



2003-636

Représentante : Me Jane Michael, BSJP

Décision N° : 10000513636

Type de décision : Appel du droit à pension

Lieu de l'audition : Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)

Date de la décision : le 7 janvier 2003

Suite à une audience d'appel du droit à pension tenue pour l'appelant le 7 janvier 2003, le Tribunal rend la décision suivante :

ORDONNANCE

MALADIE DISCALE LOMBAIRE

Ouvre droit à pension dans la proportion de un cinquième, pour la partie de l'invalidité ou pour l'aggravation de cette dernière, qui est consécutive ou rattachée directement au service dans la Gendarmerie royale du Canada.

article 32, *Loi sur la pension de retraite de la GRC*.
paragraphe 21(2), *Loi sur les pensions*

Le droit à pension demeure inchangé.

Copie originale signée par:

_____ Membre président

E.A. McNally

_____ Membre

L.J. MacInnis

Copie originale signée par:

_____ Membre

Robert Benoît

QUESTIONS EN LITIGE

Le 7 janvier 2003, un comité d'appel du droit à pension a tenu une audience à Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard), car l'appelant était en désaccord avec la décision du comité de révision (examen), en date du 29 avril 2002. Mme Jane Michael du Bureau de services juridiques des pensions était sa représentante.

ÉLÉMENTS DE PREUVE

Voici les éléments de preuve supplémentaires qui ont été présentés :

AD-H1 : Déclaration de l'appelant en date du 31 octobre 2002.

AD-H2 : Rapport technique intitulé *Low Back Pain Among RCMP Officers: An Investigation Into Vehicles, Duty Belts and Boots* (lombalgie chez les

agents de la GRC : une enquête sur les véhicules, les ceinturons et les bottes) en date de septembre 1999.

- AD-Annexe-H1 : Examen médical final pour les candidats de la GRC en date du 30 août 1971.
- AD-Annexe-H2 : Dossier du service de consultation externe en date du 16 juillet 1973.
- AD-Annexe-H3 : Évaluation de traitement de physiothérapie (évaluation initiale) en date du 4 août 1982.
- AD-Annexe-H4 : Dossier de consultation/Dossier du service de consultation externe en date du 24 août 1982.
- AD-Annexe-H5 : Dossier de consultation/Dossier du service de consultation externe en date du 29 septembre 1982.
- AD-Annexe-H6 : Dossier de consultation/Dossier du service de consultation externe en date du 7 octobre 1982.
- AD-Annexe-H7 : Rapport d'antécédents médicaux en date du 26 octobre 1982.
- AD-Annexe-H8 : Rapport d'antécédents médicaux en date du 12 octobre 1982.
- AD-Annexe-H9 : Rapport d'antécédents médicaux en date du 3 novembre 1982.
- AD-Annexe-H10 : Profil médical en date du 16 juillet 1986.
- AD-Annexe-H11 : Examen d'un physiothérapeute en date du 31 janvier 1990.
- AD-Annexe-H12 : Note du docteur K. Anstead au sdt pal W.R. Spring en date du 12 février 1990.
- AD-Annexe-H13 : Communication par courrier électronique entre * et l'appelant en date de juin 1999.

Maladie discale lombaire

FAITS ET ARGUMENT

Dans sa présentation écrite, l'avocate fait valoir que le Tribunal devrait reconnaître le droit à une pension dans la proportion de quatre cinquièmes ou accorder une pleine pension, comme le suggère le docteur O. T. Portner, orthopédiste. Elle évoque en outre un malentendu important. L'appelant a clarifié les circonstances particulières de sa situation dans son témoignage et sa déclaration en date du 31 octobre 2002 (AD-H1).

Lorsque l'appelant est entré au service de la GRC, l'examen médical final pour les candidats de la GRC en date du 30 août 1971, AD-Annexe-H1 n'a révélé aucune anomalie de la colonne vertébrale. Il affirme en outre qu'en septembre 1999, après 28 années de service à titre d'agent de surveillance en tenue civile, il a été muté brièvement à un poste en uniforme. Il a commencé à ressentir une lombalgie chaque fois qu'il prenait place dans une voiture de police. La douleur s'accroissait lorsqu'il était assis pendant plusieurs heures et qu'il portait son ceinturon et tout le matériel, y compris son arme et sa radio. Dans son témoignage, l'appelant indique que depuis avril 2000, ses fonctions se limitent à du travail de bureau.

