

G.S. c. Ville A

2017 QCCA 1574

COUR D'APPEL

CANADA
PROVINCE DE QUÉBEC
GREFFE DE QUÉBEC

N° : 200-09-009217-164
(200-05-020061-151)

DATE : 6 septembre 2017

**CORAM : LES HONORABLES LOUIS ROCHETTE, J.C.A.
BENOÎT MORIN, J.C.A.
CLAUDE C. GAGNON, J.C.A.**

G... S...
APPELANT - requérant
c.

VILLE A
INTIMÉE – mise en cause
et
LA COMMISSION DES LÉSIONS PROFESSIONNELLES
et
LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL
MISES EN CAUSE – mises en cause

ARRÊT

[1] L'appelant se pourvoit contre un jugement rendu par la Cour supérieure du district de Québec, le 19 janvier 2016 (l'honorable Pierre C. Bellavance)¹, rejetant une requête en révision judiciaire d'une décision de la mise en cause, la Commission des lésions professionnelles (« CLP »), rendue le 1^{er} mai 2015 et rectifiée le 7 mai 2015², qui confirme une décision rendue par la mise en cause Commission de la santé et de la sécurité du travail (« CSST ») le 6 mars 2014, en révision administrative, selon laquelle

¹ G.S. c. Commission des lésions professionnelles, 2016 QCCS 1378.

² G.S. et Ville A, 2015 QCCLP 2583.

l'appelant n'a pas subi une rechute, de récurrence ou d'aggravation (RRA) de sa lésion professionnelle du 30 octobre 2006 et que l'emploi qui lui est assigné convient à son état de santé.

* * *

[2] À l'emploi de la Ville A, l'appelant se blesse au dos le 30 octobre 2006 en déplaçant des blocs de béton. En 2007, la CSST reconnaît que la lombalgie dont il souffre constitue une lésion professionnelle consolidée avec un déficit anatomophysio-physiologique (« DAP ») évalué à 2,20 %.

[3] Le 21 mars 2011, les médecins constatent que l'appelant souffre d'une hernie discale nécessitant une chirurgie.

[4] L'appelant subit une opération le 3 juillet 2012 afin d'implanter, par voie abdominale, deux prothèses fixes et une flexible pour remédier à l'usure prématurée des disques. Des complications se produisent en cours de chirurgie qui nécessitent l'intervention, à deux reprises, d'un chirurgien vasculaire afin de réparer, dans un premier temps, des brèches à la veine iliaque primitive gauche puis d'autres brèches affectant à la fois la veine iliaque et la veine cave.

[5] Le 6 novembre 2012, un diagnostic de thrombophlébite massive liée aux complications opératoires est accepté par la CSST. Le 31 janvier 2013, Jean-François Roy, le chirurgien qui a opéré l'appelant, estime que la RRA est consolidée et énonce les limitations fonctionnelles qui en résultent :

- éviter la position debout et les marches de plus de 10 minutes;
- éviter les pentes, les échelles et les échafaudages;
- éviter de manipuler les charges de plus de 30 livres;
- éviter les mouvements répétitifs de flexion, d'extension ou de torsion du rachis lombaire;
- éviter de travailler en position penchée ou accroupie.

[6] Compte tenu de ces constats, la CSST procède, le 14 mars 2013, à une nouvelle évaluation du DAP qu'elle établit désormais à 34,25 %.

[7] L'appelant présente, le 11 septembre 2013, une nouvelle réclamation en relation, cette fois, avec une RRA découlant d'une insuffisance veineuse aggravée, de douleurs post-phlébitiques, de troubles d'adaptation avec humeur anxiodépressive et de troubles érectiles. Cette réclamation est refusée le 15 janvier 2014. Le 21 février suivant, la CSST détermine unilatéralement sa capacité de travailler comme assembleur de petits articles.

[8] L'appelant demande alors la révision administrative de ces deux dernières décisions, que la CSST rejette le 6 mars 2014.

