



Tribunal de la sécurité  
sociale du Canada

Social Security  
Tribunal of Canada

Citation : *MP c Ministre de l'Emploi et du Développement social*, 2016 TSSDGSR 586  
Numéro de dossier du Tribunal : GP-14-1621

ENTRE :

**M. P.**

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 : Jude Samson

DATE DE L'AUDIENCE : 13 octobre 2016

DATE DE LA DÉCISION : 28 octobre 2016

## MOTIFS ET DÉCISION

### COMPARUTIONS

Appelante : M. P.

G. F. (représentante)

Intimé : Observations écrites seulement

### APERÇU

[1] Le 18 mars 2005, l'appelante a été impliquée dans un accident de la route. À l'époque, elle avait 34 ans et sa fille était encore très jeune. Depuis l'accident, elle vit des séquelles importantes qui répercutent sur son fonctionnement. Ses tentatives de retour au travail après l'accident ont échoué.

[2] Le 20 juin 2007, l'appelante a présenté sa première demande de pension d'invalidité du *Régime de pensions du Canada (RPC ou Loi)*, mais cette demande a été refusée lors de la détermination initiale ainsi que lors du réexamen. L'appelante a interjeté appel contre la décision découlant du réexamen, mais l'appel a été rejeté par le Bureau du Commissaire des tribunaux de révision (BCTR) à la suite d'une audience tenue le 17 août 2010. Selon le BCTR, la période minimale d'admissibilité (PMA) de l'appelante avait pris fin le 31 décembre 2007.

[3] Le 25 octobre 2013, l'appelante a présenté une deuxième demande de pension d'invalidité. Cette fois-ci, la clause d'exclusion pour élever des enfants (CEEE) a été appliquée et la PMA de l'appelante était prolongée au 31 décembre 2009. La deuxième demande a aussi été refusée lors de la détermination initiale ainsi que lors du réexamen. C'est la décision relative au réexamen en date du 20 août 2014 qui fait l'objet de cet appel devant le Tribunal de la sécurité sociale (le Tribunal).

[4] Pour les raisons qui suivent, l'appel est rejeté.

## FAÇON DE PROCÉDER

[5] Le présent appel a procédé par téléconférence pour les raisons suivantes :

- a) le service de vidéoconférence n'est pas disponible à une distance raisonnable de la région où réside l'appelante ;
- b) les questions en litige sont complexes ;
- c) il manque de l'information au dossier ou il est nécessaire d'obtenir des clarifications ;
- d) la façon de procéder est celle qui permet le mieux de traiter les incohérences que pourrait contenir la preuve ; et
- e) 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.

[6] Initialement, la tenue d'une audience dans le présent appel était prévue pour le 31 mars 2016, mais l'appelante a demandé un ajournement parce qu'elle avait constaté qu'il manquait de l'information à son dossier. L'ajournement a été accordé et l'audience était reportée au 21 juin 2016 (GD0A). Entre temps, l'appelante a déposé le document GD12, ce qui comprend, entre autres, un résumé du dossier en ordre chronologique qui avait pour but de mettre en relief la détérioration de la condition physique et mentale de l'appelante, et ce à partir de l'année 1991.

[7] L'audience a débuté le 21 juin 2016, mais le Tribunal a noté dès le départ que l'appelante avait fait référence dans sa chronologie à des documents que le Tribunal n'avait jamais reçus. Alors, l'audience a été reportée une deuxième fois, au 13 octobre 2016, et s'est poursuivie comme prévu cette journée-là.

[8] À la suite du deuxième ajournement, l'appelante a déposé le document GD15 auprès du Tribunal. Ce document de 733 pages est, en effet, le dossier d'appel qui existait devant le BCTR, ce qui peut créer une certaine confusion parce que chaque page a maintenant été numérotée deux fois. Par exemple, dans la chronologie préparée par l'appelante qui commence à

la page GD12-39, elle fait référence aux numéros de page marqués par le BCTR, tandis que dans cette décision, le Tribunal utilise plutôt les numéros de page plus récemment ajoutés (ex. GD15-1). Malheureusement, les numéros ne sont pas les mêmes.

## **DROIT APPLICABLE**

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

- a) n'a pas atteint l'âge de 65 ans ;
- b) ne touche pas une pension de retraite du RPC ;
- c) est invalide ;
- d) a versé des cotisations valides au RPC pendant au moins la PMA.

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

[11] Aux termes de l'alinéa 42(2)*a*) de la *Loi*, pour être invalide, une personne doit être atteinte d'une invalidité physique ou mentale grave et prolongée. Une personne est considérée atteinte d'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**

[12] Pour une raison que le Tribunal ne connaît pas, au moment de la première demande de l'appelante pour une pension d'invalidité, on n'avait pas appliqué la CEEE (GD2-9). Celle-ci a eu pour effet de prolonger la PMA de l'appelante du 31 décembre 2007 au 31 décembre 2009. L'appelante ne conteste pas cette nouvelle date et le Tribunal a également conclu que la PMA a pris fin le 31 décembre 2009.