L'avocate affirme que le rapport technique *Low Back Pain Among RCMP Officers: An Investigation Into Vehicles, Duty Belts and Boots*, en date de septembre 1999 (AD-H2), confirme qu'il y a un lien médical entre

les troubles lombaires et le fait de travailler dans les véhicules de la GRC et de porter des ceinturons de policier.

L'avocate fait en outre référence au rapport et aux recommandations du docteur O.T. Portner en date de décembre 2001.

L'avocate allègue que la preuve qui a été présentée ne justifiait pas le refus d'accorder une pleine pension à son client. Elle ajoute que rien ne confirme qu'il se soit blessé au dos avant son service. Elle demande donc qu'une pleine pension soit accordée à son client.

MOTIFS ET CONCLUSION

Le Tribunal a examiné soigneusement la présentation écrite de l'avocate, la preuve médicale et le dossier complet, y compris la décision du comité de révision en date du 29 avril 2002 et la décision du Ministre en date du 28 septembre 2000. Le Tribunal conclut qu'aucun élément de preuve ne permet d'établir que l'appelant a subi un traumatisme attribuable au service dans la GRC. Il note qu'en 1970 ou 1971, l'appelant a subi un accident lorsqu'il travaillait comme monteur de lignes, ce qui n'est pas mentionné dans le rapport du docteur Portner.

Après un examen complet, le Tribunal a tiré les mêmes conclusions que le Comité de révision, le 29 avril 2002, soit :

... En conséquence de ce qui précède, le comité ne reconnaît pas que les renseignements concernant l'imputabilité fournis par le chirurgien orthopédiste font autorité. Ce comité croit, néanmoins, qu'une aggravation mineure a pu se produire au cours du service du requérant alors qu'il devait rester assis dans un véhicule de surveillance banalisé, même si ce véhicule était, au dire du requérant, assez confortable, particulièrement en comparaison avec le véhicule officiel qu'il avait utilisé pendant cinq mois tandis qu'il portait l'uniforme de la GRC. Dans ces circonstances, une pension d'un cinquième consécutive à une aggravation semble appropriée parce qu'elle est proportionnelle au degré d'aggravation subi par le requérant alors qu'il effectuait son travail au sein de la GRC. Les autres quatre cinquièmes sont retenus parce que l'accident, à la suite d'une chute qui selon la documentation incluse dans le dossier était de 15 pieds, est survenu préalablement au service : la première plainte a été formulée relativement à un accident de pêche hors-service, qui s'est produit deux ans seulement après l'enrôlement du requérant, et à la dégénérescence normale de la colonne vertébrale, qui, semble-t-il au comité, se produit à la suite d'une chirurgie effractive. Dans ces circonstances, pour les raisons détaillées ci-haut, ce comité a décidé qu'une pension d'un cinquième accordée consécutivement à une aggravation semble appropriée.

Le Tribunal a examiné soigneusement le rapport technique *Low Back Pain Among RCMP Officers: An Investigation Into Vehicles, Duty Belts and Boots* en date de septembre 1999 (AD-H2).

Le Comité a obtenu le rapport complet (dont des extraits ont été présentés à titre de preuve) auprès du Centre canadien de recherches policières. Le Comité a examiné le rapport et les arguments de l'avocate pour évaluer la pertinence et le poids de la preuve afin de déterminer si, et jusqu'à quel point, l'affection et le trouble dégénératif dont souffre l'appelant peuvent être directement liés à son service.

Le rapport doit être lu à la lumière des directives médicales concernant les maladies discales dégénératives :

1. AFFECTION DISCALE (GENERALITÉS)

Disques intervertébraux

Les vertèbres de toute la colonne vertébrale sont séparées les unes des autres par des disques intervertébraux à l'exception des deux premières cervicales, du sacrum et du coccyx. En raison de sa grande élasticité, le disque permet une plus grande mobilité des corps vertébraux, empêchant ainsi la friction des surfaces osseuses. De plus, grâce à cette même propriété, le disque joue le rôle de tampon lorsque la colonne est soumise à une compression verticale.

