



Tribunal de la sécurité
sociale du Canada

Social Security
Tribunal of Canada

[TRADUCTION]

Citation : *S. M. c Ministre de l'Emploi et du Développement social*, 2019 TSS 1507

Numéro de dossier du Tribunal : GP-18-1488

ENTRE :

S. M.

Appelant (requérant)

et

Ministre de l'Emploi et du Développement social

Ministre

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

Décision rendue par : Shannon Russell

Requérant représenté par : Mercedes Mueller (société Zweibel and Associates)

Date de l'audience par
téléconférence : Le 18 novembre 2019

Date de la décision : Le 12 décembre 2019

DÉCISION

[1] Le requérant est admissible à des prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada (RPC), qui devaient lui être versées à compter d'octobre 2016.

APERÇU

[2] Le requérant est un homme de 40 ans qui s'est blessé au travail en janvier 2015. Il a présenté une demande de prestations d'invalidité du RPC en septembre 2017, et il a signalé dans sa demande qu'il n'était pas capable de travailler en raison d'un syndrome douloureux régional complexe (SDRC), d'un trouble dépressif majeur, d'un trouble à symptomatologie somatique et d'anxiété. Le ministre a rejeté cette demande initialement et après révision. Le requérant a interjeté appel de la décision issue de la révision devant le Tribunal de la sécurité sociale.

QUESTION(S) EN LITIGE

[3] Pour être admissible à des prestations d'invalidité du RPC, le requérant doit satisfaire aux exigences énoncées dans le RPC. Plus précisément, le requérant doit être déclaré invalide au sens du RPC au plus tard à la date marquant la fin de sa période minimale d'admissibilité (PMA). Le calcul de la PMA est fondé sur les cotisations du requérant au RPC.

[4] Le requérant a deux PMA possibles, soit en mai 2015 ou en mars 2016. J'ai utilisé le mot [traduction] « possibles » pour décrire les PMA, car chaque calcul de la PMA nécessite un calcul au prorata, et le calcul au prorata peut uniquement avoir lieu dans certaines situations¹. L'une des situations pour lesquelles un calcul au prorata est permis est la date de début d'une invalidité, de sorte que si une personne devient invalide au cours de l'année calculée au prorata (mais avant la fin du mois calculé au prorata), alors le calcul au prorata est autorisé.

[5] Une personne est considérée comme invalide si elle est atteinte d'une invalidité physique ou mentale grave et prolongée². Une invalidité n'est grave que si elle rend une personne régulièrement incapable de détenir une occupation véritablement rémunératrice. Une invalidité

¹ Lorsque les gains annuels d'une personne ne sont pas suffisamment élevés pour donner lieu à une cotisation valide au Régime de pensions du Canada (RPC), l'article 19 du RPC permet à ces gains d'être calculés au prorata, à condition qu'un événement prescrit ait eu lieu au cours de l'année calculée au prorata.

² RPC, article 42(2)(a).

est prolongée si elle doit vraisemblablement durer pendant une période longue, continue et indéfinie ou doit entraîner vraisemblablement le décès. Il incombe à une partie requérante de prouver, selon la prépondérance des probabilités, que son invalidité satisfait aux deux volets du critère; ainsi, si la partie requérante ne satisfait qu'à un seul volet, elle n'est pas admissible aux prestations d'invalidité.

[6] Je dois déterminer si le requérant est atteint d'une invalidité qui est devenue grave et prolongée entre le 1^{er} janvier 2015 et le 31 mai 2015, ou entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 mars 2016.

L'intimé a seulement tenu compte de la PMA du requérant dont la date de fin était en mars 2016.

[7] Je commente rarement l'approche que prend l'intimé pour se prononcer sur une demande. Cependant, les circonstances en l'espèce méritent une certaine attention.

[8] Lorsque l'intimé a examiné la demande de prestations d'invalidité du requérant, il a seulement tenu compte d'une PMA (celle dont la date de fin était en mars 2016). En gardant en tête cette PMA, l'intimé a déterminé que le requérant n'était pas admissible à des prestations d'invalidité, car il n'y avait pas de preuve à l'appui du fait qu'un « événement déclencheur » était survenu entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 mars 2016³.

[9] L'intimé n'a pas avisé le requérant du fait qu'il avait une autre PMA possible (soit la PMA prenant fin en mai 2015). En fait, l'intimé a laissé le requérant croire que sa *seule* PMA était celle se terminant en mars 2016. En mai 2018, par exemple, l'intimé a écrit au requérant pour l'aviser que sa demande avait encore une fois été rejetée (après révision), et l'intimé a expliqué que « la seule période » au cours de laquelle le requérant était admissible (en ce qui a trait à ses cotisations) était la période allant de janvier à mars 2016⁴.

[10] Il se pourrait que l'intimé ait tout simplement commis une erreur et n'ait pas cherché à savoir si les gains du requérant pour l'année 2015 pouvaient être calculés au prorata. Cependant, je ne crois pas que c'est ce qui s'est produit. J'affirme cela en raison des difficultés que j'ai

³ Pages GD3-2 à GD3-9.