[13] L'appelante convient également qu'en vertu du principe de la chose jugée (*res judicata*), le Tribunal ne peut pas remettre en question la décision rendue antérieurement par le BCTR (*Canada (MDRH) c. Macdonald*, 2002 CAF 48 et *Belo-Alves v. Canada (P.G.)*, 2014 CF 1100). Comme point de départ alors, le Tribunal présuppose que l'appelante n'était pas atteinte d'une invalidité grave et prolongée au 31 décembre 2007.

[14] Par conséquent, le Tribunal doit dans la présente affaire décider s'il est plus probable que non que l'appelante est devenue invalide au sens du RPC entre le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 31 décembre 2009.

[15] Il incombe à l'appelante de prouver son invalidité pendant la période pertinente et de façon continue par la suite.

### **RÉSUMÉ DE LA PREUVE**

[16] La demande de prestations d'invalidité de l'appelante est fondée sur une douleur chronique au dos qui affecte sa jambe gauche et qui a entraîné une dépression (GD2-60). Elle a déclaré qu'après son accident de la route en mars 2005, elle a dû quitter son emploi au service alimentaire d'un hôpital, un poste qu'elle détenait depuis 1999. Dans le questionnaire relatif aux prestations d'invalidité de l'appelante, elle a signalé plusieurs limitations fonctionnelles auxquelles elle doit faire face (GD2-61).

[17] Le Tribunal a considéré l'ensemble du dossier y compris la preuve orale et documentaire. Les éléments de preuve les plus pertinents, selon le Tribunal, sont résumés ci-après.

### **La décision du BCTR**

[18] Après deux demandes d'ajournement présentées par l'appelante avaient été accordées, l'appel a été instruit le 17 août 2010 par trois membres du BCTR lors d'une audience par comparution en personne (GD7). Comme on a mentionné ci-dessus, le BCTR s'est demandé si l'appelante était atteinte d'une invalidité aux termes du RPC au plus tard le 31 décembre 2007 (GD7-5). L'appel était rejeté le 3 novembre 2010. En arrivant à cette conclusion, le BCTR s'est fié surtout à :

- a) une analyse des compétences polyvalentes qui a pu trouver plusieurs emplois d'un niveau sédentaire qui respectaient les limitations de l'appelante ;
- b) un manque de rapports médicaux soulignant un problème médical grave, y compris l'opinion de la Dre Dupuis déclarant que l'appelante pourrait faire un travail sédentaire ;  
et
- c) le témoignage de l'appelante voulant qu'elle s'occupe de plusieurs tâches ménagères chez sa mère (avec qui elle habite) et que ces tâches demandent un effort raisonnable de la part de l'appelante.

[19] Le BCTR a examiné des éléments de preuve datant de 2005 au 9 mars 2010 et a conclu qu'au 31 décembre 2007, la condition de l'appelante n'était pas grave à un point qui la rend régulièrement incapable de détenir une occupation véritablement rémunératrice (GD7-16).

### **La preuve de l'appelante**

[20] Lors de l'audience, l'appelante a témoigné très peu. Au lieu, sa représentante s'est fiée davantage à la preuve documentaire.

[21] Selon l'appelante, son état s'est détérioré de façon continue depuis l'accident de la route en 2005. Elle a fait tout ce que ses médecins lui ont demandé de faire sans aucune amélioration. En 2006, elle a tenté de retourner au travail de façon progressive et elle a essayé de se recycler en suivant un cours de stérilisation, mais elle n'a pas été capable.

[22] Puisque l'appelante recevait l'aide sociale, elle a déclaré qu'elle devait postuler pour plusieurs emplois dans la région, mais qu'elle n'a jamais trouvé un employeur qui pourrait l'accommoder. Sa représentante a dit qu'elle avait à son dossier au moins 15 lettres de refus d'employeurs potentiels. De septembre 2011 à mai 2012, elle a aussi été cliente chez X, une agence gouvernementale conçue pour aider les gens à se remettre au travail (GD3-2). Cette agence avait proposé à l'appelante de faire une journée d'ateliers, mais l'appelante a dit qu'elle ne pourrait pas participer à ces ateliers pendant une journée au complet. Finalement, son dossier a été fermé (GD3-3) « puisque ses objectifs ne sont pas réalistes. »

[23] Le Tribunal a posé plusieurs questions pour savoir comment l'état de l'appelante s'était détérioré dans les années 2008 et 2009, mais l'appelante avait beaucoup de difficulté à répondre à ces questions sauf pour dire que son état s'est empiré de façon continue. Elle ne pouvait pas, par exemple, signaler des limitations fonctionnelles qui se sont présentées ou empirées en 2008 et en 2009. Elle a témoigné, par exemple, qu'elle ne peut plus faire un grand ménage comme elle le faisait auparavant. Mais quand le Tribunal lui a demandé quand était la dernière fois qu'elle avait fait ce genre de grand ménage, elle a répondu que c'était avant l'accident en 2005.

