



2002-268

Représentante : M^e Nancy Kao, BSJP, Regina
Décision N^o : 100000374268
Type de décision : Comité de révision (examen)
Lieu de l'audition : Edmonton (Alberta)
Date de la décision : le 20 août 2002

Suite à une audience d'un comité de révision (examen) tenue pour le demandeur le 20 août 2002, le Tribunal rend la décision suivante:

ORDONNANCE

TROUBLE SCHIZO-AFFECTIF

LE TRIBUNAL MODIFIE LA DÉCISION DU MINISTRE

Ouvre droit à pension dans la proportion de deux- cinquièmes, pour la partie de l'invalidité ou pour l'aggravation de cette dernière, qui est consécutive ou est rattachée directement au service en temps de paix dans les forces régulières.
paragraphe 21(2), *Loi sur les pensions*

Le droit à pension prend effet le 18 avril 2001, date à laquelle la demande a été présentée en premier lieu.

paragraphe 39(1), *Loi sur les pensions*

DÉPRESSION
SYNDROME FÉMORO-PATELLAIRE DU GENOU DROIT
DOULEURS LOMBAIRES DE NATURE MÉCANIQUE

LE TRIBUNAL CONFIRME LA DÉCISION DU MINISTRE

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

_____ Membre président
Rachel DeGagné

Copie originale signée par : _____ Membre
Mae Cabott

QUESTIONS EN LITIGE

Le demandeur s'est présenté devant le comité de révision (examen) à Edmonton (Alberta), le 20 août 2002, car il était en désaccord avec la décision du ministre en date du 6 février 2002 lui refusant un droit à pension pour les affections réclamées. Dans la présentation de sa cause, il était assisté par M^e Nancy Kao du Bureau de services juridiques des pensions.

ÉLÉMENTS DE PREUVE

L'avocate a présenté les documents et pièces qui suivent à titre d'éléments de preuve :

- RD-C1 : Rapport du D^r David J. McManus, psychiatre, daté du 8 avril 2002;
- RD-C2 : Rapport du D^r David Kenneth Cochrane, psychiatre, daté du 29 mars 2001;
- RD-C3 : Rapport du D^r A. B. Swift, capitaine, commandant de détachement, daté du 30 mai 2002;
- RD-C4 : Rapport relatif à un examen radiographique daté du 24 mai 2002 concernant le genou droit et la colonne lombaire du demandeur;
- RD-C5 : Copie d'une description de travail datée du 24 mai 2002 et fournie au demandeur alors qu'il travaillait à la BFC North Bay – routes et terrains;
- RD-Annexe-C1 : Treize pages d'extraits tirés de dossiers médicaux en période de service commençant par un rapport établi par le D^r David Kenneth Cochrane, psychiatre, en date du 2 décembre 1996;
- RD-Annexe-C2 : Rapport du D^r David Kenneth Cochrane, psychiatre, daté du 30 mars 2000;
- RD-Annexe-C3 : Quatre pages d'extraits tirés du dossier médical en période de service;
- RD-Annexe-C4 : Décision du comité de révision (examen) rendue le 19 septembre 2000 à l'égard du demandeur.

Trouble schizo-affectif Dépression

FAITS ET ARGUMENT

L'avocate a informé le comité qu'elle allait faire valoir ensemble les deux affections à l'étude, soit le trouble schizo-affectif et la dépression.

Elle a présenté un diagnostic visant la dépression alléguée, lequel fait partie du rapport du D^r David J. McManus, psychiatre, daté du 8 avril 2002, produit sous la cote RD-C1. On peut notamment y lire ce qui suit :

J'écris cette lettre à titre de psychiatre traitant le demandeur. Ce dernier, qui m'a été renvoyé par son médecin de famille, est mon patient depuis le 7 mai 2001. Suite à ma consultation initiale, j'ai cru que le demandeur satisfaisait aux critères concernant deux troubles psychiatriques importants. Le premier d'entre eux était la dépression, à la lumière des critères que représentent l'insomnie, l'humeur déprimée, le niveau d'énergie restreint, le manque de concentration et d'attention et une tolérance beaucoup plus faible au stress...

L'avocate a également présenté un diagnostic visant le trouble schizo-affectif allégué et faisant partie du rapport du D^r David K. Cochrane, psychiatre, daté du 20 septembre 2001. Ce rapport renferme le passage suivant :

En résumé, et rétrospectivement, compte tenu des quatre années pendant lesquelles j'ai traité cette personne, c'est-à-dire de novembre 1996 à novembre 2000, je considère que les symptômes du client sont rattachés plus étroitement à un diagnostic de trouble schizo-affectif... (tel que transcrit)

Il ressort de la preuve que le demandeur s'est engagé dans la Force régulière en juillet 1996 et qu'il a effectué son entraînement de base à Saint-Jean (Québec). Après avoir terminé cet entraînement, il a été transféré à la BFC North Bay en vue d'un entraînement à titre de technicien en défense aérienne.