⁴ Page GD2-8.

rencontrées lorsque j'ai tenté de faire reconnaître à l'intimé l'existence d'une deuxième PMA et en raison du refus subséquent de l'intimé à fournir des observations sur la question de savoir si le requérant était devenu invalide entre janvier et mai 2015.

[11] Pour illustrer ce point, je résumerai brièvement ce qui s'est produit après que le requérant a interjeté appel au Tribunal.

- Le 1^{er} août 2019, j'ai écrit à l'intimé et je lui ai demandé de fournir un registre des gains détaillé pour l'année 2015 (semblable à ce que l'intimé avait fourni pour l'année 2016). J'ai expliqué que je demandais cette information parce que selon le registre des gains (résumé) du requérant, il était possible qu'il ait eu un petit revenu en 2015, quoique rien de suffisamment élevé pour donner lieu à une cotisation valide au RPC⁵.
- Le 3 septembre 2019, l'intimé a répondu à ma demande en affirmant tout simplement que le requérant [traduction] « a présentement une PMA calculée au prorata prenant fin en mars 2016 en fonction de ses revenus de 2016. Par conséquent, un calcul au prorata pour l'année 2015 ne serait pas applicable⁶. »
- Le 9 septembre 2019, j'ai encore écrit à l'intimé. J'ai expliqué ne pas avoir trouvé la réponse de l'intimé particulièrement utile, et j'ai souligné le fait que l'intimé n'avait pas traité de ce qui semble être les dispositions législatives et les faits pertinents, soit que le requérant s'est blessé en 2015, que le début de l'invalidité constitue un événement déclencheur permettant un calcul au prorata, et que la loi semble permettre aux personnes qui ont présenté leur demande en retard d'utiliser le calcul au prorata⁷. J'ai demandé à l'intimé d'expliquer sa position et de fournir des renvois aux dispositions législatives sur lesquelles il se fondait⁸.
- Le 11 septembre 2019, l'intimé a fourni un registre des gains détaillé pour l'année 2015, ainsi que deux feuilles de calcul au prorata des prestations d'invalidité. L'une des feuilles de calcul indique que le requérant avait suffisamment de gains en 2015 pour

⁵ Page GD4-1.

⁶ Page GD6-1.

⁷ RPC, arts 19 et 44(2.1).

⁸ Page GD7-1.

couvrir cinq mois cotisables. L'autre feuille de calcul montre que le requérant n'avait pas suffisamment de gains en 2015 pour couvrir plus de cinq mois cotisables. L'intimé n'a joint aucune observation écrite et aucun commentaire écrit à ces documents⁹.

- Le 23 septembre 2019, le requérant a présenté une lettre provenant de son médecin et indiquant qu'il est invalide depuis janvier 2015¹⁰.
- Le 4 octobre 2019, l'intimé a soumis des observations écrites indiquant que le nouveau rapport médical ne changeait en rien la position de l'intimé, car le nouveau rapport confirme que le requérant n'était pas devenu invalide en 2016¹¹.
- Le 8 octobre 2019, j'ai encore écrit à l'intimé. J'ai accusé réception de ses observations, mais je lui ai signalé qu'il n'avait pas traité de la PMA possible dont la date de fin serait en mai 2015. J'ai demandé à l'intimé d'énoncer sa position à savoir si le requérant était devenu invalide entre le 1^{er} janvier et le 31 mai 2015¹².
- L'intimé a répondu le 16 octobre 2019 en soumettant à nouveau les mêmes observations qu'il avait présentées le 4 octobre 2019 et en ajoutant l'explication suivante : [traduction] « Le ministre examine la PMA la plus récente de l'appelant. Le client n'a pas été jugé invalide en mars 2016. La date de cessation d'emploi est mentionnée dans l'addenda¹³. »

[12] L'approche de l'intimé dans ce dossier est inquiétante pour de nombreuses raisons. Je m'attarderai sur deux d'entre elles.

[13] Premièrement, j'ai examiné la loi et la jurisprudence, et je n'ai pas été capable de trouver quoi que ce soit à l'appui de la position de l'intimé selon laquelle il devait seulement tenir compte de la PMA la plus récente. Si l'intimé craignait que les gains de 2016 n'empêchent d'une manière ou d'une autre de conclure que le requérant était invalide en 2015 (et je ne suis pas certaine que ce soit en fait ce que craignait l'intimé), je me serais alors attendue à voir de la part de l'intimé une certaine évaluation des gains de 2016 afin de déterminer s'ils étaient révélateurs

⁹ Pages GD8-3 à GD8-6.

¹⁰ Page GD9-2.

¹¹ Pages GD10-1 à GD10-4, paragraphe 5.

¹² Page GD11-1.