### **La preuve médicale**

[24] La demande de pension d'invalidité de l'appelant fut accompagnée par un rapport médical rempli le 24 octobre 2013 par son médecin de famille, la Dre Isabelle Dupuis, qui suit l'appelante depuis 1991 (GD2-66). La Dre Dupuis a diagnostiqué chez l'appelante un « conflit vertébro-ligamentaire région dorso-lombaire » et a indiqué qu'elle souffre de douleurs cervico-dorso-lombaires depuis 1994 et d'un état dépressif. Elle a fait référence au rapport d'un orthopédiste, le Dr Philippe Perkins, et a conclu, comme d'autres spécialistes l'ont fait, qu'il est peu probable que l'appelante puisse se trouver un autre emploi (GD2-69).

[25] Le 3 avril 2006, l'appelante a été évaluée par un physiatre, le Dr Smith (GD15-504 à 506). D'après celui-ci, l'appelante accusait des douleurs dans le bas et le haut du dos, sans irradiation aux jambes. Ses douleurs étaient aggravées par l'activité et le temps humide. Il a rapporté les diagnostics suivants (GD15-504) :

[TRADUCTION À LA PAGE GD3-6]

1. Accident de circulation avec décélération/forces de flexions ;
2. Blessures des tissus mous du cou et du dos secondaire à l'accident de voiture ;
3. Douleurs myofaciales et douleurs mécaniques du dos secondaires à l'accident de voiture ;
4. Problèmes de posture incluant une marquante avancée du cou, une augmentation d'une cyphose thoracique et faiblesse des stabilisateurs majeurs de la partie lombaire contribuant aux problèmes des douleurs mécaniques du dos ;
5. Déconditionnement ; et

## 6. Obésité.

[26] Le Dr Smith a alors demandé une IRM lombaire, ce que l'appelante a subi le 5 octobre 2006, mais qui n'a montré aucune particularité sauf une légère arthropathie des facettes (GD15-87). Lors d'un suivi en date du 14 novembre 2006 (GD15-88), le Dr Smith était d'avis que l'appelante n'était pas encore prête pour reprendre son travail comme cuisinière, donc il a recommandé, soit un programme d'exercice qui pourrait augmenter la capacité fonctionnelle de l'appelante ou une réorientation vers un travail sédentaire.

[27] Le 12 avril 2007, l'appelante était évaluée par un deuxième physiatre, le Dr Béliveau (GD15-167). À cette époque, l'appelante a indiqué que sa douleur se manifestait maintenant dans la fesse et la cuisse gauche et qu'elle était souvent incommodée par la douleur la nuit. Dans son rapport, le Dr Béliveau a noté que l'appelante a eu de nombreuses séances de physiothérapie, de réadaptation, de chiropraxie, de blocs facettaires et l'on a même ajusté les orthèses dans ses chaussures. Il a conclu comme suit (GD15-168) : « Aujourd'hui nous pouvons parler d'un simple dérangement intervertébral mineur lombaire associé à une atteinte facettaire, sans aucune composante discale. Il me semble y avoir une importante discordance au tableau clinique. »

[28] Le 28 septembre 2007, le psychologue clinicien, M. Richard Bérubé, a rédigé un rapport très complet au sujet de l'appelante (GD3-4). D'après le témoignage de l'appelante, elle a plutôt consulté ce psychologue aux fins d'obtenir ce rapport, mais selon les notes évolutives de la Dre Dupuis, elle était suivie par ce monsieur depuis juin 2006, tous les uns ou deux semaines (GD15-251 et 253).

[29] Dans le rapport de M. Bérubé, les douleurs de l'appelante ont été rapportées comme suit (GD3-5) :

Les résultats démontrent que la douleur de la cliente se situe à 5 sur une échelle de 0 à 10 ou 0=aucune douleur et 10=une douleur insoutenable lorsque la cliente ne fait rien. La douleur augmente à un niveau de 7 lorsque le temps est humide et en fin de journée. [L'appelante] ressent de la douleur tous les jours qui s'étend à partir de la fesse gauche jusqu'au milieu du dos. La douleur est continue, mais elle varie en intensité. Elle s'apparente en une pesanteur ou des tremblements internes sous forme de points de pression. L'utilisation d'un appareil « Tens » et d'un « wedge » pour lui soulever les jambes lorsqu'elle est couchée peut temporairement soulager la douleur. Le mouvement va faire

varier l'intensité de la douleur. Les choses suivantes vont augmenter l'intensité de la douleur : le temps humide, passer l'aspirateur, rester debout longtemps, rester assise longtemps, marcher de longues distances, et conduite sur de longues distances.