Dans son témoignage de vive voix, le demandeur a mentionné qu'il avait bien réussi son entraînement de base au Québec, mais qu'il se sentait épuisé en raison de la fatigue et du stress. Il avait l'impression d'être [traduction] « victime d'épuisement professionnel ». Il avait de la difficulté à dormir. Il a répété qu'il avait [traduction] « échoué à certains examens [...] Nous l'avons tous fait [...] Je me sentais tout simplement épuisé ». Il a ajouté qu'on l'avait dirigé vers l'aumônier de la base.

Voici en partie le texte d'une lettre de l'aumônier de la base datée du 7 avril 2000 :

Au moment de mon entretien avec le demandeur, j'ai remarqué que ce dernier semblait éprouver une certaine difficulté à faire la distinction entre ce que nous considérons normalement comme étant le monde de l'« imagination » et la réalité. En bref, l'état de du demandeur m'a suffisamment inquiété pour que je le mette immédiatement en rapport avec le médecin militaire de la base... qui l'a renvoyé à une évaluation psychiatrique. (tel que transcrit)

Le demandeur a en outre déclaré lors de son témoignage qu'il avait été retiré du cours donné aux techniciens en défense aérienne, transféré à l'équipe chargée des routes et des terrains et qu'on avait déménagé ses quartiers au deuxième étage, hors des lieux réservés aux cours de défense aérienne. Il a mentionné qu'on l'avait changé de catégorie et lui avait prescrit des médicaments. Il est demeuré dans la catégorie médicale, et l'incertitude liée à sa situation serait à l'origine de son état dépressif. Il a affirmé qu'on lui avait laissé entendre qu'il serait préférable qu'il quitte les forces armées, ce qu'il ne voulait pas faire. Il a ajouté [traduction] « je suis resté parce que ça me permettait de gagner ma vie; j'espérais surmonter mes difficultés et faire carrière dans l'armée ».

Le demandeur a déclaré qu'il avait travaillé avec l'équipe chargée des routes et des terrains pendant presque deux ans à enlever la neige et à couper l'herbe. Il a travaillé comme aide-plombier et aide-charpentier pendant neuf mois, pour ensuite retourner au sein de l'équipe des routes et terrains. Il a en outre effectué du travail de nettoyage et d'entretien à son compte.

Le demandeur a précisé qu'il avait été libéré de la Force régulière pour des raisons médicales en novembre 2000.

Le comité a examiné le rapport du D^r David K. Cochrane, psychiatre, daté du 20 septembre 2001, lequel mentionne notamment :

J'ai évalué le demandeur pour la première fois le 26 novembre 1996, à l'occasion d'une consultation psychiatrique. Il était alors en poste à la BFC de North Bay pour une période d'environ six semaines. Il suivait un entraînement pour devenir technicien en défense aérienne. Il avait terminé son entraînement de base à Saint-Jean (Québec). À cette époque, le demandeur décrivait sa réinstallation à North Bay comme un événement stressant. Il ne bénéficiait d'aucune mesure de soutien officielle ou officieuse et disait se sentir isolé de ses collègues, qui suivaient aussi un entraînement à ce moment... Au cours des mois précédant ma consultation initiale, il avait présenté de légères caractéristiques dépressives, incluant des périodes de tristesse, des troubles du sommeil accompagnés parfois d'une insomnie initiale, une baisse d'énergie, un manque de concentration et une légère anhédonie. Il disait aussi éprouver, depuis son inscription au cours, des doutes importants quant à sa capacité de réussir l'entraînement...

...

Avant ma consultation, le demandeur n'avait jamais été vu par un psychiatre ou un professionnel de la santé mentale pour ce problème. Jusque là, il n'avait jamais souffert d'une affection psychiatrique grave... Du côté des antécédents familiaux, un oncle paternel a déjà fait l'objet d'un diagnostic de schizophrénie. Sinon, on ne relève aucun problème psychiatrique antérieur chez les membres de la famille du patient...