Deux éléments le composent: l'anneau fibreux et le nucleus pulposus. L'anneau constitue la limite externe du disque et se compose de tissus fibro-cartilagineux, disposé en anneaux concentriques

dont les fibres obliques rattachent les vertèbres entre elles. Les fibres disposées en plusieurs couches obliques dans chaque direction, tour à tour. Les fibres à la périphérie passent au-dessus des plateaux cartilagineux pour le rattacher au tissu osseux des vertèbres. L'anneau est de toute évidence plus épais sur sa face antérieure.

Le nucleus pulposus, situé à l'union du tiers postérieur et du tiers moyen du disque est très élastique, étant composé de fibres collagènes baignant dans un gel muco-protéique. De par sa composition fluide, le nucleus pulposus transforme les pressions verticales en poussées horizontales, transmettant ainsi l'énergie à l'anneau fibreux.

Manifestation de l'affection discale

Des modifications dégénératives apparaissent dans le disque intervertébral tout au long de la vie, mais ces manifestations normales en l'absence de symptômes cliniques, ne constituent pas une preuve d'invalidité.

L'affection discale peut se manifester de trois façons :

1. Les symptômes résultent des modifications du disque lui-même et entraînent une limitation des mouvements.
2. Les symptômes résultent des complications de l'affection discale en raison d'une hernie discale qui cause à son tour une compression radiculaire ou une compression de la moelle.
3. Des modifications osseuses apparaissent sous forme d'ostéophytes, lesquels peuvent bloquer tout à fait l'espace intervertébral et entraîner la limitation des mouvements ou chevaucher le sillon du nerf rachidien, coinçant ainsi les racines. Directives médicales de la ACC Affections discales.

Terminologie clinique

Les expressions suivantes s'appliquent dans le cas d'affections discales :

Maladie discale dégénérative

Les lésions physiopathologiques qui touchent les divers éléments du disque, impliquant à la fois le nucleus pulposus et l'anneau fibreux.

Hernie discale

Le nucleus pulposus peut faire saillie de son anneau fibreux, en sortir ou même en être expulsé. Dans ce cas, il s'agit plus particulièrement d'une incarceration herniaire.

Ostéo-arthrite

Ce terme s'applique lorsque à la radiographie, on décèle des becs ostéophytiques (voir le dessin) sur les bords des corps vertébraux ou des articulations apophysaires. De l'avis de l'Anciens Combattants Canada, ce terme est synonyme d'affection dégénérative discale modérément avancée.

Spondylose

Ce terme est fréquemment utilisé comme synonyme d'affection discale terminale. Cette affection se retrouve habituellement à la colonne cervicale. Il s'agit d'une dégénérescence discale décelable à la radiographie, tout comme on l'a mentionné dans le cas de l'ostéo-arthrite.

2. MALADIE DISCALE LOMBAIRE

La maladie discale lombaire, tout comme l'ostéo-arthrite et l'artériosclérose est une affection dégénérative normale avant tout, s'associant au processus de la sénescence, lequel débute tôt et

progressive toute la vie durant. Pour chaque personne, le rythme évolutif varie en raison de facteurs constitutionnels. Un traumatisme peut perturber le processus évolutif normal.

L'absence de preuve radiologique d'une affection discale n'exclut pas la présence de lésions dégénératives assez graves pour entraîner une invalidité. Par contre, la radiologie peut révéler une dégénérescence discale sans pour autant qu'il y ait de symptôme clinique ou d'invalidité résultant de l'affection mise en évidence.

Les éléments pathologiques suivants doivent être clairement explicités :

1. La dégénérescence discale commence en très bas âge. A la naissance, le nucleus du disque est une structure très clairement définie, bien distincte de l'anneau fibreux. Vers la vingtaine ou la trentaine, la limite entre le nucleus et l'anneau est moins nette. Les fibres sont moins proéminentes. Progressivement, vers la quarantaine et la cinquantaine, le nucleus se creuse et se dessèche et les symptômes de l'affection se manifestent plus souvent. A la même époque, l'anneau se fissure dans son axe radial, plus fréquemment sur les bords latéro-postérieurs de l'espace intervertébral.

