



## 2004-954

Représentant : Aidan Sheridan, BSJP  
Décision N° : 100000697954  
Type de décision : Appel du droit à pension  
Lieu de l'audition : Charlottetown, l'île du Prince-Édouard  
Date de la décision : le 9 février 2004

---

Suite à une audience d'appel du droit à pension tenue pour l'appelant le 9 février 2004, le Tribunal rend la décision suivante :

### ORDONNANCE

#### CORONAROPATHIE

Ni consécutive ni directement rattachée au service en temps de paix, dans les forces régulières.  
paragraphe 21(2), *Loi sur les pensions*.

Copie originale signée par: \_\_\_\_\_ Membre président  
E.A. McNally

Copie originale signée par: \_\_\_\_\_ Membre  
Roger A. Younker

\_\_\_\_\_ Membre  
G.F. McCauley

### QUESTIONS EN LITIGE

Le 9 février 2004, 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 10 janvier 2002 qui refusait un droit à pension pour l'affection de coronaropathie. M<sup>e</sup> Aidan Sheridan du Bureau de services juridiques des pensions était son représentant.

### ÉLÉMENTS DE PREUVE

Voici les documents soumis à titre de preuve supplémentaire pour cette réclamation :

- AD-M1 : lettre de l'appelant en date du 25 septembre 2003;
- AD-M2 : lettre de D<sup>r</sup> S. Wayne Lee en date du 26 septembre 2003;
- AD-M3 : lettre du D<sup>r</sup> Alan J. Leach en date du 25 janvier 2004, avec pièce jointe.

### Coronaropathie

## FAITS ET ARGUMENT

Le représentant maintient, au nom de l'appelant, que le droit à pension devrait être accordé en application des dispositions du paragraphe 21(2) de la *Loi sur les pensions*, étant donné que le stress associé au service a favorisé l'apparition de l'affection à l'étude (coronaropathie), de sorte qu'un droit à pension partiel pour une aggravation peut être justifié.

L'appelant a servi dans les Forces canadiennes entre le 1er octobre 1961 et le 1er mars 1963, ainsi qu'entre le 15 juillet 1976 et le 19 mai 2000. Il a occupé divers postes à titre de travailleur social et, à la fin de sa carrière, il occupait le poste de directeur, Soutien aux blessés et administration.

Un examen du dossier médical révèle un épisode de douleurs thoraciques en mai 1977 et des palpitations en juin 1977, qui ont été liés à un degré de stress élevé et à une consommation excessive de café et de cigarettes. L'appelant a expliqué qu'il préparait sa thèse de maîtrise à l'époque.

On ne trouve aucune autre mention de maladie cardiaque ou d'affection connexe chez l'appelant, avant un Rapport de congé en date du 20 décembre 1998, selon lequel :

. . . L'appelant est un homme âgé de 54 ans travaillant dans la Force armée qui était auparavant en bonne santé. Le 3 décembre, tandis qu'il était en Virginie dans le cadre de ses fonctions, il a ressenti, alors qu'il marchait, une soudaine douleur thoracique rétrosternale. Cette douleur est disparue d'elle-même par la suite, mais il a éprouvé une douleur semblable à plusieurs reprises, au cours des jours suivants. Le 15 décembre, jour de l'admission, il souffrait tellement de cette douleur thoracique rétrosternale qu'il a décidé d'aller à l'hôpital. On l'a conduit au service de cardiologie.

Un rapport d'un médecin consultant, rédigé par le Dr A.J. Leach en date du 7 janvier 1999, fait état des antécédents décrits ci-dessus et apporte les précisions suivantes :

Ses antécédents médicaux indiquent qu'il a souffert d'hypertension et de dyslipémie. Il fumait une ou deux cigarettes quotidiennement jusqu'à ce qu'il subisse son infarctus : il a cessé depuis. Les insuffisances coronaires apparaissent clairement parmi les antécédents familiaux : son père est mort d'un infarctus et on a dû faire des pontages coronariens à sa mère. Son plus jeune frère souffre d'un problème cardiaque congénital pour lequel il a subi une opération chirurgicale alors qu'il était encore en bas âge.

Les éléments de preuve révèlent qu'à la suite de l'infarctus du myocarde, l'appelant a été considéré comme présentant des restrictions.

## MOTIFS ET CONCLUSION

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)*.

Dans le présent appel, l'appelant demande une pension permanente pour l'affection à l'étude (coronaropathie) en application du paragraphe 21(2) de la *Loi sur les pensions*. Après examen des arguments avancés dans le cadre du présent appel et des éléments de preuve médicale concernant la nature de la coronaropathie, le comité conclut que le présent appel comprend deux réclamations distinctes :

1. Le premier aspect de la demande de l'appelant est fondé sur l'alinéa 21(3)f) de la *Loi sur les pensions*. Il est soumis que les circonstances dans lesquelles l'appelant a souffert d'un infarctus du myocarde en décembre 1998 correspondent au sens de l'alinéa 21(3)f) de la *Loi sur les pensions* et que, par conséquent, l'affection à l'étude (coronaropathie) ouvre droit à pension.
2. Subsidiairement, il est soumis que la coronaropathie de l'appelant a été aggravée ou causée en partie, aux termes des paragraphes 21(2) et (2.1) de la *Loi sur les pensions*, par sa profession de travailleur social militaire, qui comportait un stress psychologique intense. Dans la présente demande, il est soumis que le stress

cumulatif résultant de la nécessité de faire face, pendant des années, à des situations stressantes et exigeantes sur le plan émotif dans le cadre de la profession de travailleur social militaire de haut grade peut être un facteur ayant contribué à la coronaropathie. Il est allégué qu'il existe des éléments de preuve étayant la position selon laquelle les agents stressants émotifs ou psychologiques peuvent être un facteur contributif de la coronaropathie.

## Éléments de preuve médicale concernant la coronaropathie et l'infarctus du myocarde

Dans le présent appel, le comité a examiné un grand nombre d'éléments de preuve médicale, notamment des articles, avis et textes médicaux et d'autres renseignements ayant trait à la cause de la coronaropathie et de l'infarctus du myocarde. Il a notamment examiné l'article médical soumis par l'appelant et intitulé *L'impact des facteurs psychologiques sur la pathogenèse des maladies cardio-vasculaires (1999)*<sup>1</sup>. Cette étude visait à déterminer si la personnalité et les facteurs psychologiques avaient une incidence sur l'apparition de la coronaropathie. Cet article a été présenté au nom de l'appelant, à l'appui de l'argument de ce dernier voulant que le stress chronique attribuable à la carrière de l'appelant peut avoir aggravé la coronaropathie ou en avoir été partiellement responsable. En plus de cet article médical, le Tribunal a également reçu un avis médico-légal d'un cardiologue, le D<sup>r</sup> Alan Leach (FRCPC) et un avis de D<sup>r</sup> Lee (Ph. D., directeur - Performance humaine et promotion de la santé dans les Forces canadiennes).

Outre les publications médicales au dossier concernant l'influence possible des facteurs liés à la personnalité, du stress personnel et du stress professionnel sur la survenue de l'infarctus du myocarde, le Tribunal a également examiné les *Directives médicales de la Table des invalidités d'Anciens Combattants Canada* relativement à l'« artériosclérose ». Le comité fait valoir que la Cour fédérale a confirmé, dans de nombreuses décisions, qu'il convient que le Tribunal des anciens combattants (révision et appel) (TACRA) respecte les dispositions des *Directives médicales* à cet égard et s'en inspire, en vertu du paragraphe 35(2) de la *Loi sur les pensions*; ces décisions sont les suivantes : *Kripps c. Canada (Procureur général)* (2002); *King c. Canada (Procureur général)* (11 février 2000); *Gavin c. Canada (Procureur général)* (1999); et *Bleakney c. Sa Majesté la Reine* (1994). Afin de vérifier que l'information figurant dans les *Directives médicales d'Anciens Combattants Canada* sur le rôle du stress psychologique et mental dans l'artériosclérose est conforme à l'état actuel des connaissances médicales, le Tribunal a également consulté une étude plus récente publiée dans le *New England Journal of Medicine* en novembre 2000<sup>2</sup>; cet article porte sur le lien éventuel entre le stress chronique et la coronaropathie.

Le Tribunal a aussi consulté le chapitre 201 du *Merck Manual of Diagnosis and Therapy* (dix-septième édition), qui porte sur les troubles cardio-vasculaires (le « *Merck Manual* »). Le *Manuel Merck* est un ouvrage de référence médical qui est couramment utilisé par les arbitres, les avocats-conseils et les autres personnes travaillant dans le domaine des décisions sur les pensions d'Anciens Combattants Canada. Enfin, le comité a également pris connaissance des décisions d'autres tribunaux chargés des demandes relatives à l'invalidité en ce concerne l'indemnisation pour la coronaropathie et l'infarctus du myocarde et les demandes fondées sur le stress professionnel chronique.

Les *Directives médicales de la Table des invalidités d'Anciens Combattants Canada* contiennent une section intitulée « Artériosclérose », qui aborde la maladie cardiaque artérioscléreuse ainsi que d'autres maladies caractérisées par des modifications dégénératives dans les artères résultant de l'accumulation de lipides dans la paroi artérielle. Selon l'information figurant dans les *Directives médicales de la Table des invalidités*, le terme coronaropathie (ou maladie coronarienne) désigne le processus par lequel des dépôts de lipides ou de plaque s'accumulent dans les cellules qui tapissent la paroi d'une artère coronaire, faisant ainsi obstacle à la circulation.<sup>3</sup>

Selon les *Directives médicales* relatives à l'artériosclérose, il existe un certain nombre de facteurs de risque reconnus et médicalement admis de coronaropathie. Dans la section consacrée à l'artériosclérose, il est précisé que l'hypertension ou tension artérielle élevée augmente les risques d'artériosclérose ou de maladie des artères coronaires. On conclut, de façon générale, que l'augmentation de la concentration en lipides du sang n'est pas l'agent causal principal de l'athérosclérose mais plutôt un facteur important dans l'évolution de celle-ci. On y précise également que les autorités médicales s'entendent en général pour reconnaître qu'un facteur héréditaire joue un certain rôle dans l'évolution et la gravité de l'affection. Les hormones sexuelles constituent un autre facteur de risque, puisque les hommes risquent davantage de souffrir de la maladie. En ce qui concerne le tabagisme, les *Directives médicales indiquent* :

Des études expérimentales ont montré que fumer affecte la fréquence cardiaque, le débit cardiaque, la pression artérielle, le débit sanguin coronaire, la coagulation sanguine et le taux de lipides dans le sang. Ces résultats démontrent, dans le cadre d'études à grande échelle sur la population, une relation entre l'usage de la cigarette, la morbidité et la mortalité dues à l'athérosclérose coronarienne.