Subséquemment à mon évaluation et à mon diagnostic initiaux, j'ai assuré le suivi psychiatrique de du demandeur. Je l'ai revu le 9 décembre 1996, ainsi que le 10 février 1997. Au cours de cette période, j'ai prescrit une série de traitements visant à gérer les symptômes d'anxiété du patient à l'aide de benzodiazépines, ainsi que des interventions psychothérapeutiques de soutien centrées sur les ajustements que cette personne devait alors apporter à son mode vie, ainsi que sur les exigences inhérentes à l'entraînement qu'il suivait pour devenir technicien en défense aérienne. Il n'a pas été autorisé à poursuivre son entraînement et a été transféré dans l'équipe d'entretien général. Grâce aux interventions de soutien et aux benzodiazépines d'ordonnance, ses symptômes d'anxiété se sont atténués et, en fait, son humeur s'est améliorée. Il était moins préoccupé par ces idées surinvesties... En décembre 1998, un peu avant Noël, le médecin militaire m'a téléphoné pour me demander de rencontrer le patient. Celui-ci a été soumis à une réévaluation à Ottawa et on lui a dit alors, soutient-il, qu'il devait quitter le service. Je l'ai rencontré le 25 janvier 1999. Il ne prenait plus de perphénazines depuis trois mois, et je n'ai constaté chez lui aucune anomalie au chapitre de la pensée ou du contenu, ni aucune caractéristique dépressive, hypomaniaque ou maniaque... Il faisait encore partie de la catégorie médicale 4T6, qui était en vigueur depuis deux ans et demi. Je l'ai revu en avril 1999. Il n'avait pas recommencé à prendre des médicaments et continuait de bien fonctionner...

Un peu avant Noël, en 1999, le médecin militaire a communiqué de nouveau avec moi pour me demander de rétablir le suivi par suite de l'admission du patient à l'Hôpital psychiatrique de North Bay, pour un séjour de 72 heures. Je l'ai rencontré le 17 janvier 2000, et il m'a fait savoir que depuis l'été 1999, il était en proie à des idées de grandeur et surinvesties qui s'étaient transformées peu à peu en délire des grandeurs, en délire de référence et en idée délirante de persécution... Aucun traitement formel n'a été prescrit pendant son séjour de 72 heures à l'Hôpital psychiatrique de North Bay, mais après son congé, le médecin militaire de la BFC de North Bay a amorcé un traitement à base d'olanzapine.

De janvier 2000 jusqu'à ma dernière conversation avec le demandeur, le 1er novembre 2000, ce dernier a poursuivi le traitement à base d'olanzapine et d'antidépresseurs. Il en est venu à une réaction définie à ce traitement. On a ajouté des antidépresseurs en raison de l'apparition de caractéristiques dépressives importantes qui avaient des effets secondaires sur les nombreux facteurs de stress psychosociaux auxquels le patient faisait face en raison de sa maladie et en attendant sa libération. Le patient a pris beaucoup de poids pendant la période où il prenait de l'olanzapine. Ce médicament a subséquemment été remplacé par la perphénazine, compte tenu du fait que le patient avait déjà bien réagi à ce traitement et qu'il présentait une bonne tolérance à cet égard.

...

En résumé, et rétrospectivement, compte tenu des quatre années pendant lesquelles j'ai traité cette personne, c'est-à-dire de novembre 1996 à novembre 2000, je considère que les symptômes du client sont rattachés plus étroitement à un diagnostic de trouble schizo-affectif. Je crois que si les symptômes du patient n'avaient jamais été cernés, et que si ce dernier n'avait jamais été soumis à un traitement, il aurait été en proie à une psychose passagère caractérisée. Le diagnostic de trouble schizo-affectif n'est pas un diagnostic pur, et j'établis ce diagnostic à la lumière des symptômes psychotiques récurrents du patient et des épisodes dépressifs de ce dernier. Plusieurs années pourraient s'écouler avant qu'un diagnostic plus formel puisse être établi. Actuellement, nous conceptualisons les troubles psychotiques en fonction d'un cadre diathésique du stress. Nous présumons qu'il existe une vulnérabilité sous-jacente et que les antécédents familiaux de cette personne en matière de schizophrénie renforcent cette idée. Je suis d'avis que ladite vulnérabilité résulte des facteurs de stress auxquels le patient a fait face au cours de son entraînement de base et, subséquemment, de l'entraînement qu'il a suivi pour devenir technicien en défense aérienne. Les facteurs de stress et les pertes qui ont suivi, dont la perte de l'emploi, les modifications à la

situation financière et la perte de l'employabilité future, ont contribué à la perpétuation des symptômes dépressifs. (tel que transcrit)

Dans sa lettre du 30 mars 2000, pièce RD-Annexe-C2, le D^r David Kenneth Cochrane déclare :

À mon avis, il existe un lien réel entre les facteurs de stress auxquels le patient a fait face pendant la période où il tentait de s'adapter au service militaire, et l'apparition de ses symptômes. Il existe également un lien temporel précis entre ces éléments, compte tenu de l'absence de tout symptôme antérieur, et rien ne prouve que ces symptômes sont apparus dans le contexte d'un abus d'alcool ou d'autres drogues. Nous présumons que les facteurs de stress inhérents au service militaire du client ont entraîné une certaine vulnérabilité biologique sous-jacente... Il va de soi qu'un certain nombre de facteurs démographiques appuient ce diagnostic (âge et sexe du client au moment de la présentation), et il existe des antécédents familiaux connus en matière de schizophrénie.