2. Un disque sain, fonctionnant normalement, peut supporter des pressions verticales d'environ 600 kilos. Une pression verticale intense peut, à elle seule, causer la rupture du plateau vertébral ou une fracture par compression d'un corps vertébral avant que ne se déchire un disque intervertébral sain.

Lorsqu'une pression est exercée alors que la colonne est fléchie, on estime que la pression sur le disque est deux fois et demie plus grande que dans le cas d'une pression verticale. Toute rotation augmente les risques de lésions discales.

Dans le cas de dégénérescence à un stade avancé, une pression verticale d'environ 200 kilos peut causer la rupture du disque.

3. L'importance relative d'une modification dégénérative et d'une blessure quant à l'invalidité clinique qui peut en résulter varie avec l'âge et les facteurs individuels. Dans un petit nombre de cas, environ 5 p. 100 des personnes âgées de moins de 55 ans, une blessure grave peut être l'unique cause de l'invalidité (indépendamment de la présence antérieure à la blessure de lésions dégénératives.). On estime qu'environ 75 p. 100 des gens âgés souffrent d'une quelconque affection à la partie inférieure du dos causée par une instabilité discale, résultant de lésions dégénératives normales.

De Palma et Rothman dans leur ouvrage intitulé *The Intravertebral Disc* soulignent le lien qui existe entre les modifications dégénératives et le traumatisme de la façon suivante :

La dégénérescence discale n'est pas liée habituellement à un seul coup porté, mais résulte davantage des ravages cumulatifs, des modifications biochimiques et mécaniques associées au processus de la sénescence en plus d'un effort mécanique prolongé. Une blessure ancienne qui peut avoir accéléré l'évolution des troubles à la partie inférieure du dos peut être souvent évoquée, mais cette blessure n'a joué qu'un rôle fortuit dans un processus qui est véritablement dégénératif et chronique.

Il est donc évident que les antécédents naturels des dégénérescences discales progressives doivent entrer en ligne de compte pour déterminer la proportion de l'invalidité qui peut être raisonnablement liée au service. Les facteurs du service peuvent aggraver (de façon permanente) le processus dégénératif. Le degré d'aggravation s'exprime en cinquièmes.

(1) Une certaine dégénérescence discale est déjà présente au moment de l'enrôlement bien que l'affection soit généralement asymptomatique.

(2) L'affection discale n'est presque jamais évidente à l'enrôlement, au sens de la Loi sur les pensions.

(3) Les renseignements consignés à l'enrôlement ou obtenus par la suite au cours du service, relatifs à des antécédents de lombalgies ou de sciatalgies, peuvent être considérés au-delà de tout doute raisonnable comme des preuves documentaires d'une affection discale, s'ils sont corroborés par des constatations cliniques ou radiologiques.

de dégénérescence ou d' affection discale au cours des dix années qui suivent, pourvu qu'il n'y ait aucune preuve objective d'une autre cause des mêmes douleurs lombaires ou sciatiques.

(4) Le degré d'aggravation qui peut être évalué aux termes du paragraphe 21(1) ou l'importance du lien entre l'affection et le service en vertu du paragraphe 21(2) de la *Loi sur les pensions* varient selon les facteurs suivants:

(a) La présence ou l'absence de symptômes ou de signes avant la blessure

Si avant l'incident, l'affection discale présentait des symptômes et (ou) si une dégénérescence avait été mise en évidence par des clichés, le degré d'aggravation recommandé sera habituellement moindre que lorsque l'incidence donne lieu à la première manifestation de l'affection.

(b) L'âge auquel apparaît l'affection pour la première fois

Une blessure provoquant des symptômes chez un requérant âgé de 20 ans incite à un plus haut degré d'aggravation qu'une blessure comparable causant les mêmes symptômes chez un requérant de 40 ans. C'est parce que chez une personne plus jeune, les modifications dégénératives n'ont pas atteint au même degré les disques et les tissus mous qui les supportent et, par conséquent, il sont plus résistants aux blessures.

(c) La gravité du facteur précipitant ou de la blessure en regard de l'apparition des symptômes, indépendamment de l'âge

(i) Les activités normales du service comme facteurs précipitants ne constituent pas davantage des facteurs d'aggravation que l'usure normale liée au vieillissement.