En ce qui a trait au stress mental, ainsi qu'au stress physique et à l'exercice physique, les *Directives médicales* précisent que :

De nombreuses études à grande échelle de l'insuffisance coronaire athéromateuse n'ont pu créer un consensus établissant que des facteurs de stress en particulier, qu'ils soient d'ordre physique, mental, social ou économique influençaient la vitesse du développement ou la fréquence de l'athérome au sein de la population. . .

Des études attentives de phénomènes variés tels que la fatigue, le changement de climat, les maladies respiratoires ou les troubles psychiatriques indiquent que ces facteurs n'ont aucune influence sur l'évolution de l'athérosclérose. <sup>4</sup>.

La section 16 du *Manuel Merck* porte sur la maladie cardio-vasculaire. On y indique que le terme artériosclérose est un terme générique désignant plusieurs maladies caractérisées par l'épaississement et la perte d'élasticité de la paroi artérielle. Le terme coronaropathie est le terme le plus précis pour désigner le processus graduel d'accumulation de dépôts de lipides ou de plaque dans ou sur la paroi cellulaire d'une artère coronaire, ce qui a pour effet de provoquer le rétrécissement ou l'obstruction de celle-ci. Les deux formes les plus courantes de la coronaropathie sont l'*angine de poitrine* (douleur déclenchée par un apport sanguin insuffisant vers le muscle cardiaque) et l'*infarctus aigu du myocarde* (crise cardiaque). La coronaropathie est une maladie graduelle et progressive. Elle conduit éventuellement à l'« ischémie myocardique », qui provoque soit l'angine de poitrine (douleur thoracique provoquée par un apport sanguin insuffisant au cœur), l'arythmie cardiaque ou l'« infarctus du myocarde », ou crise cardiaque, et peut éventuellement entraîner la mort subite.

L'infarctus du myocarde est donc une manifestation aiguë de la coronaropathie. L'infarctus du myocarde est caractérisé par une "myocardial necrosis, usually resulting from abrupt reduction in blood flow to a segment of myocardium." L'examen de tous les renseignements médicaux consultés par le comité révèle en outre qu'il est reconnu qu'un stress émotionnel aigu peut provoquer un infarctus du myocarde. Le mécanisme en cause est le suivant : un accès aigu<sup>5</sup> - c'est-à-dire soudain, sévère et de courte durée - d'anxiété peut entraîner une brusque augmentation de la fréquence cardiaque et accroître l'apport sanguin dont le muscle cardiaque a besoin<sup>6</sup>. Il se produit alors une « ischémie myocardique (apport sanguin insuffisant vers le muscle cardiaque), qui peut provoquer soit une crise d'angine de poitrine (douleur thoracique déclenchée par un apport sanguin insuffisant au cœur), soit une arythmie cardiaque et peut même, éventuellement, entraîner la mort subite. Si le stress émotionnel aigu est suffisamment prolongé, une partie du muscle cardiaque peut mourir. On appelle « infarctus du myocarde » cette mort du muscle cardiaque.

Sous la rubrique « Facteurs de risque » de la section consacrée à l'athérosclérose, le *Manuel Merck* indique que les principaux facteurs de risque non réversibles de l'artériosclérose et de la coronaropathie sont l'âge avancé, le sexe masculin et les antécédents familiaux. On considère aussi que l'inactivité physique est liée à la coronaropathie. Des concentrations sériques anormales de lipides (taux de cholestérol élevé) prédisposent aussi à la coronaropathie. L'hypertension est un facteur de risque d'infarctus du myocarde et d'insuffisance cardiaque. Le tabagisme augmente aussi le risque de coronaropathie.

Le Tribunal a également examiné les données présentées dans l'article intitulé *L'Impact des facteurs psychologiques sur la pathogenèse des maladies cardio-vasculaires et les implications thérapeutiques*. Le Tribunal constate que l'article confirme essentiellement l'information contenue dans les autres éléments de preuve dont il a pris connaissance. On y indique que l'infarctus du myocarde est un événement cardiaque provoqué par un stress aigu; l'infarctus du myocarde est une manifestation du processus morbide sous-jacent intervenant dans la coronaropathie; cette observation confirme que c'est la coronaropathie qui est, en définitive, l'affection chronique ou entraînant l'incapacité.

Le Tribunal observe également que l'étude dont fait état l'article *L'Impact des facteurs psychologiques sur la pathogenèse des maladies cardio-vasculaires et les implications thérapeutiques* visait à déterminer si la personnalité et les facteurs psychologiques peuvent jouer un rôle dans l'évolution de la coronaropathie. Les

auteurs de l'étude ont conclu que le risque de coronaropathie augmente en présence de certains facteurs psycho-sociaux, notamment : (1) la dépression; (2) l'anxiété; (3) les facteurs liés à la personnalité et les traits de caractère; (4) l'isolement social; et (5) le stress chronique de la vie. Selon eux, ces cinq facteurs établissent que : « des conditions psychosociales [qui] contribuent à créer, à une plus grande fréquence, des comportements nuisibles à la santé, tels qu'un mauvais régime alimentaire, l'usage du tabac, ainsi que des mécanismes patho-physiologiques directs. . . » L'étude révèle que ces cinq facteurs psycho-sociaux peuvent influencer sur la mesure dans laquelle les personnes adoptent des comportements à risque élevé qui, à leur tour, augmentent le risque de coronaropathie. Ces facteurs psycho-sociaux sont liés à une incidence accrue du tabagisme, de la mauvaise alimentation et de la consommation excessive d'alcool, autant de facteurs qui favorisent la coronaropathie.

L'article fait état d'études menées chez des animaux, en particulier chez le macaque de Buffon. Selon l'article, ces études pourraient laisser croire que le stress psycho-social chronique peut provoquer, par le biais d'un ensemble complexe de facteurs (notamment une hyperactivation du système nerveux sympathique ou d'autres effets physiologiques comme une dysfonction endothéliale), une exacerbation de l'athérosclérose des artères coronaires chez le singe. Les auteurs de l'article *L'impact des facteurs psychologiques sur la pathogenèse des maladies cardio-vasculaires et les implications thérapeutiques* ont également passé en revue des études sur le rôle du caractère ou de la personnalité et sur le lien éventuel entre les comportements de type A et le risque de coronaropathie, ainsi que sur le « stress chronique de la vie ».

### **Résumé des faits et des éléments de preuve concernant la coronaropathie et l'infarctus du myocarde :**

Les éléments de preuve présentés au Tribunal par l'appelant et au nom de ce dernier et tous les autres éléments de preuve et renseignements concernant la nature de la coronaropathie concordent relativement à la nature de cette affection. Tous reconnaissent, semble-t-il, que la coronaropathie est une maladie graduelle et progressive qui peut conduire à un incident myocardique, aussi appelé « infarctus du myocarde » ou crise cardiaque. Les éléments de preuve révèlent en outre que la coronaropathie et l'infarctus du myocarde sont liés, en ce sens que l'infarctus du myocarde est une manifestation aiguë de la coronaropathie.

Une recension et un examen de tous les renseignements médicaux consultés par le comité révèlent en outre qu'il est depuis longtemps admis que le stress émotionnel aigu peut déclencher un infarctus du myocarde. Le mécanisme en cause est le suivant : un accès aigu <sup>7</sup> - c'est-à-dire soudain, sévère et de courte durée - de stress mental ou physique peut entraîner une brusque augmentation de la fréquence cardiaque et accroître l'apport sanguin dont le muscle cardiaque a besoin<sup>8</sup>. Il se produit alors une « ischémie myocardique (apport sanguin insuffisant vers le muscle cardiaque), qui peut provoquer soit une angine de poitrine (douleur thoracique déclenchée par un apport sanguin insuffisant au coeur), soit une arythmie cardiaque et pourrait même, éventuellement, provoquer la mort subite. Si le stress émotionnel aigu est suffisamment prolongé, une partie du muscle cardiaque meurt. On appelle « infarctus du myocarde » cette mort (nécrose) du muscle cardiaque.

Les renseignements médicaux consultés par le Tribunal confirment le fait que le stress aigu peut déclencher une ischémie myocardique conduisant à un infarctus du myocarde. Cependant, un infarctus du myocarde est un événement, et non une maladie ou une invalidité permanente. C'est une manifestation ou un symptôme de la maladie ou de l'invalidité sous-jacente (coronaropathie).

Le Tribunal avance en outre que sa perception de la distinction existant entre l'infarctus du myocarde et la coronaropathie ainsi que des répercussions que cette distinction pourrait avoir sur la détermination de la cause de la coronaropathie concorde avec les positions mises en évidence par un examen des décisions et des politiques et par les comptes rendus de recherche médicale des Commissions des accidents du travail des provinces canadiennes.

Les cas examinés par les Commissions des accidents du travail concernant la coronaropathie et l'infarctus du myocarde indiquent que les commissions canadiennes des accidents du travail acceptent la théorie médicale selon laquelle le stress aigu peut provoquer l'infarctus du myocarde. Toutefois, les commissions établissent une distinction entre l'infarctus du myocarde et la coronaropathie. En se fondant sur le consensus médical concernant la coronaropathie, les Commissions des accidents du travail peuvent accepter la responsabilité légale d'un infarctus du myocarde, mais elles n'acceptent généralement pas la responsabilité légale d'une coronaropathie. En conséquence, la responsabilité légale d'une invalidité (mise en disponibilité en raison

d'une invalidité de courte durée) causée par un infarctus du myocarde peut être acceptée lorsque l'infarctus survient *effectivement en cours d'emploi*, **et à la condition** qu'il existe des preuves indiquant que le travailleur était dans un état de *détresse émotionnelle aiguë*, ou faisait un effort physique inhabituel au moment même de l'infarctus du myocarde. Toutefois, la cause sous-jacente de l'infarctus du myocarde - la coronaropathie - n'est pas considérée comme indemnisable dans le cadre des régimes d'indemnisation des travailleurs, en raison du fait que la maladie (coronaropathie) est en soi un processus dégénératif et est provoquée par des facteurs de nature organique, héréditaire et comportementale non liés au travail (comme le tabagisme, l'obésité et le régime alimentaire, l'hyperlipidémie et les antécédents familiaux de maladie cardiaque).