Le comité s'est aussi penché sur le rapport de consultation établi par le D^r J. R. Trudel, pièce RD-Annexe-C1, dans lequel on peut lire ce qui suit :

Pour ce qui est des restrictions d'ordre médical, je crois qu'il serait préférable que le patient ne soit pas soumis à un stress excessif pendant la période où nous diminuerons la quantité des médicaments qui lui sont administrés. Cela est d'autant plus vrai que l'apparition de sa maladie est liée au stress. Au cours des six prochains mois, donc, il devrait servir à un endroit où un médecin généraliste est facilement disponible... (tel que transcrit)

Le comité a en outre examiné la pièce RD-C1, soit le rapport du 8 avril 2002 du D^r David J. McManus, psychiatre, suivant lequel :

J'écris cette lettre à titre de psychiatre traitant de du demandeur. Ce dernier, qui m'a été renvoyé par son médecin de famille, est mon patient depuis le 7 mai 2001. Suite à ma consultation initiale, j'ai cru que le demandeur satisfaisait aux critères concernant deux troubles psychiatriques importants. Le premier d'entre eux était la dépression, à la lumière des critères que représentent l'insomnie, l'humeur déprimée, le niveau d'énergie restreint, le manque de concentration et d'attention et une tolérance beaucoup plus faible au stress. Il satisfaisait aussi aux critères concernant la schizophrénie, compte tenu de la description qu'il a faite de ses hallucinations auditives, de ses délires paranoïdes, de son retrait social, de son isolement social et de son nivellement affectif.

Je crois que l'engagement de du demandeur dans le service militaire a contribué, sur le plan étiologique, à l'apparition et à l'aggravation de ces deux affections. Je m'appuie à cet égard sur le fait qu'au moment de son diagnostic, le patient a été décrit par lui-même comme étant soumis à un stress intense dans le cadre du programme d'entraînement des contrôleurs des armes aériennes. Il venait tout juste de terminer son entraînement de base, faisait face à de graves difficultés émotives rattachées à l'insomnie et à un mode de vie embrigadé et, à vrai dire, se sentait tout à fait vidé. Au début de son programme d'entraînement aux armes aériennes, il a noté chez lui un changement de comportement, et cela a précipité son aiguillage vers le psychiatre de la base.

.....Il existe, dans le milieu militaire, des circonstances exceptionnelles telles que la nécessité d'accéder à un grade, ainsi que le code de discipline du service, qui ont constitué selon moi des facteurs de stress significatifs quant à l'expression des maladies du demandeur.
(tel que transcrit)

L'avocate a soutenu qu'il existait trois avis médicaux selon lesquels le stress de l'entraînement au sein de l'armée avait pour effet de déclencher à nouveau les affections à l'étude. Elle a renvoyé l'attention du comité à l'alinéa 21(3)f) de la *Loi sur les pensions*, faisant valoir que le demandeur suivait un cours de formation au moment de l'apparition des symptômes et que l'invalidité était liée au service militaire.

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 de la représentante, 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)*.

Le comité a minutieusement examiné toute la preuve relative aux affections à l'étude et, en particulier, a accordé beaucoup d'attention à l'ensemble des documents et des pièces présentés, au témoignage du demandeur, aux observations faites par l'avocate et aux éléments de preuve fournis par la documentation.

L'avocate a prétendu que le présent comité pouvait utiliser la date de la demande présentée relativement à une autre affection pour déterminer la date à partir de laquelle une pension était payable au titre du « trouble schizo-affectif ». Le comité arrive à la conclusion que cet argument n'a aucun fondement juridique valable. Selon le paragraphe 39(1) de la *Loi sur les pensions*, la pension accordée pour un trouble schizo-affectif prend effet à partir de la date à laquelle le demandeur a présenté une demande à cette fin en premier lieu, et non de la date à laquelle il a en premier lieu présenté une demande fondée sur une autre affection. Le comité estime toutefois que cet argument donne naissance à des questions de compétence et de fait qui doivent être examinées.