¹³ Page GD13-1.

d'une capacité à détenir régulièrement une occupation véritablement rémunératrice (une analyse des gains après la PMA)¹⁴. L'intimé ne l'a pas fait. L'intimé n'a pas non plus fourni de justification légale pour appuyer l'approche limitée qu'il a employée afin de rendre sa décision. En l'absence d'une telle justification (ou à tout le moins d'une justification stratégique bien articulée), l'approche de l'intimé était malavisée et non fondée sur des principes. De plus, elle allait à l'encontre de la nature du RPC qui est de fournir des prestations.

[14] Deuxièmement, avant que le présent appel me soit assigné, l'intimé avait présenté des observations écrites dans lesquelles il semble avoir reconnu qu'il était possible que le requérant ait été invalide en 2015. Par exemple, l'intimé a écrit que le requérant ressentait beaucoup de douleur et avait des limitations fonctionnelles bien avant mars 2016¹⁵. Cela fait en sorte qu'il est encore plus difficile de comprendre pourquoi, après lui avoir demandé d'examiner une PMA possible se terminant en mai 2015, l'intimé a simplement réitéré sa position selon laquelle l'appel devrait être rejeté.

ANALYSE

Invalidité grave

La nature de l'invalidité du requérant

[15] Le requérant a commencé à travailler chez X en 2014¹⁶. Le 21 janvier 2015, il déchargeait une lourde boîte au moment où il a entendu et ressenti un « pop » douloureux au niveau de son épaule et de son bras gauches. Il s'est rendu à l'hôpital et a éventuellement appris qu'il avait déchiré le tendon de son biceps¹⁷.

[16] Le requérant a eu une chirurgie (une réparation du tendon bicapital) le 26 janvier 2015¹⁸, puis il a commencé des traitements de physiothérapie. Cependant, les choses ne se sont pas améliorées comme on aurait pu l'espérer. Lorsque le requérant est retourné voir son chirurgien le

¹⁴ Il s'avère que le requérant a seulement travaillé pendant environ une semaine en 2016 avant de devoir arrêter de travailler pour des raisons liées à son invalidité.

¹⁵ Page GD3-8.

¹⁶ Page GD2-274.

¹⁷ Pages GD2-511 et GD2-523.

¹⁸ Page GD2-88.

24 mars 2015, il lui a fait part de difficultés considérables concernant son amplitude de mouvements, de la douleur dans son coude, son épaule et sa main, ainsi que des engourdissements dans sa main. Son chirurgien croyait que le requérant commençait à souffrir du SDRC. Il a recommandé des exercices radicaux d'amplitude de mouvement grâce à la physiothérapie, et il croyait que les choses se stabiliseraient au fil du temps¹⁹.

[17] Le requérant a continué ses traitements de physiothérapie, mais sa douleur ne s'est pas atténuée. Il a commencé à avoir de la douleur au niveau de son épaule droite²⁰, et le 15 avril 2015, la médecin de famille du requérant (Dre Sophia Mobilos) lui a conseillé un programme complet de traitement de la douleur²¹. Le requérant a participé au programme le 5 mai 2015 dans le cadre de son évaluation initiale. Le diagnostic du SDRC a été confirmé à ce moment-là²².

[18] L'invalidité du requérant comportait également un volet sur la santé mentale. Après avoir subi sa blessure, le requérant a commencé à souffrir d'anxiété, de dépression et de colère, et sa médecin de famille l'a orienté vers le Dr Ernest Light, psychologue. Le requérant a vu le Dr Light pour la première fois en mai 2015. Le Dr Light a interviewé le requérant pendant environ trois heures et lui a fait passer plusieurs tests psychométriques. Après l'évaluation, le Dr Light a diagnostiqué chez le requérant un trouble d'adaptation accompagné de troubles anxieux et dépressifs mixtes²³.

[19] En septembre 2017 (lorsque le requérant a présenté une demande de prestations d'invalidité), la médecin de famille du requérant a signalé que le SDRC faisait en sorte que ce dernier avait une douleur chronique constante répartie le long de son bras gauche, sur le haut de son corps et dans son dos. Elle a expliqué que la douleur intense rendait le requérant physiquement invalide, ce qui a à son tour causé l'apparition chez le requérant d'un trouble à symptomatologie somatique, d'une dépression grave et d'un trouble d'anxiété généralisé²⁴.

¹⁹ Page GD2-90.

²⁰ Page GD2-69.

²¹ Page GD2-230.

²² Page GD2-198.

²³ Pages GD2-72 à GD2-85.

²⁴ Page GD2-63.

La blessure du requérant a entraîné d'importantes limitations fonctionnelles

[20] Comme je l'ai mentionné précédemment, l'intimé a reconnu que la blessure du requérant a entraîné d'importantes limitations fonctionnelles.

[21] Certaines limitations du requérant découlent de degrés de douleurs importants, tandis que d'autres découlent de problèmes de santé mentale.