À ce jour, les Commissions des accidents du travail du Canada ont estimé que la coronaropathie n'est pas causée par un stress professionnel chronique.<sup>9</sup> En se fondant sur ce raisonnement, les commissions étendront les prestations d'invalidité temporaire à la perte temporaire de revenu imputable à la perte de temps de travail causée par un infarctus du myocarde, mais elles n'iront pas jusqu'à accorder une pension permanente pour une coronaropathie.

En gardant à l'esprit ces renseignements généraux concernant la nature de la coronaropathie et de l'infarctus du myocarde et la distinction entre ces deux états, le comité va maintenant examiner en entier les éléments de preuve médicale et les questions juridiques liées à la demande de l'appelant concernant la relation éventuelle entre le stress professionnel chronique et la coronaropathie. Dans l'appréciation de la preuve et le règlement des questions en litige, le Tribunal est conscient de son obligation, aux termes de l'article 39 de la *Loi sur le tribunal des anciens combattants (révision et appel)* (la « *Loi sur le TACRA* »), de tirer des circonstances et des éléments de preuve qui lui sont présentés et qui lui semblent vraisemblables en l'occurrence les conclusions les plus favorables possibles à l'appelant. Le Tribunal reconnaît également son obligation, en application de la *Loi sur le TACRA*, d'interpréter de façon large les dispositions législatives pertinentes.

#### **Question en litige n° 1 :**

##### **L'affection (coronaropathie) de l'appelant ouvre-t-elle droit à pension en application de l'alinéa 21(3)f) de la *Loi sur les pensions*?**

La première question en litige consiste à déterminer si la présomption dont fait état l'alinéa 21(3)f) de la *Loi sur les pensions* peut s'appliquer aux faits en l'espèce. Dans cette partie de la demande, le représentant a soumis que les circonstances dans lesquelles l'appelant a subi son infarctus du myocarde correspondent au sens de l'alinéa 21(3)f) de la *Loi sur les pensions* et que, par conséquent, l'affection à l'étude (coronaropathie) ouvre droit à pension. Même si cette question n'était pas le principal fondement de la plaidoirie du représentant, le Tribunal l'examinera en premier; en effet, si l'alinéa 21(3)f) de la *Loi sur les pensions* s'applique ici, il établit une présomption réfutable qu'une invalidité a été consécutive ou rattachée directement au service militaire, aux termes du paragraphe 21(2) de la *Loi sur les pensions*.

La présomption en faveur du lien avec le service ne sera établie que si la blessure responsable de l'invalidité permanente à l'étude est effectivement survenue au cours de l'une des activités précisément énoncées à l'alinéa 21(3)f) de la *Loi sur les pensions*.

L'alinéa 21(3)f) de la *Loi sur les pensions* est ainsi libellé :

Pour l'application du paragraphe (2), une blessure ou maladie - ou son aggravation - sont réputés, sauf preuve du contraire, être consécutifs ou rattachés directement au service militaire visé par ce paragraphe s'ils sont survenus au cours:

f) d'une opération, d'un entraînement ou d'une activité administrative militaires, soit par suite d'un ordre précis, soit par suite d'usages ou pratiques militaires établis, que l'omission d'accomplir l'acte qui a entraîné la maladie ou la blessure ou son aggravation eût entraîné ou non des mesures disciplinaires contre le membre des forces.

Que la demande soit ou non fondée sur l'alinéa 21(3)f) de la *Loi sur les pensions*, l'exigence selon laquelle il doit exister un lien occasionnel entre l'invalidité faisant l'objet de la demande et le service militaire, en application du paragraphe 21(2) de la *Loi*, s'applique toujours. L'alinéa 21(3)f) est avantageux, en ce sens qu'il peut être présumé que le lien direct de causalité entre l'invalidité à l'étude et le service est établi

lorsque les conditions énoncées à l'alinéa 21(3)f) sont remplies. Il importe de reconnaître que l'alinéa 21(3)f) de la *Loi* ne l'emporte pas sur le paragraphe 21(2) de la *Loi*. Il accorde simplement aux requérants un moyen d'établir l'existence du lien de causalité requis en application du paragraphe 21(2) lorsque l'invalidité est consécutive à une blessure survenue dans les circonstances ou au cours des activités décrites à l'alinéa 21(3)f) de la *Loi*.

Selon le représentant, il est incontestable que les dispositions de l'alinéa 21(3)f) s'appliquent en l'espèce, étant donné que l'appelant participait à un cours de formation militaire lorsqu'il a subi un infarctus du myocarde le 3 décembre 1998. Ainsi, le comité observe que l'argument invoqué est le suivant : puisque l'appelant participait à un cours de formation en Virginie au moment où il a subi un infarctus du myocarde, et que ce cours était suivi à titre de perfectionnement professionnel en tant que travailleur social à l'emploi du MDN, l'appelant a droit à une pension en application du paragraphe 21(2) de la *Loi sur les pensions*, en raison de sa coronaropathie.

Le libellé de l'alinéa 21(3)f) (« survenue au cours [...] d'une opération, d'un entraînement ou d'une activité administrative militaire... ») est très précis et semble décrire une situation dans laquelle la blessure elle-même est survenue pendant l'exécution d'activités immédiatement rattachées à l'entraînement militaire. Les termes « survenue au cours du » semblent clairement désigner une situation dans laquelle la blessure s'est produite *pendant que le membre s'adonnait à des activités se rattachant directement à l'entraînement militaire lui-même ou à tout le moins raisonnablement accessoires*. Toute invalidité ultérieure consécutive ou rattachée directement à la blessure survenue au cours d'une opération, d'un entraînement ou d'une activité administrative militaires ouvrirait droit à pension.

Il importe de souligner que le libellé de l'alinéa f) ne fait pas mention d'un cours de formation, ni de travaux de cours ou d'une conférence, dans le cadre d'une formation scolaire ou professionnelle. Toutefois, même s'il était fait mention de conférences ou de cours de nature scolaire, l'infarctus du myocarde, en l'espèce, n'est pas effectivement survenu « au cours » de ce type d'activité. Au vu des éléments de preuve dont dispose le Tribunal, le premier épisode de douleurs rétrosternales a eu lieu le 3 décembre 1998, pendant que l'appelant se rendait à un arrêt d'autobus. À ce moment-là, l'appelant marchait en direction d'un arrêt d'autobus dans l'intention d'emprunter ce moyen de transport pour se rendre à l'endroit où le cours avait lieu. Toutefois, la douleur thoracique n'est pas survenue pendant ou en plein milieu du cours. Aucun fait ne permet raisonnablement de conclure que la blessure - en l'espèce, soit la douleur thoracique rétrosternale soit l'infarctus du myocarde - est survenue au cours de l'une des activités précisément énoncées à l'alinéa 21(3)f) de la *Loi sur les pensions*.

Cet argument présente une autre faiblesse aux yeux du comité : il ne tient pas compte de la différence, sur le plan médical, entre la douleur thoracique ou l'angine de poitrine et un véritable infarctus du myocarde. Les faits exposés dans le dossier médical ne montrent pas que l'appelant a bel et bien subi un infarctus du myocarde le 3 décembre 1998. Ils font état d'un infarctus du myocarde subi à Ottawa le 15 décembre 1998. L'appelant n'a pas consulté un médecin relativement aux douleurs ressenties le 3 décembre, et il n'a reçu un diagnostic d'infarctus du myocarde que 12 jours plus tard, après son retour à Ottawa et de nouveaux épisodes de douleurs rétrosternales survenus au Canada le 15 décembre 1998 et le 16 décembre 1998. Les éléments de preuve médicale n'indiquent pas que l'appelant a subi un infarctus au moment où il a éprouvé des douleurs rétrosternales le 3 décembre 1998, pendant qu'il participait à un cours en Virginie. En fait, les éléments de preuve font état de plusieurs épisodes de douleurs thoraciques survenus entre le 3 décembre 1998 et le 15 décembre 1998. Le dossier médical révèle en outre que l'appelant avait signalé des douleurs thoraciques avant décembre 1998.

Ainsi, même s'il est indéniable que l'appelant a éprouvé des douleurs thoraciques rétrosternales le 3 décembre 1998, il n'est pas clair, au vu des éléments de preuve médicale, que la blessure - l'infarctus du myocarde - est bel et bien survenue au cours d'une opération, d'un entraînement ou d'une activité administrative militaires, au sens de l'alinéa 21(3)f). Par conséquent, le Tribunal ne peut raisonnablement conclure que la présomption, aux termes de l'alinéa 21(3)f) de la *Loi*, est établie en l'espèce.

L'autre question soulevée par l'infarctus du myocarde est la distinction entre cette affection et la coronaropathie. Dans ses observations, le représentant avance que l'infarctus du myocarde est une manifestation de la coronaropathie. Cette affirmation concorde avec tous les autres renseignements, et le comité reconnaît qu'il s'agit d'un fait médical établi. Toutefois, les éléments de preuve montrent aussi qu'un infarctus du myocarde est un événement médical distinct, qui est révélateur de la maladie sous-jacente (coronaropathie).

Le problème qui se pose, c'est que le comité ne peut simplement conclure que l'affection à l'étude (coronaropathie) est rattachée directement au service en se fondant sur le fait qu'un symptôme de l'affection - l'infarctus du myocarde - est survenu pendant que l'appelant était membre des Forces. Arriver à cette conclusion équivaldrait à appliquer le principe de garantie - applicable uniquement aux demandes fondées sur le paragraphe 21(1) de la *Loi sur les pensions* - aux demandes relatives au service dans les forces régulières; or dans ce dernier cas, la décision est fondée sur le paragraphe 21(2) de la *Loi*. Ce n'est manifestement pas l'intention du législateur. Cela contredirait également de nombreuses décisions d'interprétation de la Cour fédérale concernant le paragraphe 21(2) de la *Loi sur les pensions*.