Il importe de signaler que les questions soulevées par la demande initiale fondée sur un trouble schizophréniforme ont été tranchées de manière définitive au stade de la révision par une décision datée du 19 septembre 2000. L'argument voulant que le comité puisse maintenant retourner en arrière, à la date de la demande touchant le trouble schizophréniforme pour déterminer la date à partir de laquelle la pension pour trouble schizo-affectif prendrait effet implique que le présent comité a compétence pour examiner à nouveau la demande déjà tranchée fondée sur le trouble schizophréniforme. Or, ce n'est pas le cas. Selon la *Loi sur le Tribunal des anciens combattants (révision et appel)*, lorsque la question de l'admissibilité à une pension fondée sur un diagnostic donné a été réglée de façon définitive par un comité de révision du Tribunal, toute demande d'examen de cette décision doit être présentée au stade suivant du processus d'appel, c.-à-d. devant le Tribunal d'appel. Aucun autre comité d'examen n'a la compétence pour étudier cette question à nouveau.

En outre, le comité fait remarquer que l'assertion voulant qu'une demande relative à une pension donnée qui aurait été tranchée et refusée puisse par la suite être rouverte et être réputée constituer une demande visant à obtenir une autre pension a déjà été rejetée dans une récente décision de la Cour fédérale. En effet, dans l'affaire *Sangster c. le Procureur général du Canada*, Monsieur le juge Yvon Pinard a rejeté l'argument voulant qu'une demande initiale de pension relative à un diagnostic médical donné, un ensemble de faits particuliers et des considérations médicales précises puisse être considérée comme une demande implicite de pension subséquente, fondée sur d'autres affections, que le pensionné pourrait ultérieurement souhaiter présenter. Ce principe s'applique manifestement en l'espèce et il étaye la conclusion du comité voulant qu'il n'y ait pas de fondement juridique valable à l'argument selon lequel la date de la demande visant le trouble schizophréniforme pourrait maintenant être réputée constituer la date à partir de laquelle la pension pour le trouble schizo-affectif prend effet.

La dernière difficulté que soulèvent les observations de l'avocate touche au fait qu'on suppose de manière implicite que le diagnostic de trouble schizophréniforme, qui a déjà fait l'objet d'une décision en 2000, constitue la même affection médicale que le trouble schizo-affectif. Or, la décision du 19 septembre 2000, dans laquelle le comité de révision a tranché la demande d'admissibilité à une pension fondée sur le trouble schizophréniforme, montre pourquoi cette assertion ne peut être étayée. À la page 5 de sa décision, le comité de révision signale que le trouble schizophréniforme constitue un trouble de courte durée plutôt qu'une invalidité permanente. Les motifs donnés par le comité sont bien étayés par un renvoi aux critères diagnostiques du trouble schizophréniforme énoncés dans l'ouvrage intitulé *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4e édition)*. Les motifs donnés par le précédent comité de révision en ce qui concerne le trouble schizophréniforme soulignent on ne peut plus clairement le fait que cette affection constitue un diagnostic médical distinct de celui de trouble schizo-affectif.

Pour ces raisons, le comité ne peut considérer que la demande fondée sur le trouble schizophréniforme et celle visant le trouble schizo-affectif constituent une seule et même demande. De même, il ne peut légalement considérer que la date de la demande pour ces deux affections distinctes est interchangeable. La date de prise d'effet appropriée des deux cinquièmes de la pension pour le trouble schizo-affectif allégué et diagnostiqué qu'a accordés le comité en application du paragraphe 39(1) de la *Loi sur les pensions* est la date à laquelle le demandeur a en premier lieu présenté une demande fondée sur cette affection particulière. Selon les renseignements au dossier, la demande visant le trouble schizo-affectif a été présentée le 18 avril 2001. Par conséquent, les deux cinquièmes de la pension accordés au titre du trouble schizo-affectif sont

payables à partir de cette date. L'admissibilité aux trois cinquièmes de la pension a été refusée en raison du facteur génétique de schizophrénie que révèlent les antécédents psychiatriques de la famille produits en preuve.

La question suivante concerne la demande fondée sur l'affection liée à la « dépression » qu'a présentée le demandeur. Le comité a soigneusement examiné tous les éléments de preuve produits au dossier. Selon lui, même si la documentation et les éléments de preuve d'ordre médical étayaient l'inférence voulant que le demandeur soit victime de symptômes de dépression, l'ensemble de la preuve au dossier mène à la conclusion que la dépression fait partie du diagnostic global de trouble schizo-affectif, plutôt que de constituer un diagnostic distinct en lui-même, ce qui aurait rendu le demandeur admissible à une pension distincte.