Associée à sa condition physique, elle se dit nerveuse en voiture ; hypervigilante ; tendue ; et manque d'attention/concentration. Elle dort assez bien, car elle se lève reposée. Elle est très émotionnelle en vivant des sautes d'humeur, de l'irritabilité, de l'anxiété et de la tristesse. Les contacts sociaux sont limités. L'appétit est bon à un point tel qu'elle mange ses émotions. De plus, [l'appelante] se sent isolée, car ses activités sont limitées et elle ne peut pas suivre les autres.

[30] L'appelante a aussi indiqué à M. Bérubé que son état psychologique semble vouloir se détériorer depuis décembre 2006. En septembre 2007, M. Bérubé a posé les diagnostics suivants (GD3-9) :

**Axe I : Trouble Clinique ou autre situation qui peut faire l'objet d'un examen clinique.**

309.81 État de stress post-traumatique ;

724.3 Trouble douloureux associé à une affection médicale générale : chronique

309.28 Trouble de l'adaptation avec à la fois anxiété et humeur dépressive

**Axe II : Trouble de la personnalité ou retard mental.**

Traits de personnalité dépendants.

**Axe III : Affection médicale générale**

Douleurs dorsales.

**Axe IV : Problèmes psychosociaux et environnementaux**

Problèmes avec le groupe de support principal : accident de voiture, problèmes de santé et pertes de capacité physique. Problèmes professionnels : revenu inadéquat, incapacité de faire son travail et perte de son emploi.

**Axe V : Échelle d'évaluation pour fonctionnement global pour adultes.**

41 : Symptômes importants du fonctionnement social et professionnel

[31] M. Bérubé a conclu que l'appelante présentait des séquelles physiques et psychologiques à la suite de l'accident de mars 2005 et que ces séquelles l'empêchaient de retourner à son travail comme cuisinière et d'entreprendre tout autre emploi. En arrivant à cette conclusion, M. Bérubé a aussi constaté que l'appelante avait des problèmes de concentration et d'attention importants et une capacité académique modeste (GD3-13). Il a recommandé 20 séances thérapeutiques d'une durée d'une heure.

[32] D'après une note évolutive du 13 mai 2008, la Dre Dupuis a discuté du dossier de l'appelante avec le Dr David ainsi (GD15-261) : « étant donné peu d'améliorations [avec] infiltrations, suggère opinion ortho : Dr Éfoé. »

[33] L'évaluation par l'orthopédiste, Dr Éfoé, a eu lieu le 29 mai 2008 (GD2-139). Il a noté que l'appelante était traitée avec le Lyrica, le Celebrex et le Flexeril. Il a innocenté une bursite trochantérienne, un diagnostic qui avait été posé antérieurement et traité par des infiltrations aux corticoïdes, mais ceux-ci n'ont pas entraîné de soulagement. Le Dr Éfoé a examiné une imagerie IRM (qui ne semble pas être au dossier d'appel) qui a révélé « des arthroses des apophyses articulaires au niveau lombaire et des bombements des disques avec une suspicion de conflit radiculaire. » Il a discuté du dossier avec le radiologue et ils se sont convenu à faire une autre IRM pour pouvoir comparer les résultats. Entre temps, il a recommandé une médication à type de psychotrope, une reprise de la physiothérapie, l'arrêt des anti-inflammatoires non stéroïdiens, et l'arrêt des infiltrations à répétition.

[34] La prochaine IRM a eu lieu le 26 août 2008 avec le but d'établir s'il y avait un conflit radiculaire gauche (GD15-164). Ensuite, l'appelante a été revue par le Dr Éfoé le 16 septembre 2008 et il a rapporté ce qui suit (GD15-161) :

J'avais demandé un MRI pour éliminer un conflit disco-radiculaire gauche. Ce MRI réalisé le 26 août 2008 ne montrait pas de hernie discale ne de conflit radiculaire. Cette dame

souffre probablement d'une lombalgie commune avec une forte connotation psychologique et d'anxiété. J'avais préconisé, dans sa prise en charge, la prescription d'un psychotrope, notamment dans la famille des amitriptylines. Je pense que la dernière chose à faire chez cette dame est une consultation neurologique pour éliminer un problème médullaire, notamment le début d'une sclérose en plaques, pourquoi pas ? C'est le seul diagnostic qui nous reste à éliminer. Je ne lui donne plus de rendez-vous en clinique d'orthopédie, cependant, je suis toujours disposé pour toute discussion à propos du cas de cette dame.

[35] Cette évaluation en neurologie a été faite le 19 novembre 2008 par le Dr Vaucher (GD15-169). À cette époque, la Dre Dupuis avait ajouté le médicament Elavil à ceux qui sont mentionnés ci-dessus. Selon le Dr Vaucher, il n'y avait pas d'évidence d'atteinte radiculaire, les études électrophysiologiques étaient entièrement normales, il n'y avait rien qui pourrait suggérer une maladie démyélinisante, et l'examen neurologique était entièrement normal. Il a soulevé la possibilité d'un syndrome de la charnière dorsolombaire, ce que la Dre Dupuis a discuté avec le Dr Éfoé (GD15-170).