(ii) Une blessure soudaine et grave impliquant particulièrement la flexion et la rotation entraînerait une aggravation plus importante qu'une blessure survenue dans des conditions contrôlées comme le fait de soulever délibérément un poids.

(iii) Un traumatisme direct, en l'absence de flexion, de compression et de rotation, constitue rarement un facteur causatif ou un facteur d'aggravation de l'affection discale.

(d) Le laps de temps qui s'écoule entre la blessure et l'apparition d'une invalidité permanente Disability

(i) On estime qu'il s'agit d'une blessure des tissus mous qui se guérit d'elle-même lorsqu'on est en présence d'un épisode isolé d'entorse au dos qui entraîne une invalidité aiguë limitée au dos pendant trois semaines ou moins, et qui est suivie d'une période de cinq ans sans symptôme. On estime que les blessures des tissus mous ont guéri et qu'elles n'ont pas aggravé le processus dégénératif normal si elles sont suivies d'une période de cinq ans sans symptôme.

(ii) Une période de moins de cinq ans sans symptôme avant le diagnostic de l'affection discale indique probablement une certaine aggravation et le degré d'aggravation sera déterminé selon le pourcentage d'invalidité et la période écoulée avant le diagnostic.

(iii) Des symptômes récidivants ou continus qui entraînent une invalidité permanente, ou nécessitent une cure chirurgicale, indiquent probablement un degré d'aggravation supérieur.

INFLUENCE ET AFFECTIONS TRAUMATIQUES DE LA COLONNE LOMBO-SACRÉE DANS L'ÉVOLUTION DE LA MALADIE DISCALE LOMBAIRE

1) Le spina-bifida en soi ne contribue nullement ni ne prédispose à l'évolution de la maladie discale lombaire.

2) La sacralisation de la colonne lombaire et la lombalisation de la colonne sacrée peuvent accélérer l'évolution de la dégénérescence discale lombaire.

3) La spondylolyse et le spondylolisthésis, de par leur nature même, peuvent entraîner l'instabilité de la colonne lombo-sacrée. Cette instabilité a un effet nuisible sur le disque placé immédiatement sous la vertèbre qui a glissé et contribue à la dégénérescence de ce dernier dans une moyenne ou grande mesure.

4) La scoliose de la colonne lombaire peut contribuer dans une moindre mesure à la dégénérescence discale.

5) Une fracture des vertèbres contribue grandement, en règle générale, à la dégénérescence discale. Il faudra donc tenir compte, au moment de l'évaluation de l'INVALIDITÉ de la dégénérescence manifestée à proximité de vertèbres fracturée. D'autre part, une fracture dans le sens transversal est due à un autre type de traumatisme que celui pouvant entraîner des blessures discales. Ainsi, une fracture dans le sens transversal résulte d'un traumatisme à flexion latérale et non d'une blessure à flexion rotatoire qui peut habituellement endommager un disque. Par conséquent, on ne pourra considérer qu'une maladie discale lombaire est le résultat uniquement d'un traumatisme ayant entraîné une fracture dans le sens transversal.

DOULEURS CHRONIQUES AU BAS DU DOS

Les douleurs au bas du dos sont un symptôme et non une maladie, mais nombre d'intervenants utilisent cette expression vague pour désigner diverses affections ne comportant pas de facteurs étiologiques précis servant à cerner l'origine du malaise dans les muscles et les os, ce dernier ne résultant pas d'autres affections organiques. L'expression "entorse chronique au bas du dos" est souvent préférée pour désigner cette affection incapacitante (entorse de la colonne lombo-sacrée). Les médecins ne devraient pas utiliser cette expression pour désigner un malaise au dos qu'ils soupçonnent être causé par une dégénérescence hâtive de la colonne vertébrale, plus précisément des apophyses articulaires. Ces cas sont parfois difficiles à diagnostiquer à l'aide de radiographies, mais l'évolution de la maladie est telle qu'à plus ou moins long terme, les patients présenteront des signes évidents de dégénérescence, avec perturbation des fonctions. Il est important de bien s'assurer que l'incapacité est réelle dans les cas touchant une douleur ou une entorse chronique au bas du dos; chaque demande doit faire l'objet d'un diagnostic plus précis avant que l'on procède à l'évaluation de l'incapacité. Il est bien entendu que les douleurs chroniques au bas du dos, affection de nature indéterminée, demeurent un symptôme et non une maladie. Toute demande d'indemnités ayant trait à ce malaise doit être dûment étayée et un diagnostic précis doit être posé avant que l'on procède à l'évaluation du cas.