[22] En ce qui a trait aux degrés de douleur, le requérant a dit à la Dre Tea Cohodarevic (sa médecin dans le cadre du programme complet de traitement de la douleur) en mai 2015 que la douleur qu'il ressent au niveau de son extrémité supérieure gauche est comparable à une sensation de brûlure aiguë avec de la rigidité, et que son degré de douleur se situait en moyenne à 10 sur 10 sur une échelle de la douleur. Il a également affirmé que la douleur ressentie au niveau de son épaule droite était douloureuse, diffuse et semblable à une brûlure, et qu'elle fluctuait de 7 sur 10 à 10 sur 10. Le requérant a dit à la Dre Cohodarevic que toute activité nécessitant l'usage de ses mains, notamment l'étirement de ses bras, exacerbe la douleur²⁵.

[23] Le requérant a participé au programme complet de traitement de la douleur pendant environ un an, et ses degrés de douleur sont demeurés assez élevés tout au long de cette période. En août 2015, le requérant a signalé une douleur au niveau de son cou et de son épaule qui s'était exacerbée au cours du dernier mois. Il a accordé une note de 10 sur 10 à la douleur ressentie au niveau de sa main gauche, de son cou et de son épaule, et une note de 7 sur 10 à la douleur ressentie dans son coude gauche²⁶. En octobre 2015, le requérant n'a signalé qu'une faible atténuation de sa douleur en raison de modifications apportées à ses médicaments. Malgré cette amélioration, il a tout de même évalué l'intensité de sa douleur au niveau de son membre supérieur gauche et de son épaule droite à 8 sur 10²⁷. En juin 2016, le requérant a déclaré que son degré de douleur moyen se situait à 7 sur 10²⁸.

[24] En septembre 2017, la Dre Mobilos a déclaré qu'en raison de douleur et de spasmes, le requérant est incapable de se tenir debout ou de marcher pendant plus de 10 minutes, de soulever

²⁵ Page GD2-69.

²⁶ Page GD2-86.

²⁷ Page GD2-175.

²⁸ Page GD2-93.

des charges de plus de 5 livres ou d'effectuer des tâches ménagères. Elle a également affirmé qu'il avait une supination restreinte du bras gauche, une extension restreinte du poignet et une amplitude du mouvement restreinte au niveau du cou²⁹.

[25] La Dre Mobilos n'a pas expliqué ce qu'elle voulait dire par tâches ménagères, mais le requérant m'a dit qu'il pouvait faire son lavage (quoique seulement de petites brassées à la fois) et laver sa vaisselle, mais qu'il n'est pas capable de balayer, de laver les planchers ou de nettoyer sa salle de bain. Par conséquent, sa mère se rend à son appartement une fois par semaine afin d'effectuer ces tâches pour lui. De plus, elle lui prépare tous ses repas et les mets dans des contenants pour lui.

[26] La douleur du requérant affecte également sa capacité à dormir. Il a discuté de ses troubles du sommeil lors de sa rencontre avec le Dr Light en mai 2015³⁰ et lorsqu'il a consulté un psychiatre (le Dr Zamir) en novembre 2016³¹. Au cours de l'audience, le requérant m'a dit que ses troubles du sommeil perdurent, c'est-à-dire qu'il est seulement en mesure de dormir trois heures par nuit.

[27] En ce qui concerne maintenant ses problèmes de santé mentale et leur incidence sur son état de fonctionnement, le Dr Light a signalé en mai 2015 que les symptômes de dépression du requérant comprenaient les suivants : un sentiment de dévalorisation, une perte d'espoir, une insatisfaction à l'égard de la vie, un manque d'énergie, de la fatigue ou de l'épuisement, des difficultés de concentration, de la tristesse, de l'irritabilité, de l'agitation, une perte d'intérêt et une indécision³².

[28] Depuis mai 2015, les symptômes de dépression du requérant ne semblent pas s'être améliorés. En février 2016, la Dre Cohodarevic a orienté le requérant vers le Dr Brian Kirsh (psychiatre), car elle craignait que le requérant ait développé une réaction dépressive envers sa douleur et son trouble à symptomatologie somatique³³. Le Dr Kirsch a vu le requérant en mars 2016 et a rendu un diagnostic de dépression majeure. Il a expliqué que le syndrome de

²⁹ Page GD2-64.

³⁰ Page GD2-76.

³¹ Page GD2-119.

³² Page GD2-79.

³³ Page GD2-165.

douleur extrêmement difficile du requérant constituait un obstacle majeur dans la vie du requérant et que ce dernier n'avait pas appris à contourner cet obstacle³⁴.

[29] En septembre 2017, la Dre Mobilos a signalé que l'incapacité mentale du requérant s'était avérée aussi invalidante que ses symptômes physiques, sinon plus. Elle a expliqué que le requérant était triste et déprimé en permanence et qu'il n'éprouvait aucun plaisir dans la vie. Il a peu ou aucune motivation, beaucoup de difficulté à se concentrer, de la difficulté à comprendre des textes simples, de la colère incontrôlable (à certains moments), et il s'isole socialement. Il est également atteint d'anxiété grave et il est constamment inquiet de sa santé et de l'avenir³⁵.