[36] Vers le mois de décembre 2008, l'appelante a indiqué à la Dre Dupuis qu'elle n'avait plus les moyens pour payer les services de M. Bérubé (GD15-264). Elle a alors été référée aux Services régionaux de santé mentale communautaires et, en septembre 2009, son dossier a été assigné à une travailleuse sociale, Andrée Marquis. Le Tribunal a ressorti les points importants qui suivent du rapport de Mme Marquis en date du 2 janvier 2010 (GD2-84) :

- a) l'appelante a peu d'éducation et aurait eu des difficultés scolaires dans le passé, ce qui explique pourquoi elle aurait opté pour des emplois plutôt manuels ;
- b) à l'époque, l'appelante se plaignait de la symptomatologie suivante : douleur chronique et spasmes musculaires au dos, trouble de sommeil causé par le tableau douloureux, vit de l'irritabilité, de la fatigue, perte d'appétit, sentiment d'inutilité et d'impuissance, perte d'énergie et d'intérêt, diminution du plaisir face aux activités qu'elle aimait auparavant. Elle éprouvait aussi une tristesse face à sa perte d'autonomie et de la difficulté à maîtriser les inquiétudes causées par la présence de plusieurs stressors psychosociaux, tels les problèmes économiques.

[37] Mme Marquis était d'avis que l'appelante ne pourrait pas remplir les exigences d'un travail sédentaire (GD2-86) « car le déficit physique et la dépression font qu'elle pourrait facilement se retrouver en épuisement vu sa capacité réduite, sa fatigue chronique et son manque d'énergie. » Mme Marquis a noté que l'appelante vivait cette situation depuis quatre ans sans amélioration au niveau de ses capacités fonctionnelles. Elle a recommandé que l'appelante poursuive des sessions thérapeutiques en santé mentale, qu'elle continue à prendre des sessions au niveau de la gestion de la douleur, et qu'elle continue à être suivie par son médecin de famille pour apporter une pharmacothérapie appropriée.

[38] Dans une lettre adressée à un avocat en date du 29 mars 2012, la Dre Dupuis a décrit l'état de l'appelante comme suit (GD12-5) : « Cette patiente souffre de lombalgie chronique. Il s'agit d'un dérangement intervertébral mineur lombaire avec atteinte facettaire. Elle présente également une bursite à la hanche gauche. Un état anxio-dépressif est associé aux douleurs chroniques. » Elle a reconnu l'évaluation de la capacité fonctionnelle qui a été faite en 2005 et qui a conclu que l'appelante avait la capacité de faire un travail sédentaire avec certaines habilités du niveau léger, mais a aussi soulevé les opinions de M. Bérubé et Mme Marquis voulant que l'appelante aura de la difficulté à s'orienter vers un nouveau métier.

[39] Peu importe qu'il a été préparé après l'expiration de la PMA de l'appelante, la représentante de l'appelante fait valoir que l'opinion du Dr Perkins, « le plus grand Orthopédiste dans la région », doit être accordé une importance particulière (GD2-71 à 83). Le rapport du Dr Perkins commence en donnant un historique utile du dossier et décrit de nombreux traitements tentés par l'appelante telles la massothérapie, la physiothérapie, la chiropraxie, l'acuponcture et la pharmacothérapie.

[40] Quant aux douleurs de l'appelante, le Dr Perkins a rapporté ce qui suit :

- a) À la page GD2-76 : « La patiente nous précise qu'elle est demeurée toujours avec un niveau de souffrance à peu près identique depuis son accident jusqu'à ce jour. »
- b) À la page GD2-76 : « La qualité de la douleur est décrite principalement comme étant une douleur de type raideur et sensation de brûlement à la région inter scapulaire de même qu'au niveau de la région lombaire. Ses douleurs sont exacerbées par certains

mouvements et aussi lorsque la patiente doit demeurer avec une position prolongée. Cette douleur qui était considérée à 100 % au départ a diminué environ à 75 % ou 80 %. Elle se dit souffrante de façon constante. Dans les meilleures journées, la patiente nous rapporte avoir quand même un certain niveau de douleur et qu'aux moments les pires, la douleur est pratiquement 100 % en comparaison de ce qu'elle avait au départ. [...] Elle nous décrit aussi que la douleur lombaire a tendance à amener une irradiation au niveau du rebord latéral de la cuisse gauche. »

- c) À la page GD2-81 : « Nous avons déjà, après une période de sept ans et demi post trauma, un échantillonnage de ce que seront les douleurs dans le futur. La patiente demeure environ à 70 % subjectivement de ses douleurs maximales qu'elle avait au départ. »

[41] Le Dr Perkins a examiné les évaluations radiographiques et a constaté ainsi (GD2-79) : « En révisant le dossier on n'y retrouve aucune anomalie en regard des examens radiologiques simples ainsi que l'examen de résonance magnétique et de CT Scan qui sont dans les limites de la normale. Les examens radiologiques sont à tout fin pratique dans les limites de la normale. On mentionne uniquement une légère scoliose sur les différents examens mais qui n'a aucun intérêt dans le problème ici présent. »