Le rapport du Centre canadien de recherches policières (1999) ne visait pas à déterminer si le fait d'être assis dans une voiture de police peut causer une invalidité permanente, mais plutôt à trouver des moyens de minimiser les douleurs lombaires et les blessures dont souffrent les agents de la GRC. L'étude se fonde principalement sur le taux élevé d'absentéisme au travail dû à des maux de dos, mais ne fait pas état d'un nombre plus élevé de maladies discales dégénératives. Elle révèle que les policiers ne sont pas beaucoup plus susceptibles de souffrir de lombalgie ou de troubles connexes. Elle indique en outre que les douleurs récidivantes sont fréquentes lorsqu'il y a eu blessure. L'étude fait référence à des ouvrages pertinents, mais puisqu'il s'agit d'un document publié en 1999, il ne contient pas de renseignements sur les dernières études concernant les maladies discales et leur lien avec la vibration associée à la conduite d'un véhicule motorisé. D'après l'étude, les agents de police ne sont pas plus susceptibles de souffrir de lombalgie que le reste de la population, ce qui veut pas dire que le service dans la GRC ne puisse occasionner des maux de dos. Toutefois, les directives médicales ministérielles font une distinction claire entre des douleurs lombaires et une maladie discale dégénérative. Il fait effectivement faire une distinction entre une lombalgie imputable à des sièges de voiture et une invalidité permanente causée par une maladie discale dégénérative attribuable au fait de s'asseoir dans un véhicule.

Après avoir examiné la preuve à la lumière de l'article 39 de la *Loi sur le Tribunal des anciens combattants (révision et appel)*, des dispositions du paragraphe 39(a) et du rapport de recherche sur l'ergonomie des sièges des véhicules, des ceinturons et des bottes de la GRC, le Comité ne peut malheureusement conclure que les fonctions d'appelant -notamment le fait de s'asseoir dans des véhicules de la GRC et les conduire - auraient causé une maladie discale dégénérative.

Le Comité a en outre examiné attentivement la lettre du docteur Portner qui faisait partie de la preuve présentée. Il rejette la conclusion du médecin qui prétend que les fonctions de l'appelant auraient contribué à son invalidité permanente résultant d'une maladie discale dégénérative. Le paragraphe 39(b) de la *Loi sur le Tribunal des anciens combattants (révision et appel)* porte que le Tribunal doit accepter tout élément de preuve non contredit que lui présente le demandeur ou l'appelant et qui lui semble vraisemblable en l'occurrence. Le Comité de révision convient que les fonctions de l'appelant ont pu contribuer, de façon minimale, à aggraver la maladie discale. Il rejette toutefois la conclusion du médecin quant au degré d'aggravation imputable au service parce qu'elle n'est pas fondée sur des antécédents complets et précis.

Le Comité reconnaît qu'à l'heure actuelle, les décisions rendues par la Section de première instance de la Cour fédérale à l'égard des demandes de révision sont partagées à savoir si l'on peut remettre en question la crédibilité d'un avis médical pour l'octroi d'une pension à l'égard d'une invalidité permanente. Dans le dossier *Teubert c. le procureur général du Canada et le ministère des Anciens Combattants* (le 4 juin 2002) T-451-01 FCT 634 (juge Hansen), on a établi que le Tribunal ne pouvait pas exiger un avis médical pour inclure des antécédents exacts. Dans le dossier *Woo c. le procureur général du Canada* (le 28 novembre 2002) T-1688-01 2002 FCT 1233 (juge Tremblay-Lamer), la Cour fédérale allègue que le Tribunal peut remettre en question la crédibilité d'un avis médical qui n'est pas appuyé par une anamnèse (antécédents médicaux) complète et précise. Selon la Cour, le Tribunal peut toutefois appliquer les directives médicales ministérielles, un point qui a été établi clairement dans des décisions antérieures – *Kripps c. le procureur général du Canada* (le 17 mai 2002) T-870-01 2002 FCT 575 (juge Pinard), et *Gavin c. le procureur général du Canada* (le 7 mai 1999) T-1875-98 (juge McKeown) (F.C.T.D.)