[30] Au cours de l'audience, le requérant a déclaré qu'il voulait tout simplement qu'on le laisse tranquille et qu'il faisait tout ce qu'il pouvait pour éviter d'être entouré de gens. Il est en colère et est irritable, et il est inquiet de son avenir. Il éprouve également un sentiment de dévalorisation et pense à la mort.

Le requérant a déployé beaucoup d'efforts pour améliorer son état de santé

[31] Pour obtenir des prestations d'invalidité, une partie requérante doit non seulement fournir une preuve relative à la nature de son invalidité, mais elle doit également prouver qu'elle a déployé des efforts pour améliorer son état de santé³⁶. L'on fait souvent référence à de tels efforts en parlant d'une [traduction] « obligation de limiter le préjudice ». Les parties requérantes ne sont pas admissibles à des prestations d'invalidité du RPC à moins d'avoir rempli leur obligation de limiter le préjudice³⁷. Il est estimé que lorsqu'une partie requérante refuse de suivre un traitement recommandé qui peut vraisemblablement avoir une incidence sur son invalidité, la partie requérante doit alors démontrer que son refus était raisonnable³⁸.

[32] Je suis convaincue que le requérant a déployé de grands efforts pour améliorer son état de santé. Ces efforts comprennent une chirurgie (janvier 2015), des traitements prolongés de

³⁴ Page GD2-791.

³⁵ Page GD2-66.

³⁶ *Klabouch c MDS*, 2008 CAF 33.

³⁷ *Sharma c Canada (Procureur général)*, 2018 CAF 48.

³⁸ *Lalonde c Canada (Ministre du Développement des ressources humaines)*, 2002 CAF 211.

physiothérapie³⁹, de l'acupuncture⁴⁰, sa participation au programme complet de traitement de la douleur, sa présence à la clinique de traitement de la douleur Allevio (d'octobre 2015 à décembre 2015) où il a reçu trois injections de blocage nerveux qui lui ont apporté peu de soulagement⁴¹, des séances sur une base régulière avec un psychologue (Dr Light) jusqu'en mai 2017 (moment où la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) a arrêté de couvrir les coûts des séances)⁴², ainsi que deux consultations psychiatriques (une avec le Dr Kirsch en mars 2016⁴³ et une avec le Dr Zamir en novembre 2016⁴⁴).

[33] Les modalités de traitement du requérant ont également inclus plusieurs traitements médicamenteux. En mars 2016 (soit la date de fin de la PMA possible la plus récente), le requérant prenait du Cymbalta, du Lyrica, du baclofène, de l'Abilify, de l'OxyNeo, du docusate et du lactulose⁴⁵. Au moment de l'audience, le requérant prenait du Cymbalta, de l'Abilify, de l'Aventyl, de la gabapentine, de l'OxyNeo, du baclofène et du docusate⁴⁶.

[34] J'ai demandé au requérant s'il avait participé à une étude sur le sommeil (comme l'avait recommandé le Dr Zamir), et il a répondu par l'affirmative. Il m'a dit avoir reçu un diagnostic d'apnée du sommeil et avoir fait l'essai d'un appareil à pression positive continue. Il a dit qu'il avait fini par retourner l'appareil à pression positive continue, car la CSPAAT ne voulait pas couvrir les coûts de l'appareil et parce que cet appareil ne l'aidait pas (même après qu'il ait été ajusté). Il semblerait que le spécialiste du sommeil lui aurait dit que c'était surtout la douleur (et non l'apnée du sommeil) qui le réveillait la nuit. Je n'ai aucun rapport provenant du spécialiste du sommeil, mais je crois à tout le moins que le requérant a essayé l'appareil à pression positive continue et qu'il n'a constaté aucune amélioration de son sommeil.

[35] Le requérant a affirmé qu'il avait également été évalué par un psychologue et un psychiatre au Centre de toxicomanie et de santé mentale CAMH. Il n'était pas certain des dates,

³⁹ Page GD2-150.

⁴⁰ Page GD2-150.

⁴¹ Pages GD2-166, GD2-168, GD2-179 et GD2-430.

⁴² Pages GD2-292 à GD2-294.

⁴³ Pages GD2-790 à GD2-792.

⁴⁴ Pages GD2-119 à GD2-123.

⁴⁵ Page GD2-791.

⁴⁶ Le requérant m'a fait part des noms des médicaments qu'il prend actuellement.

mais pensait que les évaluations avaient eu lieu vers la fin de l'année 2018. Le requérant a affirmé que quelqu'un du CAMH avait recommandé qu'il remplace le Cymbalta par du Zoloft et qu'il essaie le Cesamet (du nabilone). Il a dit avoir essayé le Zoloft et le Cesamet, mais qu'il ne les tolérait pas. Le Zoloft faisait en sorte qu'il pensait constamment à la mort, et le Cesamet le rendait euphorique et avait un effet *high*, mais ne soulageait aucunement sa douleur. Je n'ai aucun rapport du CAMH (et je traiterai de cela sous peu), mais j'admets le fait que le requérant a essayé les médicaments qui lui avaient été prescrits. J'affirme cela, car le requérant a suivi, en grande partie, les recommandations de médicaments dans le passé.