[42] Sous la rubrique « Aspect Social », le Dr Perkins a noté que l'appelante faisait des petits travaux autour de la maison de sa mère et qu'elle pratiquait quelques sports telles la raquette et la natation. Mais depuis l'accident, l'appelante a indiqué qu'elle n'est plus en mesure d'entreprendre aucune de ces activités qu'elle faisait auparavant (GD2-77). Il a conclu ainsi (GD2-79) :

Bien qu'aucun élément radiologique n'ait pu démontrer une fracture ou luxation au niveau du rachis dorsolombaire, [l'appelante] démontre typiquement un problème à la région musculo-ligamentaire du rachis amenant un conflit vertébro-ligamentaire. Ceci peut être résumé en un diagnostic de nature whiplash à la région dorsolombaire. Toutefois il n'y a aucune atteinte neurologique associée.

[43] En ce qui concerne l'invalidité de l'appelante et la probabilité de reprendre un travail rémunérateur, le Dr Perkins a accepté que l'appelante souffre d'incapacités fonctionnelles relativement sévères, mais de nature partielle. Toutefois, il a souligné que le seul fait de

demeurer immobile ou de conserver la même position peut aussi provoquer des douleurs importantes (GD2-80). Il a constaté que l'appelante avait besoin de beaucoup de périodes de repos et de changements de position entrecoupés aux périodes de travail, ce qui entraîne une lenteur d'exécution et un manque de productivité, d'efficacité et de rentabilité (GD2-81 à 82). Il estime, de plus, que le niveau de formation peu élevé de l'appelante l'empêcherait de se recycler (GD2-82).

[44] Il a terminé son rapport en disant qu'il serait sage que l'appelante fasse une demande d'invalidité (GD2-82). Dans une note complémentaire, le Dr Perkins a constaté que l'évaluation radiologique plus approfondie avait démontré clairement (GD2-71) « que la patiente demeure avec un élément spasmodique sévère dû à son traumatisme accidentel. »

## **OBSERVATIONS**

[45] L'appelante fait valoir qu'elle est admissible à une pension d'invalidité parce qu'elle n'a pas été capable de travailler depuis son accident de la route en 2005 et son état s'est détérioré de façon progressive depuis. L'appelante prétend que cette détérioration pendant les années 2008 et 2009 est évidente et souligne surtout les éléments de preuve qui suivent :

- a) l'IRM du rachis lombaire de 2006 par rapport à celle de 2008 ;
- b) les modifications aux traitements pharmacologiques effectuées surtout par la Dre Dupuis ; et
- c) à partir de 2009, l'appelante a eu besoin d'un nombre de traitements psychologique plus important.

[46] L'intimé fait valoir que l'appelante n'est pas admissible à une pension d'invalidité parce que les preuves médicales au dossier ne permettent pas de conclure que son état s'est significativement détérioré et qu'elle soit devenue invalide pendant la période du 1<sup>er</sup> janvier 2008 au 31 décembre 2009. L'intimé souligne surtout les éléments de preuve qui suivent :

- a) les notes évolutives de la Dre Dupuis ne démontrent pas une détérioration de son état ;

- b) la douleur de l'appelante est demeurée à peu près identique depuis l'accident survenu le 18 mars 2005 ; et
- c) au niveau des problèmes de santé mentale, toutes les modalités de traitements n'ont pas été tentées et la preuve au dossier d'appel ne supporte pas l'existence d'une invalidité grave et prolongée.

## **ANALYSE**

[47] Dans la présente affaire, le Tribunal doit décider s'il est plus probable que non que l'appelante est devenue invalide entre le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 31 décembre 2009.

### **Caractère grave**

[48] Le critère de gravité doit être évalué dans un contexte réaliste (*Villani c. Canada (P.G.)*, 2001 CAF 248). Cela signifie qu'au moment de décider si l'invalidité d'une personne est grave, le Tribunal doit tenir compte de l'état du demandeur dans son ensemble et des éléments comme son âge, son niveau d'instruction, ses aptitudes linguistiques, ses antécédents de travail et son expérience de vie (*Villani et Bungay c. Canada (P.G.)*, 2011 CAF 47). La gravité de l'invalidité n'est pas fondée sur l'incapacité du demandeur d'occuper son emploi régulier, mais plutôt sur son incapacité d'occuper une occupation véritablement rémunératrice (*Villani et Patterson c. Canada (P.G.)*, 2009 CAF 178).

[49] C'est la capacité de travailler et non le diagnostic ou la description de la maladie qui détermine la gravité de l'invalidité aux termes du RPC (*Klabouch c. Canada (DS)*, 2008 CAF 33).