Le diagnostic formel détaillé et motivé des troubles psychiatriques du demandeur qui est établi dans le rapport daté du 20 septembre 2001 préparé par le D^r Cochrane montre que le demandeur a fait l'objet d'un diagnostic de trouble schizo-affectif. Dans son rapport, le D^r Cochrane ne mentionne à aucun moment qu'on aurait diagnostiqué de façon distincte une « dépression » chez le demandeur; par contre, le D^r Cochrane a manifestement pris en compte les épisodes dépressifs du demandeur pour établir son diagnostic de trouble schizo-affectif. En effet, à la page 5 de son avis médical, le D^r Cochrane mentionne ce qui suit dans la première phrase complète se trouvant au haut de la page :

Le diagnostic de trouble schizo-affectif n'est pas un diagnostic pur, et j'établis ce diagnostic à la lumière des symptômes psychotiques récurrents du patient et des épisodes dépressifs de ce dernier. Plusieurs années pourraient s'écouler avant qu'un diagnostic plus formel puisse être établi. Je suis d'avis pour le moment que le patient ne satisfait pas à l'ensemble des critères diagnostiques concernant la schizophrénie...."

De même, le comité fait remarquer qu'à la page 4 du même avis, le seul diagnostic de l'Axe I offert par le D^r Cochrane est celui de trouble schizo-affectif. Aucun élément de preuve présenté au comité ne permet de croire que le diagnostic de trouble schizo-affectif accompagné d'épisodes dépressifs s'apparente à un diagnostic de trouble schizo-affectif et à un diagnostic de dépression. Pour mieux interpréter les éléments de preuve d'ordre médical, le comité s'est reporté au Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4^e édition) (« MDS IV »), lequel est utilisé par les psychiatres pour l'établissement de leurs conclusions diagnostiques. Selon les renseignements donnés dans le MDS IV, lorsque la dépression fait l'objet d'un diagnostic distinct, on ajoute une précision à cet effet dans l'« Axe I ». Il ressort de l'examen des diverses sections du MDS IV portant sur le trouble schizo-affectif que l'existence de graves épisodes dépressifs fait partie de ce diagnostic. De plus, la section du MDS IV traitant du diagnostic de dépression en tant qu'affection distincte – ce qu'on appelle « trouble dépressif majeur » – révèle que lorsque le trouble schizo-affectif permet d'expliquer la dépression (et les épisodes dépressifs), il ne s'agit pas d'un diagnostic distinct.

Bien que le rapport du D^r Cochrane ne fasse état d'aucun diagnostic de dépression comme affection distincte, le rapport médical du D^r D. McManus daté du 8 avril 2002, renferme un diagnostic de dépression ainsi que de schizophrénie. Le comité doit signaler que l'avis du D^r McManus est incompatible avec celui du D^r Cochrane sur la question primordiale du diagnostic de l'affection alléguée de trouble schizo-affectif. Le D^r Cochrane a expressément examiné et éliminé le diagnostic de schizophrénie dans son rapport, tout en précisant qu'il ne s'agissait pas de la même affection que le trouble schizo-affectif. Or, le D^r McManus n'a pas abordé ou explicité cette question, et ses conclusions ne sont ni expliquées ni étayées dans la même mesure que le sont celles du D^r Cochrane.

L'avis médico-juridique détaillé qu'a établi le D^r Cochrane se fonde sur un examen approfondi de l'évolution et des caractéristiques des problèmes d'ordre psychiatrique dont s'est plaint le demandeur ainsi que des divers diagnostics et traitements dont il a fait l'objet entre 1996 et 2001. L'avis est en outre bien étayé à la fois par le renvoi au MDS IV et par les faits de l'affaire, ce qui permet de penser qu'on s'est efforcé de diagnostiquer l'affection psychiatrique précise dont souffre le demandeur à la lumière des critères énoncés dans le MDS IV. Pour ces raisons, le comité conclut que l'avis du D^r Cochrane, y compris le diagnostic qu'il renferme, est le plus digne de foi et le plus probant des deux avis qui lui ont été présentés. **Il convient aussi de mentionner que seul l'avis du D^r Cochrane étaye effectivement la demande du demandeur visant à obtenir une pension au titre de l'affection alléguée de trouble schizo-affectif.**

En conséquence, le comité estime que l'examen des faits, des circonstances et des éléments de preuve d'ordre médical dont il est saisi en ce qui touche la demande fondée sur la dépression peut légitimement soutenir l'inférence voulant que les épisodes dépressifs dont le demandeur est victime fassent partie de son principal problème psychiatrique, à savoir son trouble schizo-affectif. Cependant, la preuve ne permet pas d'étayer de façon raisonnable l'inférence selon laquelle le demandeur est admissible à une pension distincte au titre de la dépression.