[36] La seule modalité de traitement qui n'a pas été suivie par le requérant est le programme de gestion de la douleur fonctionnelle. En avril 2016, le requérant a fait l'objet d'une évaluation afin de déterminer s'il pouvait bénéficier de ce programme. Les évaluateurs ont conclu qu'il était un candidat approprié et qu'il pourrait y participer à temps plein pendant 30 jours⁴⁷. Le requérant a assisté au programme pendant 11 jours, pour ensuite l'abandonner. J'ai demandé au requérant pourquoi il avait abandonné si tôt, et il a répondu qu'il s'était blessé au dos alors qu'il assistait au programme, et qu'il avait trop mal pour continuer. Il a également dit qu'il n'avait constaté aucune amélioration au cours de ses 11 jours de traitement et estimait que l'ensemble des activités exacerbait sa douleur.

[37] Bien que la décision du requérant d'abandonner le programme de gestion de la douleur fonctionnelle est troublante, elle ne nuit pas à son appel. J'affirme cela pour cinq raisons. Premièrement, le requérant a *essayé* de participer au programme (même si ce n'a été que pour 11 jours). Il ne s'agit pas d'un cas où, par exemple, le requérant n'aurait pas tenté d'y participer. Deuxièmement, au moment où le requérant avait commencé le programme de gestion de la douleur fonctionnelle, il avait déjà suivi le programme complet de traitement de la douleur et s'était présenté à la clinique de traitement de la douleur Allevio, et tout cela n'avait entraîné qu'une faible amélioration de ses symptômes. Troisièmement, le pronostic du requérant en ce qui a trait à l'amélioration de son état de fonctionnement grâce au programme n'était pas trop optimiste. En fait, les évaluateurs ont décrit le pronostic comme étant [traduction] « satisfaisant⁴⁸ ». Quatrièmement, les évaluateurs ont déclaré qu'au cours du programme, le

⁴⁷ Page GD2-148.

⁴⁸ Page GD2-149.

requérant n'a pas démontré avoir ressenti de bienfaits subjectifs ou objectifs⁴⁹. Cela est conforme au témoignage du requérant selon lequel il n'avait constaté aucune amélioration.

Cinquièmement, le requérant a des problèmes de santé mentale, et autour de la date à laquelle il a abandonné le programme, il avait expliqué à un psychiatre qu'il se sentait dépassé par les suggestions de traitement et qu'il voulait prendre une pause⁵⁰.

[38] Après avoir abandonné le programme de gestion de la douleur fonctionnelle, le requérant a été évalué à nouveau par un médecin du programme complet de traitement de la douleur, et on lui a dit à ce moment-là (octobre 2016) que le programme n'avait pas d'autres traitements médicaux à lui offrir. Cependant, on lui a dit que de nouveaux programmes⁵¹ seraient lancés au début de l'année 2017 et que son nom serait mis sur la liste d'attente de ces programmes⁵². J'ai demandé au requérant s'il avait participé à l'un de ces programmes, et il a répondu non. Il a dit qu'il était sur la liste d'attente, mais qu'on n'avait pas communiqué avec lui à ce sujet. Je ne suis pas au courant de l'existence d'éléments de preuve démontrant que quelqu'un avait en fait communiqué avec le requérant au sujet de ces programmes (après leur lancement), et par conséquent, je ne peux pas le blâmer de ne pas avoir essayé ces modalités.

L'invalidité du requérant est grave

[39] Le requérant a déclaré que quelqu'un du CAMH lui avait dit que si les recommandations relatives à la modification de ses médicaments ne fonctionnaient pas (et il a dit qu'elles ne fonctionnaient pas), alors il ne serait plus jamais en mesure de travailler. Je ne suis saisie d'aucun rapport du CAMH, et par conséquent, je ne suis pas en mesure de confirmer le témoignage du requérant. Le représentant du requérant a laissé entendre qu'il était possible qu'un rapport du CAMH n'ait pas été soumis, car il était très récent et ne datait pas de l'une des PMA. Je reconnais que les évaluations semblent avoir eu lieu plusieurs années après la fin des PMA, mais je considère que cette preuve est quand même pertinente. Pour que son appel soit accueilli, le requérant doit démontrer qu'il était atteint d'une invalidité grave et prolongée, soit en 2015 (au

⁴⁹ Page GD2-115.

⁵⁰ Page GD2-122.

⁵¹ Les programmes comprenaient un programme de réduction du stress par la pleine conscience, un programme d'autogestion de la douleur et un programme thérapeutique sur l'acceptation et l'engagement.

⁵² Page GD2-136.

plus tard en mai) ou en 2016 (au plus tard en mars), et qu'il est demeuré invalide de *manière continue* jusqu'à la date de l'audience.