[50] Les facteurs socio-économiques, comme les conditions du marché du travail, ne sont pas pertinents dans une décision visant à déterminer si une personne est invalide au sens du RPC (*Canada (MDRH) c. Rice*, 2002 CAF 47).

[51] Ce dossier est assez particulier parce qu'il y a une décision rendue par le BCTR en 2010, statuant sur l'invalidité de l'appelante au 31 décembre 2007, ou avant cette date. Actuellement,

le Tribunal doit décider si l'appelante est devenue invalide en 2008 ou en 2009, basé sur plusieurs éléments de preuve qui ont déjà été évalués par le BCTR.

[52] Le Tribunal reconnaît qu'il y a en ce moment un plus grand nombre de médecins, y compris la Dre Dupuis (GD2-69 et GD12-5) et le Dr Perkins (GD2-74), qui attestent à l'invalidité de l'appelante. Toutefois, même si le Tribunal accepte, aux fins des présentes, que l'appelante était atteinte d'une invalidité grave et prolongée à la date de l'audience, le point de départ pour le Tribunal est nécessairement la décision du BCTR déclarant que l'appelante n'était pas invalide au 31 décembre 2007. Alors le Tribunal doit se demander : est-ce que la balance s'est penchée vers l'invalidité de l'appelante en 2008 ou en 2009 ? Fondé sur la preuve au dossier, le Tribunal n'est pas en mesure de répondre oui à cette question.

[53] Le Tribunal a accordé beaucoup d'importance aux rapports du Dr Smith en date du 5 avril 2006 (GD15-506) et de M Bérubé en date du 28 septembre 2007 (GD3-4), car ils démontrent que les séquelles physiques et psychologiques en rapport à l'accident de la route survenu en 2005, dont plusieurs professionnels de la santé discutent après le 1<sup>er</sup> janvier 2008, étaient toutes présentes avant cette date. Le Tribunal a soigneusement examiné les notes évolutives de la Dre Dupuis en 2008 et 2009 et, comme l'intimé, a constaté qu'ils ne font pas preuve d'une détérioration de l'état de l'appelante pendant cette période.

[54] Bien que l'appelante a consulté un orthopédiste et un neurologue pour la première fois pendant la période pertinente, ces références n'ont pas été faites face à un tableau clinique en évolution, mais en raison des douleurs qui étaient mal comprises et résistantes aux traitements.

[55] L'appelante a subi des IRM du rachis lombaire en 2006 et 2008 et prétend que la comparaison entre ces deux fait preuve d'une détérioration de son état. Voici les résultats des deux examens radiologiques (GD15-87 et 164) :

[TRADUCTION]

<b>IRM du rachis lombaire – 2006</b>	<b>IRM du rachis lombaire - 2008</b>
<p>Plusieurs séquences ont été réalisées dans des plans différents. Taille corporelle et interlignes articulaires normaux. Hydratation du disque normale. Aspect normal des tissus mous prévertébraux et périvertébraux. La partie distale et le cône médullaire de la moelle épinière semblent avoir un aspect normal. Légère arthropathie des facettes, principalement dans la région lombaire inférieure.</p> <p>REMARQUES : Aucune anomalie notable n'a été observée, mis à part une légère arthropathie des facettes principalement localisée dans la région lombaire inférieure.</p>	<p>Bombement discal global modéré en L4-L5 et L5-S1, sans hernie discale focale ni conflit disco radiculaire clair.</p> <p>Hernie intraspongieuse du plateau vertébral inférieur de D11, D12 et L1. Intensité des signaux normale dans la moelle épinière et le cône médullaire. Intensité des signaux normale dans les corps vertébraux et les interlignes articulaires.</p>

[56] Le Tribunal reconnaît que les résultats de ces deux examens sont assez différents, cependant, comme le Dr Smith a expliqué à l'appelante (GD15-504) : [TRADUCTION] « les IRM révèlent couramment de manière fortuite des bombements et même des hernies discales. Une corrélation doit toujours être établie entre le tableau clinique et les résultats de l'imagerie médicale. »

[57] Le Tribunal n'a pas pu tirer de conclusion sur la base de ces examens radiologiques parce qu'ils ne sont pas associés à des changements au tableau clinique de l'appelante. Les rapports des Drs Éfoé et Vaucher n'indiquent pas, par exemple, que les douleurs de l'appelante s'intensifiaient. En effet, le Dr Éfoé ne semblait pas être préoccupé par les résultats de l'IRM de 2008 parce qu'il a ensuite donné congé à l'appelante de la clinique d'orthopédie (GD2-135). De plus, selon le rapport du Dr Perkins, les examens radiologiques subis par l'appelante étaient tous dans les limites de la normale (GD2-79) et l'appelante lui avait indiqué que son niveau de souffrance est demeuré à peu près identique depuis l'accident (GD2-76).

[58] En ce qui concerne les modifications aux traitements pharmacologiques, celles-ci ont été effectuées pour de diverses raisons, y compris l'opinion des spécialistes consultés et le fait que

l'appelante n'avait pas les moyens de payer pour certains médicaments. Le Tribunal n'a pas été en mesure de tirer des conclusions sur la base de cette information.