Dans le présent dossier, le Tribunal croit qu'il importe de compter sur un avis médical et des antécédents qui s'appuient sur le reste de la preuve. On y soulève un point important puisque l'appelant cherche à établir un lien entre des fonctions non traumatiques liées au service dans la GRC et un trouble dégénératif de la colonne vertébrale qui, selon les directives médicales ministérielles, est associé à des affections traumatiques et à des facteurs génétiques qui touchent un pourcentage très élevé de la population.

Dans des dossiers antérieurs, le Tribunal a établi les critères de crédibilité d'un avis médical pour accorder d'une pension d'invalidité permanente. Cette information est mise à la disposition des avocats. La décision du Tribunal des anciens combattants (révision et appel) no 6671744 (le 25 octobre 1999) précise les critères relatifs à la preuve « médicale » du fait qu'il doit juger ou évaluer la crédibilité des éléments qui sont admis en preuve. Il y a quatre facteurs importants : la compétence de l'expert qui fournit la preuve; un avis fondé sur de l'information précise et complète; une conclusion persuasive de l'expert fondée sur des faits qui sont présentés de façon logique; un examen approfondi, par l'expert, de tous les facteurs pertinents et la valeur de son avis par rapport au consensus médical général qui a été établi à partir d'une étude scientifique pertinente.

En définitive, il appartient aux membres du Tribunal - et non au médecin qui fournit certains éléments de preuve - de décider s'il y a lieu de reconnaître le droit à une pension et d'en établir le degré en vertu de la *Loi sur les pensions*. Le Tribunal s'en remet aux experts en médecine pour les questions d'ordre médical, y compris les diagnostics et les facteurs de causalité. Le Tribunal ne peut se fonder simplement sur les constatations et les conclusions du médecin quant à la cause de l'affection à l'étude en regard de la *Loi sur les pensions*. Pour rendre sa décision quant à l'admissibilité à une pension, il doit évaluer la preuve à la lumière des dispositions législatives. On comprend facilement pourquoi le Tribunal ne peut déléguer son pouvoir de décision. En effet, chaque médecin rédige son rapport, en son âme et conscience, au terme d'un examen médical consciencieux tout en voulant défendre les intérêts de son patient. Dans presque tous les cas, le Tribunal doit se poser les questions suivantes : Quels sont les facteurs dont le médecin a tenu compte en établissant son diagnostic et la cause de l'affection? Et dans quelle mesure agit-il comme défenseur des intérêts du patient plutôt que comme expert en médecine indépendant?

Le Comité note par ailleurs qu'en vertu de l'article 32 de la *Loi sur le Tribunal des anciens combattants (révision et appel)*, le Tribunal a le droit de reconsidérer une décision d'appel si un nouvel élément de preuve est présenté au Comité d'appel. En l'occurrence, le Comité ne croit pas disposer d'un élément de preuve non contredit et vraisemblable - comme l'exige le paragraphe 39 (b) de la *Loi sur le Tribunal des anciens combattants (révision et appel)* - qui permettrait de reconnaître le droit à une pension à l'égard d'une invalidité permanente et d'annuler la décision rendue par le Comité de révision. En vertu du paragraphe 39(c), le Comité estime que les éléments de preuve présentés ne laissent subsister aucun doute qui permettrait de majorer le droit à pension.

Le présent Tribunal confirme la décision du Comité de révision en date du 29 avril 2002 qui reconnaissait le droit à une pension d'un cinquième à l'appelant. Le Tribunal statue en conséquence.

En arrivant à sa décision, le Tribunal a très attentivement examiné tous les éléments de preuve, les dossiers médicaux ainsi que le plaidoyer du représentant, et il a respecté l'obligation statutaire d'accorder le bénéfice du doute à l'appelant ou au demandeur en vertu des dispositions des articles 3 et 39 de la *Loi sur le Tribunal des anciens combattants (révision et appel)*.