[40] Puisque je n'ai pas de rapport du CAMH, j'hésite à accepter le résumé du requérant des conclusions faites par le CAMH en ce qui a trait à sa capacité de travail. Je dis cela, car j'ai quelques préoccupations au sujet de la crédibilité de la preuve du requérant. Il m'a dit, par exemple, qu'après avoir quitté l'école secondaire et avant de commencer à travailler pour X, il avait détenu plusieurs emplois, que la plupart de ces emplois étaient à temps plein, qu'il avait détenu la majorité d'entre eux pendant environ un an, et qu'il avait conservé deux des emplois pendant environ trois ans. Je ne crois pas que les antécédents professionnels du requérant soient aussi solides qu'il les décrit. Son registre des gains n'appuie tout simplement pas son témoignage. Son registre des gains indique uniquement quatre années de cotisations valides au RPC, soit en 2008, en 2011, en 2012 et en 2014⁵³. J'ai donné l'occasion au requérant de fournir des commentaires au sujet de ces divergences, mais il n'a pas été en mesure d'expliquer pourquoi son registre des gains indique très peu d'activités professionnelles avant 2008.

[41] Compte tenu de mes doutes au sujet de la crédibilité de la preuve du requérant concernant ses antécédents professionnels, j'ai examiné la question à savoir si, de façon semblable, d'autres aspects de la preuve n'étaient pas crédibles. En fin de compte, j'estime qu'il n'est pas raisonnable de déduire simplement que parce que le requérant a probablement exagéré lorsqu'il a parlé de ses antécédents professionnels, il aurait également exagéré en parlant de sa douleur et de ses limitations. Les professionnels de la santé qui ont vu le requérant n'ont pas remis en question l'authenticité des problèmes du requérant, et ils n'ont pas laissé entendre que le requérant feignait ou exagérait ses symptômes. Je tiens également à noter que le Dr Light a signalé, en mai 2015, que le requérant n'était certainement pas un fainéant et qu'il était très motivé à essayer des traitements⁵⁴.

[42] Je me penche maintenant sur la preuve médicale au dossier qui porte sur les niveaux de tolérance au travail. La preuve, lorsqu'elle est prise dans son ensemble, indique que le requérant

⁵³ Page GD3-13.

⁵⁴ Page GD2-85.

a commencé à souffrir d'une invalidité qui l'a rendu régulièrement incapable de détenir une occupation véritablement rémunératrice, et ce, seulement quelques mois après s'être blessé.

[43] En août 2015, le requérant a été évalué par le Dr Elmaraghy (chirurgien orthopédiste) et Joanne Hill (physiothérapeute) à la clinique spécialisée de rétablissement pour épaules et coudes. Les évaluateurs ont conclu qu'à ce moment-là, seules les activités de type sédentaire seraient raisonnables et que le requérant devrait éviter de soulever de lourdes charges, de porter ou pousser des charges, de tirer une charge vers lui, d'effectuer du travail au-dessus du torse, d'utiliser à répétition son bras gauche en extension loin de son corps, d'agripper un objet de façon répétitive ou vigoureuse, de se tordre, de fléchir le coude de manière répétitive, de fléchir ou d'exercer une pression directe sur le coude ainsi que se soumettre à des vibrations, de subir des forces d'impact⁵⁵. En septembre 2015, les mêmes évaluateurs ont conclu que les restrictions professionnelles du requérant demeuraient les mêmes, mais ils ont ajouté que si un emploi approprié de type sédentaire devenait disponible, il serait sécuritaire pour le requérant de l'exercer⁵⁶.

[44] Bien que la preuve du Dr Elmaraghy et de Mme Hill indique une capacité de travail (même si ce n'est qu'à un niveau sédentaire), elle ne permet pas de trancher la question. La raison est que les évaluateurs n'ont traité que d'un aspect de l'invalidité du requérant, soit l'aspect physique. Si l'on tient compte de l'autre composante de son invalidité, soit sa santé mentale, je ne suis pas en mesure de conclure que le requérant était (et est) capable d'exercer un emploi sédentaire. En mai 2015 (seulement quelques mois avant que le requérant ne soit évalué par le Dr Elmaraghy et Mme Hill), le Dr Light avait conclu que l'évaluation de la santé mentale du requérant indiquait de graves déficiences au niveau de son état de fonctionnement, accompagnées de symptômes qui avaient des répercussions sur tous les aspects de sa vie⁵⁷. Ni la santé physique ni la santé mentale du requérant ne s'est améliorée de façon importante après cela. En mars 2016, le Dr Kirsh a signalé que le requérant était maintenant atteint d'une dépression grave et avait de la difficulté avec ses niveaux d'énergie et de concentration. Le Dr Kirsh n'a pas mentionné que le requérant n'était pas capable de travailler, mais il n'a

⁵⁵ Page GD2-278.

⁵⁶ Page GD2-265.

⁵⁷ Page GD2-82.

certainement pas donné l'impression que le requérant avait une quelconque capacité à ce chapitre. Encore une fois, comme je l'ai mentionné précédemment, le Dr Kirsh a conclu que le syndrome de douleur extrêmement difficile du requérant constituait un obstacle majeur dans sa vie et que ce dernier n'avait pas appris à contourner cet obstacle⁵⁸.

