pour chercher un autre emploi depuis cet accident. Toutefois, après un examen attentif de la preuve orale et de la preuve médicale abondante, le Tribunal est convaincu, selon la prépondérance des probabilités, qu'il n'a pas la capacité résiduelle de chercher un autre emploi.

[56] L'état de l'appelant doit être évalué dans son ensemble. Toutes les déficiences possibles doivent être prises en considération, et non seulement les déficiences les plus importantes ou la déficience principale (*Bungay*, 2011 CAF 47). Même si chacun des problèmes médicaux de l'appelant, pris séparément, pourrait ne pas entraîner une invalidité grave, l'effet combiné des diverses afflictions peut rendre l'appelant gravement invalide : *Barata c. MDRH* (17 janvier 2001) CP 15058 (CAP).

[57] Le Tribunal a accordé beaucoup de poids à la preuve orale qu'il a jugée crédible et compatible avec la preuve médicale. La description que fait l'appelant de ses problèmes principaux (au paragraphe 18 qui précède) révèle une douleur intense constante pour laquelle l'appelant continue de prendre des quantités importantes d'analgésiques narcotiques; des limitations substantielles en position assise, debout, de marche et de levage; des déficiences

cognitives; des maux de tête; des troubles du sommeil; et de 2 à 5 mauvais jours par semaine pendant lesquels l'appelant passe toute la journée allongé sur le divan ou au lit. Le témoignage de son épouse (au paragraphe 21 qui précède) confirme ses limitations physiques et cognitives ainsi que les effets secondaires des médicaments.

[58] La progression de l'invalidité de l'appelant a été décrite par le D^r Waisman en août 2016 (au paragraphe 34 qui précède) comme [traduction] « une série d'événements en cascade qui ont mené à l'effondrement » des défenses de l'appelant; le médecin a ajouté que les « effets synergiques de sa douleur chronique et de sa dépression ont mené à une spirale de désespoir et d'impuissance ». Le Tribunal est d'accord avec cette description et fait observer que l'appelant a reçu un diagnostic de troubles physiques et psychologiques multiples, notamment des fractures graves de la colonne thoracique, l'intensification d'une douleur lombaire préexistante avec irradiation aux deux jambes et un traumatisme crânien entraînant un hématome sous-dural (D^r Harding, au paragraphe 31, qui précède, octobre 2012) : graves douleurs lombaires et déficience des processus cognitifs de la pensée (D^r Brankstone, au paragraphe 22, qui précède, janvier 2014) : épisode dépressif majeur; trouble à symptomatologie somatique; trouble de stress post-traumatique; et trouble de mésusage de substances psychoactives (D^r Waisman, au paragraphe 34, qui précède, août 2016) : hématome sous-dural du côté droit avec traumatisme crânien fermé; syndrome post-commotion cérébrale s'accompagnant de difficultés constantes à se concentrer et à porter attention aux détails; maux de tête quotidiens postérieurs à un traumatisme; fracture T8-T9; radiculopathie cervicale avec perte sensorielle et syndrome de douleur chronique (D^r Berbreyar, au paragraphe 35, qui précède, août 2016); et trouble dépressif majeur; trouble à symptomatologie somatique; et trouble de stress post-traumatique (D^r Bhatia, au paragraphe 37, qui précède, novembre 2016).

[59] Bien que l'état de l'appelant se soit amélioré depuis la chirurgie de retrait en janvier 2014, le Tribunal est convaincu que l'état physique et psychologique invalidant de l'appelant était présent à la fin de la PMA de décembre 2013. Le Tribunal a pris note de l'évaluation neuropsychologique effectuée par le D^r Hamilton en mars 2017 (au paragraphe 38 qui précède), qui indique que l'appelant [traduction] « présente clairement des problèmes cognitifs » et qu'il [traduction] « a subi une légère lésion cérébrale traumatique compliquée » à la suite de l'accident de la route : il s'agit là d'un lien entre les problèmes cognitifs de l'appelant et

l'accident de la route survenu près de deux ans avant la PMA. Le D^r Hamilton a également décrit les obstacles au retour au travail de l'appelant, y compris les troubles de l'humeur, la douleur, la dépression majeure, les caractéristiques du syndrome de stress post-traumatique et les problèmes cognitifs.

[60] Compte tenu de l'effet cumulatif des multiples affections et limitations de l'appelant, celui-ci ne pouvait pas exercer [traduction] « à une fréquence constante une occupation véritablement rémunératrice » (*Villani*, au paragraphe 55, précité). Il ne pourrait pas être un employé régulier et fiable.

[61] Le Tribunal garde à l'esprit le rapport de mars 2014 du D^r Mantle (au paragraphe 28, qui précède) qui indique que la colonne vertébrale de l'appelant était stable et bien fusionnée et que le médecin n'a aucune objection à ce que l'appelant soulève des objets lourds et retourne au travail. Toutefois, le Tribunal estime que cette évaluation était trop optimiste et qu'elle ne tenait pas compte de l'ensemble des affections de l'appelant. Le Tribunal croit également que cette évaluation est incompatible avec la prépondérance de la preuve médicale qui appuie une invalidité grave.

[62] Le Tribunal conclut que l'appelant a établi, selon la prépondérance des probabilités, la présence d'une invalidité grave conformément aux critères du RPC.

Invalidité prolongée

[63] Ayant conclu que l'invalidité de l'appelant est grave, le Tribunal doit également se prononcer sur son caractère prolongé.

[64] Les affections invalidantes de l'appelant persistent depuis de nombreuses années et, malgré des traitements poussés, son état s'est peu ou pas du tout amélioré. En fait, il semblerait que son état continue de se détériorer.

[65] L'invalidité dont l'appelant est atteint est longue et continue et il n'y a aucune perspective raisonnable d'amélioration dans un avenir prévisible.

CONCLUSION

[66] Le Tribunal conclut que l'appelant était atteint d'une invalidité grave et prolongée en janvier 2012, lorsqu'il a subi de graves blessures lors d'un accident de voiture. Aux fins des versements, une personne ne peut être réputée invalide plus de quinze mois avant la date de la réception par l'intimé de la demande de pension d'invalidité (alinéa 42(2)b) du RPC). La demande a été reçue en août 2014 : par conséquent, l'appelant est réputé être devenu invalide en mai 2013. Conformément à l'article 69 du RPC, les versements commencent quatre mois après la date réputée de déclaration de l'invalidité. Les paiements commenceront donc au mois de septembre 2013.

[67] L'appel est accueilli.

Raymond Raphael
Membre de la division générale – Sécurité du revenu