[59] Finalement, l'appelante a indiqué lors de son témoignage qu'elle n'a pas consulté M. Bérubé régulièrement, mais qu'elle l'a vu principalement pour l'évaluation qu'il a rédigée en date du 28 septembre 2007 (GD3-4). Au lieu, la représentante de l'appelante maintient que ce n'est qu'à partir de 2009 que l'appelante a nécessité une psychothérapie plus intense en raison de la détérioration de son état.

[60] Le Tribunal ne peut pas retenir cet argument. D'abord, les notes évolutives de la Dre Dupuis indiquent que l'appelante consultait M. Bérubé d'une façon régulière, et ce à partir du mois de juin 2006 (GD15-251 et 253). De plus, le fait qu'elle ne le consultait pas plus fréquemment aurait pu aussi être en raison des coûts et pas par manque de besoin. En effet, M. Bérubé avait noté dans son rapport que l'état psychologique de l'appelante semblait se détériorer depuis décembre 2006 (GD3-9), il a diagnostiqué chez elle des troubles psychologiques présents en 2007 et a recommandé 20 séances thérapeutiques d'une durée d'une heure. Donc, le Tribunal ne peut pas accepter qu'il fût seulement en 2009 que les problèmes de santé mentale de l'appelante se sont détériorés au point qu'elle avait besoin de la psychothérapie assez intense. Ce besoin existait en 2007, au temps du rapport de M. Bérubé.

[61] En somme, si l'état de l'appelante s'est détérioré entre le 31 décembre 2007 et la date de l'audience, soit le 13 octobre 2016, le Tribunal n'est pas en mesure de déterminer l'effet de cette détérioration dans les années 2008 et 2009. Lors de l'audience, l'appelante n'a pas fourni de précisions. Le rapport du Dr Perkins invoque certaines limitations fonctionnelles, mais il indique que l'appelante n'a pas pu reprendre ces activités depuis l'accident survenu en 2005 (GD2-77).

[62] De plus, une conseillère au travail chez X a révisé des rapports médicaux qui lui ont été donnés et a constaté qu'ils remontaient tous à l'an 2005. En réponse à sa demande pour des informations plus à jour, le 19 janvier 2012 elle a reçu un appel de la Dre Dupuis qui a confirmé que les rapports de 2005 étaient toujours valides et que l'appelante était capable de faire un travail sédentaire (GD3-3). Encore une fois, la preuve au dossier indique au Tribunal que l'état de l'appelante était plutôt stable.

[63] En ce qui concerne les efforts faits par l'appelante en 2006 et 2007 pour faire un retour au travail et pour se recycler, ces efforts ont été évalués par le BCTR (GD7-15, par. 52). Si les 15 lettres de refus d'employeurs potentiels décrit au paragraphe 22 ci-dessus révèlent d'autres efforts faits par l'appelante en 2008 et en 2009, le Tribunal n'est pas en mesure de les évaluer, car elles n'ont jamais été versées au dossier du Tribunal.

[64] En évaluant si l'invalidité de l'appelante est grave, le Tribunal a considéré les caractéristiques de l'appelante comme son âge, son niveau d'instruction, ses aptitudes linguistiques, et ses antécédents de travail et expériences de vie. D'un côté, le Tribunal reconnaît qu'une évaluation académique a indiqué que le niveau de scolarité de l'appelante est inférieur aux exigences d'une 6<sup>e</sup> année académique (GD15-27) et que l'appelante a toujours opté pour des emplois plutôt manuels. De l'autre côté, le Tribunal note que l'appelante n'avait que 39 ans au 31 décembre 2009, que ses aptitudes linguistiques sont bonnes. En effet, ces facteurs ont peu changé pendant la période au sujet de laquelle le Tribunal doit statuer.

[65] Après un examen attentif de l'ensemble de la preuve, le Tribunal n'a pas pu conclure que l'appelante satisfait le critère du caractère grave comme prévu par la *Loi*.

### **Caractère prolongé**

[66] Puisque le Tribunal a conclu que l'invalidité n'est pas grave, il n'est pas nécessaire de se prononcer sur le critère d'invalidité prolongée.

### **CONCLUSION**

[67] Le Tribunal a soigneusement examiné les rapports médicaux, et il a écouté attentivement le témoignage de l'appelante. Le Tribunal reconnaît que l'appelante présente des limitations importantes, mais la preuve au dossier n'a pas permis au Tribunal d'évaluer comment ces limitations auraient pu évoluer pendant les années 2008 et 2009. Pour retenir les prétentions de l'appelante, le Tribunal est d'avis qu'il faudra revenir sur la décision rendue par le BCTR, une chose que le Tribunal n'est pas en mesure de faire.

[68] L'appel est rejeté.

Jude Samson  
Membre de la division générale – sécurité du revenu