Le lien de causalité entre une invalidité et le service militaire, requis par le paragraphe 21(2) de la *Loi sur les pensions*, a été examiné par le juge Evans (tel était alors son titre), dans sa décision dans l'affaire *Ronald William McTague c. Canada (Procureur général) (1999) (Cour fédérale, Section de première instance)*. Dans la décision *McTague*, le juge Evans a souligné qu'en vertu du paragraphe 21(2) de la *Loi sur les pensions*, un membre des forces armées n'a pas droit à une pension du simple fait qu'il se blesse *pendant* qu'il est membre des forces armées ou qu'il est « en service ». Il a observé qu'en vertu du paragraphe 21(2) de la *Loi sur les pensions*, il doit y avoir un *lien de causalité* entre la blessure et l'exécution du service militaire pour que l'invalidité ouvre droit à pension. Aux paragraphes 66 et 67 de la décision, le juge Evans a déclaré qu'il existait une distinction selon que le service militaire était la « cause contributive » de la blessure ou le « contexte » dans lequel celle-ci est survenue. Il a conclu que le simple fait que le demandeur était au service de l'armée (service temporaire ou autre) quand il s'est blessé ne suffit pas à établir le lien de causalité nécessaire.

En appliquant l'observation de la Cour fédérale à la demande de l'appelant, le comité doit également noter que le fait, médicalement reconnu, qu'un infarctus du myocarde est un symptôme de coronaropathie soulève une autre question. Le paragraphe 21(3) établit une présomption de lien avec le service lorsqu'une blessure est survenue durant les activités expressément mentionnées qui ont causé une invalidité permanente. Dans le cas présent, l'infarctus du myocarde n'a pas *causé* la coronaropathie. En fait, c'est plutôt l'inverse qui est vrai : la coronaropathie a entraîné l'infarctus du myocarde. Cette observation contredirait la présomption énoncée à l'alinéa 21(3)*f*). Par conséquent, le Tribunal doit observer que même s'il disposait d'éléments de preuve indiquant que l'infarctus du myocarde est survenu au cours de l'une des activités liées au service décrites à l'alinéa 21(3)*f*), les éléments de preuve médicale concernant la maladie ou l'invalidité sous-jacente (coronaropathie) sembleraient suffisants pour réfuter la présomption de l'existence d'un lien de causalité entre le service et l'invalidité permanente à l'étude (coronaropathie). Il serait alors nécessaire que l'appelant fournisse des éléments de preuve suffisants pour établir un lien de causalité en application du paragraphe 21(2) de la *Loi sur les pensions*.

#### **Question en litige no 2 :**

**Est-ce que l'affection à l'étude (coronaropathie) a été causée, en tout ou en partie, par le stress psychologique découlant de la carrière de l'appelant en tant que travailleur social et officier de haut grade au MDN?**

Au vu des éléments de preuve, il est clair que l'appelant souffre d'une coronaropathie. Dans ses observations écrites, le représentant soutient que :

L'appelant prétend que la coronaropathie dont il a souffert et qui est devenue manifeste à la suite de l'infarctus du myocarde subi en 1998 pourrait avoir été favorisée par le stress professionnel associé aux divers postes qu'il a occupés à titre d'officier de haut grade dans les Forces canadiennes; par conséquent, le droit à pension peut lui être accordé sur cette base.

La question générale dont le Tribunal est saisi en l'espèce consiste à déterminer si le stress découlant de la profession de travailleur social militaire de l'appelant a été la cause directe, en tout ou en partie, de la coronaropathie de l'appelant en vertu des paragraphes 21(2) ou 21(2.1) de la *Loi sur les pensions*. Pour trancher cette question, il faut se rappeler que le stress aigu et le stress chronique sont deux entités distinctes. Comme le comité l'avait déjà observé, il semble indéniable, au vu des éléments de preuve médicale, qu'un épisode aigu - c.-à-d. sévère et de courte durée - de stress émotionnel ou physique peut provoquer un infarctus du myocarde.

Le principal argument, en l'espèce, est le fait qu'un stress chronique - c.-à-d. prolongé - a aggravé l'affection sous-jacente (coronaropathie), et non que le stress aigu a déclenché l'infarctus du myocarde. Toutefois, à la



lumière des éléments de preuve médicale selon lesquels l'infarctus du myocarde peut être déclenché par un stress aigu, le comité s'est également demandé si des éléments de preuve établissaient que l'infarctus du myocarde de l'appelant pouvait avoir été causé par un stress aigu consécutif au service. Cependant, ni les rapports médicaux du D<sup>r</sup> Turek ou du D<sup>r</sup> Leach, ni les autres éléments de preuve au dossier n'indiquent que ce fut le cas. Aucun élément de preuve ne permet de croire que l'infarctus du myocarde survenu le 15 décembre 1998 - jour où l'appelant a été admis à l'hôpital - a été déclenché par un événement engendrant un stress aigu survenu au travail ou consécutif au travail de l'appelant. Après avoir examiné les éléments de preuve médicale concernant les problèmes médicaux de l'appelant et les observations faites le 3 décembre, date du premier épisode de douleurs thoraciques rétrosternales, ainsi que les rapports du 15 et du 16 décembre 1998, faisant état d'un diagnostic d'infarctus du myocarde, le Tribunal ne peut raisonnablement conclure que l'infarctus du myocarde de l'appelant a été provoqué par un épisode de stress émotionnel aigu consécutif au service.

Le comité examine maintenant l'argument principal en l'espèce, soit la question de savoir si le stress chronique - c.-à-d. prolongé - a aggravé la maladie sous-jacente (coronaropathie). Le comité note qu'il n'a pas été soumis, en l'espèce, que le stress mental chronique était l'unique ou le principal agent causal de l'invalidité de l'appelant. Le comité observe donc que la principale question à trancher dans le présent appel est de savoir s'il existe des preuves à l'appui de l'hypothèse selon laquelle le stress psychologique peut provoquer l'affection (coronaropathie) ou être l'un des facteurs favorisant l'apparition de celle-ci.

**Question en litige no 2a) : Pension d'invalidité entière en vertu du paragraphe 21(2) de la Loi sur les pensions :**

Une pension d'invalidité entière, en vertu du paragraphe 21(2) de la *Loi sur les pensions*, ne peut être accordée en l'absence de preuves que le service militaire de l'appelant a été la cause principale de l'affection. Pour en arriver à cette conclusion, le Tribunal renvoie aux commentaires du juge Nadon (à l'époque où ce dernier était encore juge à la Section de première instance), dans l'affaire *MacNeill c. Canada*, (1998). Le juge Nadon avait alors indiqué qu'une pension ne pouvait être accordée en vertu du paragraphe 21(2) de la *Loi sur les pensions*, que s'il est établi que le service militaire accompli par le demandeur est la cause principale de l'invalidité. À défaut de quoi, subsidiairement, une fraction de pension peut aussi être accordée en vertu du paragraphe 21(2.1) de la *Loi sur les pensions*, lorsqu'une partie ou une fraction de l'invalidité permanente sous-jacente a été *aggravée* de quelque manière par le service militaire de l'appelant.

Les éléments de preuve dont dispose le comité ne donnent pas à penser que le stress associé au service militaire a été la cause principale de la coronaropathie. Le comité note également que les éléments de preuve médicale figurant dans le dossier de l'appelant indiquent clairement la présence de plusieurs facteurs de causalité et facteurs de risque importants et médicalement reconnus de coronaropathie, dont aucun n'est relié au service. Les facteurs de risque médicalement reconnus de coronaropathie qui, selon la preuve, sont présents dans les antécédents médicaux de l'appelant sont les suivants : tabagisme; âge avancé; antécédents familiaux de maladie cardiaque; dyslipidémie <sup>10</sup>; hypertension; âge; et sexe masculin. Les faits, en l'espèce, montrent qu'au moment où l'appelant a subi un infarctus du myocarde, en 1998, il était âgé de 54 ans. Il travaillait alors depuis plus de 22 ans au MDN à titre de travailleur social militaire. Toutefois, les éléments de preuve au dossier révèlent qu'il avait souffert de douleurs thoraciques avant 1998.

Il ne fait aucun doute que les facteurs de risque présents dans les antécédents médicaux de l'appelant ne sont pas reliés au service. Il est médicalement reconnu que les facteurs de risque présents dans le dossier de l'appelant sont parmi les plus importants facteurs de risque de coronaropathie, fait qui est confirmé par les renseignements médicaux de la section « Artériosclérose » des *Directives médicales de la Table des invalidités d'Anciens Combattants Canada*, par d'autres éléments de preuve contenus dans les articles médicaux soumis au Tribunal de même que par le *Manuel Merckc*. Vu ce qui précède, le comité ne peut raisonnablement conclure que le stress psychologique consécutif au service militaire de l'appelant à titre de travailleur social pourrait être la cause principale de la coronaropathie de l'appelant. Le comité ne peut donc conclure que l'appelant a droit à une pension d'invalidité à part entière pour sa coronaropathie en vertu du paragraphe 21(2) de la *Loi sur les pensions*.

**Question en litige no 2(b) : Droit à pension partiel fondé sur « l'aggravation d'une affection » en vertu du paragraphe 21(2.1) de la Loi sur les pensions :**

Le comité examine maintenant le fondement de la demande, selon les arguments du représentant. Le représentant a soumis que le Tribunal pouvait accorder une fraction de pension ou une pension partielle à l'égard d'une aggravation en vertu du paragraphe 21(2.1) de la *Loi sur les pensions*, étant donné que même si l'invalidité n'est pas entièrement reliée au service, on peut supposer que le stress associé au service de l'appelant à titre de travailleur social a favorisé et aggravé l'affection à l'étude (coronaropathie).