Syndrome fémoro-patellaire du genou droit Douleurs lombaires de nature mécanique

FAITS ET ARGUMENT

L'avocate a déclaré qu'elle ferait valoir ensemble les deux affections à l'étude, soit le syndrome fémoro-patellaire du genou droit et les douleurs lombaires de nature mécanique. Elle a mentionné que le demandeur avait pelleté de la neige, coupé l'herbe, creusé le sol et soulevé des objets lourds au sein de la Force régulière.

Le diagnostic de « douleurs lombaires de nature mécanique » est établi dans une déclaration du médecin datée du 24 avril 2001, tandis que le diagnostic de « syndrome fémoro-patellaire léger du genou droit » est établi dans une autre déclaration du médecin, également datée du 24 avril 2001.

L'avocate a attiré l'attention du comité sur un Carnet de visites médicales daté du 12 novembre 1997, pièce RD-C1, selon lequel [traduction] « les maux de dos ont commencé il y a une semaine et demie alors qu'il faisait des haltères [...] ».

L'extrait suivant est tiré d'un document intitulé Examen médical pour libération, pièce RD-Annexe-C1, daté du 13 décembre 1999 :

...Douleur au genou (droit) x plusieurs mois. (+) monter/descendre les escaliers. Le patient a remarqué une crépitation douloureuse lorsqu'il marche. On l'enverra en physio...

...Genou (droit) - palpitation douloureuse sur le ligament collatéral latéral. Sinon, le genou est stable... Épanchement. Aucune douleur au toucher sur la ligne articulaire. (tel que transcrit)

Le comité a également examiné le rapport médical établi par le D^r A. Swift, capitaine, commandant de détachement, en date du 30 mai 2002, pièce RD-C3, qui renferme le passage suivant :

Le demandeur s'est présenté pour une évaluation médicale de sa douleur au genou droit pour la première fois le 13 décembre 1999. C'est la seule fois où, au cours de son service militaire, ce patient s'est présenté pour rendre compte d'une douleur au genou droit. Cette présentation a eu lieu après qu'il eut travaillé pendant un certain temps au sein des équipes de l'escadre chargées de l'entretien des routes et des terrains. Apparemment, son travail était de nature manuelle. À l'époque, il se plaignait de douleurs vives et intermittentes au genou droit antérieur. La douleur s'intensifiait lorsqu'il montait ou descendait des escaliers. L'examen clinique auquel il a été soumis alors s'est révélé peu concluant, la seule constatation positive étant une légère douleur accompagnée de palpitations sur le ligament collatéral latéral. Le patient a fait l'objet d'un diagnostic de syndrome fémoro-rotulien douloureux et on lui a prescrit des séances de physiothérapie. Selon ses dossiers, le patient n'est pas revenu pour le suivi de cette affection... Son genou n'enfle pas et ne se bloque pas, et il ne prend aucun médicament contre la douleur. Un examen clinique récent révèle une certaine crépitation en cas de flexion totale, qui était absente précédemment. Sinon, l'examen du genou, ne révèle aucune anomalie ou instabilité ligamentaire. Les rayons X du genou droit en date du 24 mai 2002 ne révèlent rien d'anormal, dit-on...

Le demandeur s'est présenté initialement le 10 octobre 2000 pour faire part d'une lombalgie. Il a fait alors l'objet d'un diagnostic de lombalgie de nature mécanique et a été traité à l'aide de séances de physiothérapie et de médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens... À ce stade-là, la douleur dorsale était présente depuis quelques semaines, mais le patient ne présentait aucun signe ou symptôme neurologique. Son examen clinique n'a révélé aucun signe de sciatgie ou d'affection neurologique. Les rayons X de la colonne lombo-sacrée d'alors ne révèlent rien d'anormal... De récents rayons X de la colonne lombaire révèlent une modification dégénérative des facettes

articulaires postérieures, particulièrement en ce qui a trait à la facette L5/S1 droite. Les espaces intersomatiques sont bien maintenus. En résumé, le demandeur souffre encore d'une certaine lombalgie de nature mécanique, qui semble être apparue après qu'il ait travaillé un certain temps au sein des équipes d'entretien des routes et des terrains de l'escadre 22...