[45] L'invalidité du requérant ne s'est pas améliorée après cela. En septembre 2017, la Dre Mobilos a signalé que l'invalidité mentale du requérant s'est avérée aussi invalidante que ses symptômes physiques⁵⁹, et en août 2019, elle a déclaré que le requérant était complètement invalide (physiquement et mentalement) depuis 2015⁶⁰. Les opinions de la Dre Mobilos méritent qu'on leur accorde du poids, puisqu'elle est le médecin de famille du requérant depuis 2010 (avant qu'il se blesse), elle l'a vu régulièrement, et en tant que médecin de famille, elle est bien placée pour formuler des commentaires au sujet de l'ensemble des problèmes de santé du requérant.

[46] Au moment d'évaluer la capacité de travail du requérant, j'ai tenu compte de son âge, de son niveau de scolarité, de ses aptitudes linguistiques, de ses antécédents professionnels et de son expérience de vie. Ces facteurs sont importants, car ils m'aident à comprendre à quel point il est réaliste de penser que le requérant puisse travailler⁶¹.

[47] À l'époque de la PMA dont la date de fin était en mars 2016, le requérant n'avait que 37 ans. Il avait donc plusieurs années devant lui avant d'atteindre l'âge normal de la retraite. De plus, le requérant maîtrise au moins une des deux langues officielles du Canada. Malgré ces caractéristiques, le requérant n'a pas un haut niveau d'éducation (il a dit avoir quitté l'école avant de terminer sa 11^e année), et comme je l'ai mentionné précédemment, ses antécédents professionnels ne sont pas solides ou nombreux. Compte tenu de ses degrés élevés de douleur et de ses problèmes de santé mentale (nuisant à ses niveaux de concentration et d'énergie, à son sommeil et à sa motivation), se recycler était (et est) irréaliste.

⁵⁸ Page GD2-791.

⁵⁹ Page GD2-66.

⁶⁰ Page GD9-2.

⁶¹ *Villani c Canada (Procureur général)*, 2001 CAF 248.

Invalidité prolongée

[48] Au cours des premiers mois qui ont suivi la blessure du requérant, son pronostic était assez bon. Par exemple, en mars 2015, le chirurgien du requérant a affirmé qu'avec des traitements, son SDRC se dissiperait⁶². En ce qui a trait à sa santé mentale, le Dr Light a signalé, en mai 2015, que le pronostic du requérant était favorable⁶³.

[49] En mars 2016, le pronostic du requérant était bien moins optimiste. À l'époque, le Dr Kirsh a signalé que, compte tenu de l'état actuel du requérant, il aurait besoin de traitements de psychothérapie pendant deux autres années. Cela est important, particulièrement en raison du fait que le requérant avait commencé à voir le Dr Light en mai 2015.

[50] Le requérant a continué de voir le Dr Light après le mois de mars 2016 (aussi souvent que la couverture offerte par la CSPAAAT le permettait), et malgré ces efforts, son état ne s'est pas amélioré. En mai 2017, le Dr Light a déclaré que le requérant n'avait pas atteint le seuil de rétablissement maximal sur le plan médical, mais qu'il ne le soignait plus, car il avait épuisé son nombre de séances de traitement approuvées⁶⁴. En septembre 2017, la Dre Mobilos a signalé que le pronostic du requérant allait de sévère à sombre⁶⁵.

[51] Prise dans son ensemble, la preuve démontre que l'invalidité du requérant dure sur une période longue, continue et indéfinie, et était probablement comme cela en mars 2016.

CONCLUSION

[52] Le requérant est atteint d'une invalidité grave et prolongée. Bien qu'il ait reçu un diagnostic de SDRC et de problème de santé mentale entre le 1^{er} janvier et le 31 mai 2015, je ne peux pas conclure que son invalidité était devenue prolongée à cette époque puisque son pronostic était favorable et qu'il ne faisait que commencer son traitement.

⁶² Page GD2-90.

⁶³ Page GD2-85.

⁶⁴ Page GD2-293.

⁶⁵ Page GD2-66.

[53] Son invalidité est vraisemblablement devenue *grave et prolongée* en mars 2016, soit le mois au cours duquel le Dr Kirsh a rédigé son rapport.

[54] Aux fins du paiement, la date à laquelle une personne est réputée être devenue invalide ne peut être antérieure à la période de 15 mois précédant la date de la demande⁶⁶. La date de la demande du requérant est en septembre 2017, et par conséquent, il est réputé être devenu invalide en juin 2016. Les paiements commencent quatre mois après la date présumée de l'invalidité⁶⁷. Quatre mois après le mois de juin 2016 est le mois d'octobre 2016.

[55] L'appel est accueilli.

Shannon Russell
Membre de la division générale – Section de la sécurité du revenu

⁶⁶ RPC, article 42(2)(b).

⁶⁷ *Règlement sur le Régime de pensions du Canada*, article 69.