Aux termes du paragraphe (2.1), si une pension est accordée à l'égard de l'aggravation d'une blessure ou maladie «... seule la fraction [...] du degré total d'invalidité qui représente l'aggravation peut donner droit à une pension. » Le paragraphe 21(2.1) de la *Loi sur les pensions* vise à accorder une indemnisation partielle dans les cas où il n'existe qu'un lien de causalité partiel entre une invalidité et le service militaire. Il y est clairement précisé que la pension à l'égard d'une aggravation doit être accordée en proportion du degré de causalité pouvant raisonnablement être directement attribué au service militaire. L'exigence légale impérieuse qu'il existe des preuves du lien de causalité s'applique aux demandes présentées en vertu du paragraphe (2.1). Même s'il n'est pas indispensable, en vertu du paragraphe 21(2.1), que le service militaire soit la seule et principale cause de l'invalidité, il faut néanmoins présenter des éléments de preuve vraisemblables du lien de causalité partiel.

Les commentaires du juge Evans dans l'affaire *Ronald William McTague* s'appliquent aux demandes à l'égard d'une aggravation en vertu du paragraphe 21(2.1) de la *Loi*, étant donné que les paragraphes 21(2) ou (2.1) de la *Loi sur les pensions* n'ont pas pour objet d'accorder une pension aux membres des forces armées du simple fait qu'ils se sont blessés ou sont devenus invalides *pendant* qu'ils étaient membres des forces régulières ou qu'ils étaient « en service ». Ainsi, un requérant ne se verra accorder une fraction de pension ou une pension partielle que si des éléments de preuve montrent qu'une partie précise de *l'invalidité permanente* a été directement causée par le service militaire du requérant. Le fait qu'une invalidité est devenue apparente ou symptomatique pendant que l'appelant *était dans les Forces armées* ne permet pas automatiquement ou nécessairement de conclure que l'invalidité a été causée par des facteurs consécutifs au service militaire. Pour établir le lien de causalité partiel, les éléments de preuve doivent appuyer de manière raisonnable l'hypothèse selon laquelle le service militaire a été la cause directe *d'une partie ou d'une fraction identifiable de l'invalidité*, ou qu'il a eu un effet discernable sur le degré d'invalidité permanente.

Le comité reconnaît que l'étiologie de certaines affections ou incapacités peut être multifactorielle, en ce sens qu'il peut y avoir plus d'une cause et, éventuellement, plusieurs facteurs contributifs à certaines incapacités. Toutefois, dans les demandes où il est allégué que le service militaire *n'a été qu'une cause parmi d'autres* pouvant avoir contribué à l'invalidité, il faut disposer de preuves suffisantes indiquant qu'un facteur relié au service a bel et bien contribué de manière directe, importante et médicalement discernable à l'aggravation permanente de l'invalidité sous-jacente. Autrement dit, pour établir un droit à pension partiel proportionnel à l'aggravation, en vertu du paragraphe 21(2.1) de la *Loi*, le Tribunal doit disposer d'éléments de preuve suffisants pour conclure qu'un certain facteur consécutif au service a contribué de manière importante à une partie de l'invalidité.

Dans le cas d'une demande à l'égard d'une aggravation, en vertu du paragraphe 21(2.1) de la *Loi*, les questions suivantes s'appliquent : Est-ce que les éléments de preuve donnent à penser que les facteurs consécutifs au service militaire ont influé sur la rapidité d'évolution de l'affection? Est-ce que les éléments de preuve donnent à penser que les facteurs consécutifs au service militaire ont eu un retentissement sur la gravité initiale de l'affection ou l'ont accrue? Est-ce que les éléments de preuve indiquent que l'affection aurait évolué de la même manière et présenté la même gravité, même si l'appelant n'avait pas été en service militaire?

À la lumière de ce qui précède, le comité observe que la dernière question en litige à trancher relativement au paragraphe 21(2.1) de la *Loi sur les pensions* est la question de savoir si le Tribunal peut conclure que le stress psychologique chronique consécutif à la carrière de l'appelant comme travailleur social et officier de haut grade au MDN peut avoir contribué de manière importante à l'évolution ou à l'aggravation permanente de la coronaropathie de l'appelant?

### **Demandes fondées sur des agents stressants psychologiques chroniques L'épreuve du droit**

Étant donné que la présente affaire est fondée sur l'allégation selon laquelle des agents stressants psychologiques excessifs consécutifs aux responsabilités professionnelles de l'appelant en tant que travailleur

social ont été la cause principale ou un facteur important dans l'évolution de la coronaropathie de l'appelant, le comité doit examiner et considérer avec objectivité tout facteur physique, physiologique et psychologique qui peut éventuellement avoir contribué à l'apparition de l'affection à l'étude (coronaropathie). Comme dans toute demande fondée sur une allégation voulant que des agents stressants psychologiques excessifs aient causé une invalidité, les croyances subjectives de l'appelant à l'égard des facteurs de stress professionnel excessif ne sont pas les seuls critères ni les critères décisifs dans la détermination du lien de causalité en vertu du paragraphe 21(2) de la *Loi sur les pensions*. Même s'il faut prendre les appelants « comme ils sont », avec les facteurs de vulnérabilité et les caractéristiques qu'ils présentent, il est aussi essentiel que la gravité ou la sévérité relative de l'agent stressant lié au service soit évaluée de manière objective<sup>11</sup>.

Le TACRA respecte les principes énoncés par les tribunaux canadiens et d'autres tribunaux dans les décisions relatives aux demandes mettant en cause le stress psychologique ou mental chronique. Les tribunaux ont confirmé que l'analyse nécessaire à la détermination de la cause de l'invalidité à l'étude comprendra une évaluation objective des perceptions subjectives de l'appelant à l'égard des agents stressants professionnels. La gravité relative et la gravité des incidents et des facteurs de stress professionnel déclarés doivent être considérées et appréciées objectivement, compte tenu des réactions de l'appelant et de sa perception des événements. Le Tribunal doit déterminer si les agents stressants déclarés par l'appelant étaient directement imputables à son travail en tant que travailleur social ou à d'autres causes, tels que des traits de personnalité inhérents et des réactions personnelles aux situations professionnelles. Le Tribunal observe que cette approche de la question juridique de la cause s'applique à tout cas où le *stress psychologique chronique est le fondement de la demande*, que l'affection à l'étude soit une affection psychiatrique, comme la dépression, ou une invalidité physiologique, comme une coronaropathie.

### **Analyse objective - Rôle des agents stressants d'origine professionnelle dans l'apparition de la coronaropathie**

Le Tribunal a examiné les éléments de preuve présentés par l'appelant en ce qui a trait au stress signalé et subi par ce dernier pendant sa carrière de travailleur social. Il a tenté de déterminer si les agents stressants découlaient directement du travail de l'appelant comme travailleur social ou s'ils étaient attribuables à la personnalité de l'appelant et à ses perceptions personnelles des événements extérieurs. Le comité a également évalué les perceptions subjectives de l'appelant en regard des éléments de preuve relatifs à d'autres facteurs médicaux présents dans le profil de l'appelant qui sont réputés favoriser l'apparition de la coronaropathie.

Le Tribunal reconnaît que l'emploi de l'appelant dans les Forces canadiennes était exigeant; il reconnaît également que ce dernier a aujourd'hui la perception subjective que ses réactions de stress ont contribué à son invalidité. Le comité ne doute pas que l'appelant a été appelé à exécuter un travail exigeant sur le plan émotif. Au vu des éléments de preuve, il est également manifeste qu'il s'est acquitté de ses fonctions avec beaucoup de dévouement et d'ardeur. Toutefois, le comité doit souligner que les situations et les incidents professionnels décrits par l'appelant semblent découler de la nature même de la profession de travailleur social. Le comité ne dispose d'aucun élément de preuve pouvant laisser croire que l'appelant a fait face, dans le cadre de son travail, à des situations auxquelles sa formation ne l'avait pas préparé ou auxquelles il ne pouvait prévoir être confronté à titre de travailleur social. Rien ne permet de croire qu'il a subi un stress d'une intensité supérieure à celle à laquelle un travailleur social peut normalement s'attendre à faire face dans l'exercice de ses fonctions. En définitive, les éléments de preuve n'indiquent pas que les situations particulières vécues par l'appelant étaient excessivement stressantes ou inhabituelles comparativement à celles auxquelles un travailleur social peut s'attendre dans le cadre de son travail.

Il est également clair, au vu des éléments de preuve présentés par l'appelant, que ce dernier attribue bon nombre de ses expériences stressantes au MDN à un différend persistant avec la hiérarchie du MDN. Selon les observations de l'appelant, le rôle et le travail des travailleurs sociaux, en tant que groupe, n'étaient pas suffisamment reconnus et respectés au sein de cette organisation. Dans sa lettre en date du 25 septembre 2003, il a décrit la situation en ces termes : « un conflit latent et constant avec la hiérarchie du SSFC, ayant pour issue la survie même de la classification de travailleur social au sein des FC ». Dans sa lettre de septembre 2003, un énoncé indique clairement que ce conflit occupait une place importante parmi les problèmes rencontrés par l'appelant au MDN. S'il ne fait pas de doute que cette situation a été désagréable et pénible pour l'appelant, les éléments de preuve n'indiquent pas que ce conflit a pris une ampleur

dépassant celle des différends, des « guerres intestines » et des divergences d'opinions, regrettables mais néanmoins prévisibles, qui surviennent parfois au sein des organisations.

Le Tribunal doit également souligner que les renseignements médicaux mis à sa disposition ne font nullement mention de stress ou de problèmes de stress, exception faite de l'incident survenu pendant que l'appelant rédigeait sa thèse de maîtrise. En fait, les documents soumis à l'appui de la demande démontrent clairement que l'appelant exécutait très bien son travail et que le MDN reconnaissait son grand dévouement et son excellent rendement. Ils indiquent également que les évaluations de rendement de l'appelant et les nombreux prix de reconnaissance qui lui ont été attribués au cours de sa carrière témoignent des réalisations importantes de ce dernier.