Il est difficile de déterminer si, au moment de leur présentation initiale, ces deux affections cliniques étaient uniquement attribuables aux tâches militaires de du demandeur. D'un côté, il s'agit là d'affections médicales très courantes dont peuvent souffrir des civils qui n'exécutent aucun travail manuel. D'un autre côté, les présentations concernant les douleurs semblent bien établir que ces dernières sont apparues après que le patient ait assumé de nouvelles tâches au sein des équipes d'entretien des routes et des terrains de l'escadre 22... (tel que transcrit)

Dans le témoignage qu'il a rendu de vive voix, le demandeur a mentionné que, pendant qu'il était dans les forces armées, il faisait des haltères pour se maintenir en forme puisqu'il n'était pas tenu de suivre un programme d'entraînement physique. Il croit que le problème lié à son genou droit tient au fait qu'il ne possédait qu'une seule paire de bottines de travail, n'en ayant obtenu une deuxième paire qu'au moment où il avait pratiquement terminé son service militaire parce qu'il appartenait à une catégorie de nature temporaire. Selon lui, [traduction] « il devrait y avoir davantage de documents relatifs à mon dos; on a dû les égarer ».

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 de la représentante, 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)*.

Le comité a minutieusement examiné l'ensemble de la preuve touchant les affections à l'étude et s'est particulièrement intéressé au témoignage du demandeur, aux observations faites par l'avocate de même qu'aux éléments de preuve fournis par les pièces RD-C3 à RD-C5.

Cependant, on a omis de présenter au comité un quelconque rapport faisant état des blessures ou du traitement suivi en ce qui concerne les affections alléguées. Outre l'avis du D^r A. B. Swift, pièce RD-C3, le comité n'était saisi d'aucune preuve médicale d'une blessure ou d'un traitement permettant d'établir un lien entre les affections à l'étude et le service militaire effectué par le demandeur au sein de la Force régulière. Par conséquent, le comité confirme la décision du Ministre datée du 6 février 2002.

NOTA:

L'article 25 de la *Loi sur le Tribunal des anciens combattants* dispose qu'un requérant qui n'est pas satisfait d'une décision rendue d'une audience peut, par avis écrit, interjeter appel de la décision du Tribunal des anciens combattants. Si le requérant décide de poursuivre ces démarches, il peut se faire représenter, sans frais, par un avocat du Bureau de services juridiques des pensions ou un agent d'un bureau d'assistance d'une association d'anciens combattants ou encore faire appel, à ses frais, à tout autre représentant de son choix.

Pour de plus amples renseignements, le requérant peut communiquer avec le bureau du ministère des Anciens Combattants situé le plus près de chez lui ou avec le représentant qui l'a aidé à présenter la demande relative à la présente décision.

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, 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'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 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.

Aux termes du paragraphe 39(1) de la *Loi sur les pensions*, le paiement d'une pension accordée pour invalidité prend effet à partir de celle des dates suivantes qui est postérieure à l'autre :

- a) la date à laquelle une demande à cette fin a été présentée en premier lieu;
- b) une date précédant de trois ans la date à laquelle la pension a été accordée au pensionné.

L'article 18 de la *Loi sur le Tribunal des anciens combattants (révision et appel)* stipule que le Tribunal a compétence exclusive pour réviser toute décision rendue en vertu de la Loi sur les pensions et statuer sur toute question liée à la demande de révision.

Aux termes de l'article 21 de la *Loi sur le Tribunal des anciens combattants (révision et appel)*, le comité de révision peut soit confirmer, modifier ou infirmer la décision qu'on lui demande de réviser, soit la renvoyer pour réexamen au ministre, soit déférer à ce dernier toute question non examinée par lui.

L'article 84 de la *Loi sur les pensions* stipule que le demandeur qui n'est pas satisfait d'une décision du ministre prise sous le régime de la présente loi ou du paragraphe 34(5) de la *Loi sur le Tribunal des anciens combattants (révision et appel)* peut la faire réviser par le Tribunal.

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.

DÉCISION FAISANT L'OBJET D'UN APPEL

TROUBLE SCHIZO-AFFECTIF DÉPRESSION SYNDROME FÉMORO-PATELLAIRE DU GENOU DROIT DOULEURS LOMBAIRES DE NATURE MÉCANIQUE

Ni consécutives ni directement rattachées au service en temps de paix, dans les forces régulières.
paragraphe 21(2), *Loi sur les pensions*
Décision du ministre, 6 février 2002

Le demandeur a présenté une demande de pension pour les affections à l'étude, en premier lieu:

Trouble schizo-affectif - 18 avril 2001
Dépression - 8 août 2000
Syndrome fémoro-patellaire du genou droit - 12 avril 2001 et
Douleurs lombaires de nature mécanique - 29 septembre 2000.

Date de modification : 2011-01-31