DISPOSITIONS PERTINENTES DE LA LOI

Aux termes de l'article 32 de la *Loi sur la pension de retraite de la Gendarmerie royale du Canada*, sous réserve des autres dispositions de la présente partie, une compensation conforme à la *Loi sur les pensions* doit être accordée, chaque fois que la blessure ou la maladie - ou son aggravation - ayant causé l'invalidité ou le décès sur lequel porte la demande de compensation était consécutive ou se rattachait directement au service de l'intéressé dans la Gendarmerie, à toute personne, ou à l'égard de celle-ci :

- a. visée à la partie VI de l'ancienne loi à tout moment avant le 1er avril 1960, qui, avant ou après cette date, a subi une invalidité ou est décédée ;
- b. ayant servi dans la Gendarmerie à tout moment après le 31 mars 1960 comme contributeur selon la partie I de la présente loi, et qui a subi une invalidité avant ou après cette date, ou est décédée.

Aux termes de l'alinéa 21(2)(a) de la *Loi sur les pensions*, des pensions sont accordées sur demande aux membres des forces ou à leur égard, en cas d'invalidité causée par une blessure ou maladie - ou son aggravation - consécutive ou rattachée directement au service militaire accompli dans la milice active non permanente ou dans l'armée de réserve pendant la Seconde Guerre mondiale ou le service militaire en temps de paix.

L'article 25 de la *Loi sur le Tribunal des anciens combattants (révision et appel)* stipule que le demandeur qui n'est pas satisfait de la décision rendue en vertu des articles 21 ou 23 peut en appeler au Tribunal.

L'article 26 de la *Loi sur le Tribunal des anciens combattants (révision et appel)* stipule que le Tribunal a compétence exclusive pour statuer sur tout appel interjeté en vertu de l'article 25, ou sous le régime de la Loi sur les allocations aux anciens combattants ou de toute autre loi fédérale, ainsi que sur toute question connexe.

Aux termes du paragraphe 29(1) de la *Loi sur le Tribunal des anciens combattants (révision et appel)*, le comité d'appel peut soit confirmer, modifier ou infirmer la décision en appel, soit la renvoyer pour réexamen, complément d'enquête ou nouvelle audition à la personne ou au comité de révision qui l'a rendue, soit encore déférer à cette personne ou à ce comité toute question non examinée par eux.

L'article 3 de la *Loi sur le Tribunal des anciens combattants (révision et appel)* stipule que les dispositions de la présente loi et de toute autre loi fédérale, ainsi que de leurs règlements, qui établissent la compétence du Tribunal ou lui confèrent des pouvoirs et fonctions doivent s'interpréter de façon large, compte tenu des obligations que le peuple et le gouvernement du Canada reconnaissent avoir à l'égard de ceux qui ont si bien servi leur pays et des personnes à leur charge.

L'article 39 de la *Loi sur le Tribunal des anciens combattants (révision et appel)* stipule que le Tribunal applique, à l'égard du demandeur ou de l'appelant, les règles suivantes en matière de preuve il tire des circonstances et des éléments de preuve qui lui sont présentés les conclusions les plus favorables possible à celui-ci; il accepte tout élément de preuve non contredit que lui présente celui-ci et qui lui semble vraisemblable en l'occurrence; il tranche en sa faveur toute incertitude quant au bien-fondé de la demande.

Aux termes du paragraphe 28(1) de la *Loi sur le Tribunal des anciens combattants (révision et appel)*, l'appelant peut soit adresser une déclaration écrite au comité d'appel, soit comparaître devant celui-ci, mais à ses frais, en personne ou par l'intermédiaire de son représentant, pour y présenter des éléments de preuve et ses arguments oraux.

DÉCISION FAISANT L'OBJET D'UN APPEL

MALADIE DISCALE LOMBAIRE

LE TRIBUNAL INFIRME LA DÉCISION DU MINISTRE.

Une pension d'un cinquième correspondant au degré d'aggravation ou de déficience directement lié au service au sein de la Gendarmerie royale du Canada ou qui est survenu au cours de ce service.

Article 32, *Loi sur la pension de retraite de la Gendarmerie royale du Canada*

Paragraphe 21(2), *Loi sur les pensions*

TACRA Comité de révision, 29 avril 2002

L'appelant a présenté une demande de pension pour l'affection à l'étude, alors qu'il était toujours en devoir.

Date de modification : 2012-02-08