Dans ce contexte, il convient de noter l'absence d'éléments de preuve indiquant que l'appelant a fait état d'un niveau de stress excessif ou a fait part de ses inquiétudes à ses supérieurs, à ses collègues ou à d'autres personnes concernant la nature de son travail ou sa charge de travail. Rien non plus ne permet de croire que l'appelant ait formulé une plainte ou demandé de l'aide concernant ses fonctions de travailleur social, ou ait exprimé des doutes quant à sa capacité personnelle de s'acquitter des tâches supplémentaires qu'il avait acceptées ou qu'on lui avait attribuées. Il n'existe pas non plus de preuve objective laissant croire que l'appelant a subi une grave réaction de stress consécutive à l'une ou l'autre des fonctions dont il devait s'acquitter en tant que travailleur social. Objectivement, le comité doit conclure que les éléments de preuve n'indiquent pas que les expériences de l'appelant dans le cadre du service militaire étaient inhabituelles ou d'une ampleur dépassant celle des difficultés et problèmes habituels auxquels sont généralement confrontés les officiers de haut grade au MDN, ou tout employé de haut niveau dans n'importe quelle grande organisation, en particulier dans cette profession.

### **Évaluation des preuves fondées sur un avis ainsi que des renseignements médicaux sur la cause de la coronaropathie**

Le comité a examiné les avis médicaux du D<sup>r</sup> A.J. Leach (FRCPC), cardiologue et directeur de l'unité cardio-pulmonaire, unité de soutien des FC (soins de santé) et de D<sup>r</sup> S. Wayne Lee, (Ph. D., directeur - Performance humaine et promotion de la santé dans les Forces canadiennes), (AD-M2 et AD-M3). Ces avis ont été présentés à l'appui de l'allégation selon laquelle les agents stressants associés au service de l'appelant en tant que travailleur social au MDN auraient aggravé sa coronaropathie. Le Tribunal a examiné les deux avis afin de déterminer s'ils renfermaient des éléments de preuve permettant de conclure que le stress professionnel chronique avait causé ou favorisé de manière importante la coronaropathie de l'appelant.

La thèse manifestement énoncée dans les deux avis, c'est que le stress chronique découlant des responsabilités professionnelles joue un certain rôle dans l'apparition de la coronaropathie. Toutefois, cette thèse est infirmée par les conclusions de nombreuses études sur le stress chronique et la coronaropathie ainsi que par l'information exposée dans les *Directives médicales sur l'artériosclérose d'Anciens Combattants Canada*, de même que par la littérature médicale et les articles recensés par le Tribunal relativement à la cause de la coronaropathie. Cette divergence de vue constitue le noeud de la question dont le Tribunal est saisi en l'espèce. Le Tribunal a donc examiné très attentivement ces avis, sous l'angle de leur contenu et du caractère probant des données médicales sur lesquelles ils reposent. Le comité remarque en premier lieu que les preuves fondées sur un avis ne renvoient nullement à une étude scientifique ou à des données pour appuyer leurs conclusions et que, à maints égards, les avis n'abordent pas directement la question médicale ayant trait au rôle du stress chronique dans l'apparition de la coronaropathie.

Ainsi, l'avis du D<sup>r</sup> Leach, en date du 25 janvier 2004, porte sur la possibilité que le stress aigu provoque un infarctus du myocarde, en présence d'une coronaropathie. Les énoncés figurant à la page deux de cet avis ne contredisent pas les autres renseignements médicaux soumis à ce sujet. Toutefois, cet avis *n'aborde pas réellement la question cruciale qui consiste à savoir comment la coronaropathie est elle-même provoquée par le stress chronique*. À la page un, le D<sup>r</sup> Leach affirme que le stress professionnel a joué un rôle dans la coronaropathie de l'appelant et dans l'évolution de son problème cardiaque, mais cette affirmation demeure inexplicée et non étayée. L'avis du D<sup>r</sup> Leach pourrait laisser croire que ce dernier avait l'impression que l'appelant a vécu au travail un événement engendrant un stress émotif aigu, lequel aurait déclenché l'infarctus du myocarde. Si telle est son impression, elle n'est corroborée par aucun des faits en l'espèce. Le comité note également que le D<sup>r</sup> Leach a déclaré dans son avis médico-légal que les symptômes de

l'appelant caractérisés par à un apport sanguin insuffisant ont débuté pendant le séjour de celui-ci en Virginie. Cette affirmation semble contredire les faits exposés par le D<sup>r</sup> Leach dans un rapport médical antérieur en date du 7 janvier 1999, dans lequel il affirmait que « les antécédents d'inconfort provenant d'une douleur thoracique remontaient à plusieurs années. »

Le Tribunal observe également qu'au vu des éléments de preuve médicale clairs dont il dispose faisant état des antécédents de tabagisme, d'hypertension artérielle et de dyslipidémie <sup>12</sup> ainsi que des antécédents familiaux de problèmes cardiaques de l'appelant, on pourrait raisonnablement s'attendre à ce que le D<sup>r</sup> Leach aborde les répercussions de ces facteurs étiologiques sur l'évolution de la coronaropathie, dans son explication du rôle joué selon lui par le stress professionnel dans la coronaropathie de l'appelant. Il faudrait, à tout le moins, reconnaître l'existence de tous les facteurs de risque et expliquer la mesure dans laquelle tous les facteurs étiologiques physiologiques présents en l'espèce pourraient raisonnablement avoir influé sur l'apparition ou l'évolution de la coronaropathie; c'est à cette condition seulement que l'on pourra aborder de manière crédible la question de la cause et raisonnablement arriver à la conclusion qu'une pension pour aggravation pourrait être accordée en vertu du paragraphe 21(2.1) de la *Loi sur les pensions*. Dans la même veine, le Tribunal aurait disposé d'un avis plus crédible et plus fiable, auquel il aurait alors pu accorder un plus grand poids, si l'allégation selon laquelle le stress professionnel de l'appelant pourrait avoir causé sa coronaropathie avait été étayée par certaines données ou études ou par un raisonnement d'ordre médical.

Dans la présente affaire et dans toute affaire entendue par le Tribunal, un témoin médical a essentiellement pour rôle de fournir des éléments de preuve médicale afin de faire la lumière sur toute question d'ordre médical liée à l'invalidité faisant l'objet de la demande de pension. Le Tribunal a pris connaissance de l'avis long et détaillé du D<sup>r</sup> S. Wayne Lee (Ph.D.), en date du 26 septembre 2003, et constate que D<sup>r</sup> Lee est titulaire d'un doctorat et directeur - Performance humaine et promotion de la santé au sein des Forces canadiennes. Il est clair, selon l'avis et les autres éléments de preuve au dossier, que D<sup>r</sup> Lee a été expressément prié d'intervenir en faveur de l'appelant et d'appuyer la théorie voulant que le stress ait été la principale cause du problème de santé de ce dernier. D<sup>r</sup> Lee n'est pas médecin. Dans son avis, il mentionne les nombreux facteurs de risque qui favorisent la coronaropathie, notamment le sexe, le tabagisme, l'hérédité, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et d'autres facteurs liés au comportement ainsi que des facteurs de risque environnementaux. Toutefois, il ne va pas jusqu'à analyser l'influence de ces facteurs de risque présents dans les antécédents médicaux de l'appelant sur la coronaropathie de ce dernier, et n'exprime pas non plus d'opinion à ce sujet.

D<sup>r</sup> Lee observe que les personnes soumises au stress ont parfois recours à des mécanismes d'adaptation, tels que le tabagisme, la consommation de drogues, de médicaments de prescription et d'alcool, qui les exposent à un risque accru. En ce qui concerne la cause de la maladie cardiaque, D<sup>r</sup> Lee décrit la réaction de combat ou de fuite et explique comment le stress stimule les réactions du système nerveux sympathique. Il soutient ensuite que « l'exposition prolongée aux agents stressants peut provoquer des modifications structurales du système d'apport sanguin [...] et, dans certains cas, modifier la morphologie du cœur, provoquant ainsi des maladies dont la coronaropathie et, éventuellement, une crise cardiaque ou le décès. » Il aborde également des questions entourant la prévention de la maladie cardiaque et fait état de l'hypothèse voulant que le stress aigu puisse provoquer un infarctus du myocarde ou le décès. D<sup>r</sup> Lee parle toutefois de stress prolongé, sans faire une nette distinction entre le stress aigu et le stress chronique ni mentionner le rôle que le stress aigu peut jouer en déclenchant l'infarctus du myocarde.

Dans sa lettre, D<sup>r</sup> Lee exprime également son admiration à l'égard du travail et des réalisations de l'appelant. Il souligne le dévouement professionnel de ce dernier et son apport important et précieux dans les Forces canadiennes. D<sup>r</sup> Lee précise également que l'appelant a adopté des habitudes de vie positives et il écrit :

. . . je peux personnellement affirmer que l'appelant a pris des mesures précises en vue de réguler le degré de stress qu'il éprouvait. Dans le dossier comprenant son (Rapport de l'évaluation du rendement) Rapport de l'évaluation du rendement, de nombreux superviseurs ont également commenté ses habitudes de vie saines parmi lesquelles on peut souligner, l'importance accordée à la spiritualité, dans sa vie personnelle, et à une bonne condition physique, ainsi qu'à sa vie familiale.

Bien que nombre des déclarations de D<sup>r</sup> Lee soient crédibles et concordent avec la littérature médicale dont le Tribunal a pris connaissance, elles ne fournissent pas d'information portant directement sur la question qui

intéresse au premier chef le Tribunal, car elles n'établissent pas de lien direct entre la coronaropathie de l'appelant et ses fonctions de travailleur social militaire. En définitive, D<sup>r</sup> Lee ne renvoie à aucune étude ou autorité médicale susceptible de corroborer la théorie voulant qu'il existe un lien direct entre les modifications des artères associées à la coronaropathie et le stress chronique, ou d'établir que le stress chronique d'origine professionnelle est une cause directe ou un facteur contributif important du processus dégénératif intervenant dans la coronaropathie. Le fait que l'appelant faisait preuve d'un grand zèle au travail et qu'il était manifestement tenu en haute estime par son collègue n'est pas suffisant pour établir le lien de causalité nécessaire pour permettre au Tribunal de conclure que l'appelant a droit à une pension pour une coronaropathie.

Le comité souligne également que les avis du D<sup>r</sup> Leach et du D<sup>r</sup> Lee mettent clairement en évidence le rôle du stress, en particulier du stress professionnel, dans l'apparition de la coronaropathie de l'appelant, tout en faisant peu de cas des autres facteurs de risque médicalement reconnus de coronaropathie, qui font partie du profil de l'appelant. Étant donné que les éléments de preuve au dossier font état de nombreux facteurs non liés au service qui font peser sur l'appelant un risque élevé de coronaropathie, et que les avis du D<sup>r</sup> Leach et de D<sup>r</sup> Lee ne prennent pas en compte le rôle de ces importants facteurs de risque, le comité a des réserves à l'égard de la fiabilité et de la crédibilité de ces deux avis. Aucun de ces deux avis n'aborde directement la question de savoir s'il existe un fondement médical solide à la théorie voulant que le stress chronique joue un rôle direct dans l'apparition de la coronaropathie.

Le Tribunal a examiné l'étude intitulée *l'Impact des facteurs psychologiques sur la pathogenèse des maladies cardio-vasculaires et les implications thérapeutiques* et remarque que même si, selon l'article, la personnalité et les facteurs psychologiques peuvent jouer un rôle dans l'évolution de la coronaropathie, ce rôle n'est pas direct. Premièrement, l'article précise que le risque de coronaropathie est accru en présence de certains facteurs psycho-sociaux. Ces facteurs psycho-sociaux sont les suivants : 1) dépression; (2) anxiété; (3) facteurs liés à la personnalité et traits de caractère; (4) isolement social; et (5) stress chronique de la vie. Selon cet article, ces cinq facteurs constituent : « des conditions psychosociales [qui] contribuent à créer, à une plus grande fréquence, des comportements nuisibles à la santé, tels qu'un mauvais régime alimentaire, l'usage du tabac, ainsi que des mécanismes patho-physiologiques directs. . . . »

Après analyse de l'article, le Tribunal doit signaler que les agents stressants d'origine professionnelle ne font pas partie des « facteurs psychologiques » plus particulièrement étudiés. Même dans le cas des cinq facteurs de stress psycho-sociaux étudiés, il n'existait pas de relation directe de cause à effet entre l'un ou l'autre de ces cinq facteurs (dépression; anxiété; facteurs liés à la personnalité et traits de caractère; isolement social; et stress chronique de la vie) et la coronaropathie. En fait, les chercheurs ont conclu que ces facteurs influent sur la mesure dans laquelle les personnes adoptent des comportements à risque élevé, lesquels à leur tour augmentent le risque de coronaropathie. On a observé, plus précisément, que ces facteurs psycho-sociaux étaient liés à un risque accru de tabagisme, de mauvaise alimentation et de consommation excessive d'alcool, autant de facteurs qui favorisent la coronaropathie.

En ce qui concerne le lien entre le stress psycho-social chronique et la coronaropathie, l'article fait mention d'études menées chez l'animal, en particulier chez le macaque de Buffon. Selon les auteurs, les études chez l'animal, et notamment chez ce singe « révèlent que le stress chronique provenant de facteurs psycho-sociaux peut mener, probablement par le biais d'un mécanisme générant une activité excessive du système nerveux autonome, à l'exacerbation de l'athérosclérose coronarienne, ainsi qu'au dysfonctionnement endothélial et même à la nécrose. » Les auteurs soutiennent qu'en raison des similitudes sur les plans physiologique et social entre ces singes et les humains, les études chez l'animal peuvent appuyer la thèse voulant que le stress psycho-social chronique contribue dans une certaine mesure à exacerber la coronaropathie chez l'humain. Ce serait faire sérieusement entorse à la logique de conclure que les études menées chez les singes et d'autres animaux sur les effets du stress psycho-social chronique constituent des preuves d'un lien de causalité direct ou important entre la coronaropathie chez les humains et le stress professionnel.

Il convient de noter que les auteurs de l'article *l'Impact des facteurs psychologiques sur la pathogenèse des maladies cardio-vasculaires et les implications thérapeutiques* reconnaissent que, dans le passé, on a émis l'hypothèse que certains types de personnalité (type A) et certains traits de caractère (compétitivité, hostilité, dévouement excessif au travail) peuvent prédisposer les sujets à la coronaropathie. Les auteurs de l'article concluent cependant qu'en dépit des nombreuses études consacrées à l'influence du caractère ou de la personnalité, il n'existe aucune preuve cohérente évoquant catégoriquement l'existence d'un lien entre la

coronaropathie et le type de personnalité ou les traits de caractère. Les auteurs ont clairement affirmé qu'« une série d'études ont montré qu'il n'existe pas de corrélation entre les personnalités et les comportements de type A et un risque accru d'insuffisance coronarienne. » "

L'article porte également sur le stress chronique et le stress subaigu de la vie; selon les auteurs, le stress professionnel est le « stress chronique de la vie » qui a été le plus largement examiné dans les études sur la coronaropathie. Il importe de noter que les chercheurs n'ont pas, eux-mêmes, effectué une étude indépendante pour évaluer le rôle que le stress professionnel peut jouer, comparativement aux autres stress de la vie, dans la coronaropathie. Bien que les auteurs de l'article se penchent sur le rôle du « stress chronique et subaigu de la vie », ils le font strictement en examinant d'autres études antérieures. Le stress professionnel y est mentionné dans le cadre de l'analyse des agents stressants de diverses sources, mais les auteurs ne tentent pas de mesurer, de cerner plus précisément ni d'isoler la contribution relative du stress professionnel en regard de l'ensemble des facteurs de stress de la vie. L'article ne renferme ni données ni preuves nouvelles qui pourraient laisser croire que le stress professionnel chronique contribue de manière importante à l'évolution de la coronaropathie, comparativement aux autres causes physiologiques organiques et agents stressants connus. Par conséquent, cette étude ne permet pas vraiment de conclure que le stress professionnel est une cause directe ou même un facteur contributif important de l'apparition de l'athérosclérose.

### Conclusions

Le Tribunal a considéré et apprécié tous les éléments de preuve ci-dessus en tenant compte de son obligation statutaire de tirer des éléments de preuve qui lui sont présentés les conclusions les plus favorables possible à l'appelant, conformément à l'article 39 de la *Loi sur le tribunal des anciens combattants (révision et appel)*. Le Tribunal a examiné les éléments de preuve, les faits et les circonstances en l'espèce, compte tenu de son obligation de trancher en faveur de l'appelant toute incertitude quant au bien-fondé de la demande. Le Tribunal rappelle cependant que l'article 39 de la *Loi* ne signifie pas que le comité doit automatiquement accepter toute demande, quelle qu'elle soit, soumise par un appelant. Cet article ne soustrait pas l'appelant à l'obligation de fournir des éléments de preuve suffisants pour étayer raisonnablement la demande.

Il est clair, en l'espèce, que les éléments de preuve présentés par l'appelant n'appuient pas la conclusion selon laquelle le stress professionnel est réputé être une cause directe ou un facteur contributif important de l'apparition de l'athérosclérose ou de la coronaropathie. Par conséquent, le Tribunal doit conclure que l'information concernant l'artériosclérose qui figure dans les *Directives médicales d'Anciens Combattants Canada* n'a pas été réfutée ni contredite par les éléments de preuve au dossier, pas plus que par les études médicales récentes. Selon l'information dont dispose le Tribunal, les antécédents médicaux de l'appelant - notamment les antécédents de tabagisme, d'hypertension, la présence d'hormones sexuelles mâles et les concentrations anormales de lipides sanguins, ainsi que les antécédents familiaux de maladie cardiaque et l'âge avancé - montrent que l'appelant présente six facteurs de causalité médicalement reconnus et importants de coronaropathie. En revanche, les éléments de preuve dont dispose le Tribunal concernant le rôle du stress chronique n'indiquent pas qu'il existe un fondement plausible ou fiable permettant raisonnablement de conclure que le stress chronique et les facteurs psychologiques sont également des facteurs étiologiques importants de la coronaropathie.

Le Tribunal doit également rappeler que même si les éléments de preuve ou les études qu'il a examinés avaient permis de conclure que les facteurs psycho-sociaux et la personnalité influent directement sur l'apparition de la coronaropathie, aucune preuve ne permet d'établir un lien de causalité direct entre la coronaropathie et le service. Le fait qu'une personne a subi une réaction de stress indésirable à la suite d'événements survenus dans l'exercice de ses fonctions ne prouve pas que le stress découlait directement du travail, plutôt que d'être un facteur lié à la personnalité du sujet ou à une prédisposition naturelle. Il est simpliste d'affirmer que le stress chronique découle directement de la profession d'une personne, alors qu'il est, en fait, un problème plus complexe : il est plutôt l'aboutissement des facteurs liés à la personnalité et des réactions personnelles aux événements extérieurs, dont bon nombre ne découlent pas du service. Quoi qu'il en soit, au vu des études médicales et des éléments de preuve ayant trait au rôle du stress psychologique et de la personnalité dans l'apparition de la coronaropathie, le comité n'a pas obtenu la preuve de l'existence d'un lien direct entre les agents stressants psychologiques et l'apparition de la coronaropathie.

Le Tribunal observe également que la conclusion selon laquelle il n'existe pas de preuves d'un lien entre les facteurs psychologiques et la coronaropathie a été confirmée dernièrement par d'autres études, dont une étude plus récente publiée dans le *New England Journal of Medicine* en novembre 2000<sup>13</sup>. Dès lors, le Tribunal estime que les études médicales récentes ne corroborent pas l'allégation voulant que le stress chronique soit la cause principale ou directe ou même un facteur contributif important de la coronaropathie. Tout au plus, un examen de tous les éléments de preuve actuellement disponibles indique que même si le lien entre le stress (à savoir le stress chronique de la vie) et la coronaropathie a fait l'objet de nombreuses études médicales pendant des années, il n'existe aucune preuve d'un lien direct. Rien ne permet de conclure que le stress chronique est un facteur prédictif fiable de la coronaropathie.

Dans la décision de la Cour d'appel fédérale *Daniel William Elliot c. Canada (Procureur général) (pour le Tribunal des anciens combattants (révision et appel))*, (2003) CAF 298, le juge Nadon a fait valoir que la prescription enjoignant de tirer les conclusions les plus favorables possible aux termes de l'article 39 de la *Loi sur le tribunal des anciens combattants (révision et appel)* surgit une fois que le Tribunal dispose d'éléments de preuve suffisants pour conclure que l'existence d'un lien entre le service militaire et l'affection à l'étude est davantage qu'une simple possibilité. Au paragraphe 46 de la décision *Elliot*, le juge Nadon affirme :

«pour que la prescription enjoignant de tirer les conclusions les plus favorables possible ait un sens, elle doit s'appliquer dans les cas où une déduction ne serait pas tirée par prépondérance des probabilités. Une déduction raisonnable est donc celle qui n'est pas nécessairement probable mais qui est néanmoins davantage qu'une simple possibilité. Après un examen de l'ensemble des circonstances, je constate que les éléments de preuve ne peuvent établir davantage qu'une possibilité indiquant que la diarrhée de l'appelant a provoqué le syndrome du côlon irritable, et que le Tribunal ne peut donc raisonnablement conclure qu'elle en a été la cause.

Un examen de l'ensemble des faits, des circonstances et des éléments de preuve en l'espèce ne fait pas ressortir de manière plausible qu'il existe, ne serait-ce qu'une simple possibilité, que le stress chronique consécutif aux fonctions de travailleur social militaire exercées par l'appelant a favorisé dans une large mesure la coronaropathie de ce dernier. S'il est indéniable que l'appelant souffre d'une coronaropathie et qu'il était membre de la Force régulière lorsque l'affection à l'étude s'est manifestée, les éléments de preuve ne permettent pas de tirer la conclusion qu'il existe un lien de causalité entre le stress associé à sa profession de travailleur social militaire et l'apparition de l'affection à l'étude. Il est indéniable que la coronaropathie s'est manifestée dans le contexte du service militaire. Cependant, en ce qui concerne la cause réelle de la coronaropathie, les éléments de preuve médicale dans le présent appel font ressortir la présence de plusieurs facteurs étiologiques de la coronaropathie, importants et non liés au service. Comme nous l'avons indiqué antérieurement dans cette décision, parmi les facteurs prédisposants et contributifs figurent : les antécédents de tabagisme jusqu'à la date de l'infarctus du myocarde en 1998; l'âge avancé; les antécédents familiaux de maladie cardiaque; la dyslipidémie; l'hypertension; et le sexe masculin.

En revanche, un examen de l'ensemble des études et des éléments de preuve médicale portant sur la possibilité qu'il existe un lien entre le stress chronique et la coronaropathie révèle que, à ce jour, on ne dispose d'aucune preuve que le stress chronique est un facteur prédictif de la coronaropathie. Par conséquent, aucune preuve de fait ou preuve circonstancielle n'est raisonnablement susceptible d'appuyer une conclusion à l'effet qu'il existe un certain lien entre le stress psychologique chronique et la coronaropathie. Dans le cas présent, les éléments de preuve médicale n'indiquent pas de manière raisonnable ou plausible que le stress professionnel lié au service peut influencer de façon directe, importante et discernable sur le plan médical sur l'évolution ou l'aggravation permanente de l'affection sous-jacente (coronaropathie).

À la lumière de tous les éléments de preuve, le comité doit conclure que la preuve n'est pas raisonnablement susceptible d'appuyer une conclusion, aux termes de l'article 39 de la *Loi sur la TACRA*, à l'effet que les réactions de stress de l'appelant associées à son service militaire ont été la cause directe de l'évolution de l'affection à l'étude. De même, la preuve ne permet pas de tirer la conclusion que le service militaire a provoqué une aggravation permanente de l'affection sous-jacente (coronaropathie), maladie qui ne se serait pas produite si l'appelant n'avait pas été travailleur social au MDN.

Par conséquent, même après avoir considéré tous les éléments de preuve à la lumière de l'article 39 de la *Loi sur la TACRA*, le Tribunal conclut que la présente demande ne remplit pas les conditions énoncées aux paragraphes 21(2) et 21(2.1) de la *Loi sur les pensions*, telles que mentionnées par la Cour fédérale dans l'affaire *MacNeill* ou l'affaire *McTague*. Étant donné que la preuve ne permet pas de déduire que le stress



professionnel lié au service a causé ou favorisé de manière importante l'apparition de la coronaropathie de l'appelant, une pension partielle ou proportionnelle ne peut être accordée pour une coronaropathie en vertu du paragraphe 21(2.1) de la *Loi sur les pensions*. Une pension d'invalidité à part entière ne peut pas non plus être accordée en application du paragraphe 21(2) de la *Loi sur les pensions*.

Le Tribunal décide par conséquent de confirmer la décision du comité d'examen en date du 10 janvier 2002.

## **DISPOSITIONS PERTINENTES DE LA LOI**

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, conformément aux taux prévus à l'annexe I pour les pensions de base ou supplémentaires, 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.

Aux termes de l'article 3 de la *Loi sur le Tribunal des anciens combattants (révision et appel)*, les dispositions de la présente loi et de toute autre loi fédérale, ainsi que 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'alinéa 21(3)(f) de la *Loi sur les pensions* stipule ce qui suit:

Pour l'application du paragraphe (2), une blessure ou maladie - ou son aggravation - sont réputés, sauf preuve du contraire, être consécutifs ou rattachés directement au service militaire visé par ce paragraphe s'ils sont survenus au cours:

(f) d'une opération, d'un entraînement ou d'une activité administratives militaires, soit par suite d'un ordre précis, soit par suite d'usages ou pratiques militaires établis, que l'omission d'accomplir l'acte qui a entraîné la maladie ou la blessure ou son aggravation eût entraîné ou non des mesures disciplinaires contre le membre des forces.

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

Aux termes de l'article 26 de la *Loi sur le Tribunal des anciens combattants (révision et appel)*, 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.

Aux termes de l'article 39 de la *Loi sur le Tribunal des anciens combattants (révision et appel)*, 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; et il tranche en sa faveur toute incertitude quant au bien-fondé de la demande.

## **DÉCISION ANTÉRIEURE PERTINENTE :**

CORONAROPATHIE

## **LE TRIBUNAL CONFIRME LA DÉCISION DU MINISTRE**

L'invalidité en cause n'est ni consécutive ni directement rattachée au service en temps de paix.

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

TACRA Comité de révision (examen), le 10 janvier 2002

L'appelant a présenté une demande de pension pour coronaropathie, il y a plus de trois ans.

---

<sup>1</sup>Rozanski, Blumenthal, Kaplan : cet article fait état des résultats d'une étude effectuée à la division de cardiologie du Columbia University College of Physicians and Surgeons.

<sup>2</sup>Intitulé *Lack of Correlation between Psychological Factors and Subclinical Coronary Artery Disease*..

<sup>3</sup>Voir les *Directives médicales de la Table des invalidités - Artériosclérose*. Voir le *Merck Manual of Medical Information (Home Edition)*, chapitres 26 et 27.

<sup>4</sup>Voir les *Directives médicales de la Table des invalidités d'Anciens Combattants Canada - Arteriosclerose*, « Autres facteurs »

<sup>5</sup>Voir la définition du terme « aigu : symptômes sévères et de courte durée », dans le *Dorlands Medical Dictionary, 26<sup>th</sup> edition (2001), page 13*.

<sup>6</sup>Merck Manual (supra); voir Selwyn and Braunwald, section 244 sur la coronaropathie, page 1365 du *Harrisons Principles of Internal Medicine 14<sup>th</sup> ed*; Wyngaarden and Smith, section 49.2 sur l'infarctus aigu du myocarde, page 288 du *Cecil Textbook of Medicine 17<sup>th</sup> ed.*; Rozanski, Blumenthal, Kaplan, *Impact of Psychological Factors and the Pathogenesis of Cardiovascular Disease and Implications for Therapy*, (1999).

<sup>7</sup> Voir la définition du terme « aigu : symptômes sévères et de courte durée » dans le *Dorlands Medical Dictionary, 26<sup>th</sup> edition (2001), page 13*.

<sup>8</sup>Rozanski, Blumenthal, Kaplan, *Impact of Psychological Factors and the Pathogenesis of Cardiovascular Disease and Implications for Therapy*, (1999). L'autorité médicale indique aussi que l'infarctus du myocarde peut être déclenché par de l'activité physique ardue.

<sup>9</sup>L'approche générale des Commissions des accidents du travail du Canada est bien illustrée par les décisions récentes du Tribunal d'appel de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (TASPAAT), Décisions n° 1974/00 [2004] O.W.S.I..A.T.D. n° 424; 708/02 (2003) 63 W.S.I.A.T.R. 199, 1436/03; et 1514/02 66 W.S.I.A.T. Reporter, page 97. Voir également le document de travail du tribunal *Heart Disease - Heart Attack* (1992), par le Dr D.L Watt.

<sup>10</sup>Quantité anormale de lipides ou de lipoprotéines dans le sang, selon la définition donnée par le *Dorlands Medical Dictionary, 26<sup>th</sup> edition (2001), page 273*

<sup>11</sup>Tribunal d'appel de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (TASPAAT), Décisions no : 1514/02 66 W.S.I.A.T.R.; 715/02; 633/01; 2184/01; Tribunal d'appel des accidents du travail de l'Ontario (aujourd'hui le TASPAAT), Décisions "334/89 et 441/91", "717/88 (19 août 1992), "520/90" 19W.C.A.T.R. 147; et Yoshikawa v. Yu (BC.CA) (1996) 73 B.C.A.C. 253 Poan v. (Nova Scotia) Workers' Compensation Board [1994] N.S.J. no 134, toutes ces décisions montrent qu'au moment de déterminer si une maladie ou une invalidité est consécutive au stress professionnel, il faut évaluer le « tableau complet », y compris le rôle des agents stressants personnels ayant favorisé l'invalidité, ainsi que les autres facteurs de causalité.

<sup>12</sup>Quantité anormale de lipides ou de lipoprotéines dans le sang, selon la définition donnée par le *Dorlands Medical Dictionary, 26<sup>th</sup> edition (2001), page 273*.

<sup>13</sup>O'Malley, Jones, Feuerstein & Taylor, "Lack of Correlation between Psychological Factors and Subclinical Coronary Artery Disease" (2000) *New England Journal of Medicine*.

Date de modification : 2012-01-17