[9] Après avoir entendu le témoignage de l'appelant de même que celui du docteur Raymond Labbé et considéré une preuve documentaire volumineuse, la CLP confirme, le 1^{er} mai 2015, la décision de la CSST.

* * *

[10] Considérant à bon droit que la norme de la décision raisonnable s'applique à tous les aspects de la contestation de l'appelant, le juge saisi du recours en révision judiciaire examine chacun des arguments formulés par ce dernier et conclut qu'il n'était pas déraisonnable pour la commissaire, à l'étude de la preuve produite, de conclure comme elle l'a fait. Il mentionne que cette dernière a réalisé une analyse exhaustive de la preuve et que ses conclusions font partie du spectre des décisions qui pouvaient être rendues.

* * *

[11] L'appelant plaide que la décision est déraisonnable et que la Cour devrait y substituer sa propre appréciation de la preuve pour conclure que l'appelant a subi des lésions professionnelles sous forme d'aggravation vasculaire, de troubles érectiles et d'adaptation.

[12] Il soutient que la commissaire a commis, dans son analyse, un nombre important d'erreurs déterminantes en dénaturant la preuve, en se fondant sur les éléments non prouvés ou inexistantes, en tirant des inférences d'extraits de documents décontextualisés et enfin, en écartant, sans s'expliquer, des expertises non contredites. Selon lui, le juge aurait dû constater l'effet déterminant de ces erreurs sur la raisonnable de la décision de la CLP et la casser.

[13] La CSST réplique que malgré les erreurs commises, tous les constats de la commissaire trouvent appui dans la preuve et qu'en conséquence, sa conclusion constitue une des issues acceptables et raisonnables eu égard au droit applicable et à la preuve administrée. La Cour supérieure aurait donc eu raison de ne pas intervenir.

* * *

[14] Le caractère raisonnable d'une décision tient principalement à la justification, à la transparence et à l'intelligibilité du processus décisionnel³.

[15] Une décision est déraisonnable en l'absence d'un lien rationnel entre la preuve proprement dite et ce que le décideur fait dire à celle-ci. Ainsi, la décision fondée sur des énoncés contraires à la preuve ou sur des éléments inexistantes de celle-ci est

³ *Dunsmuir c. Nouveau-Brunswick*, 2013 CSC 9, paragr. 47.

révisable en raison de l'absence de lien rationnel entre la preuve et les conclusions tirées⁴.

[16] Il ressort de la décision de la CLP que la commissaire ne retient pas comme étant concluantes et probantes les opinions des médecins Raymond Labbé, Martin Dussault et Geneviève Nadeau assignés par l'appelant selon lesquelles :

- la dysfonction érectile est une séquelle de la chirurgie de juillet 2012;
- l'insuffisance veineuse et les douleurs post-phlébitiques se sont aggravées et nécessitent depuis la dernière consolidation de la lésion professionnelle des mesures additionnelles;
- le trouble d'adaptation est en lien avec la lésion de 2006 et de ses conséquences.

[17] Il ne s'agit pas de remettre en question la compétence d'un tribunal administratif spécialisé d'analyser l'ensemble de la preuve pour en extraire les constats pertinents et prépondérants. Un tel exercice requiert d'accorder à certains éléments d'une preuve contradictoire plus de fiabilité et de crédibilité qu'à d'autres. Encore faut-il cependant que ce soit pour des motifs que soutient la preuve.

[18] Or, le raisonnement qui a amené la CLP à rejeter ces opinions est miné par des erreurs graves dans l'interprétation de la preuve. En voici quelques exemples.

[19] Au sujet de l'aggravation que constitue l'apparition de troubles érectiles secondaires à la chirurgie lombaire du 3 juillet 2012, la commissaire écrit :

[225] Le docteur Dussault, dans une note d'octobre 2014, indique que le trouble de dysfonction érectile serait secondaire aux chirurgies subies dans le passé. En effet, le travailleur a été opéré pour sa colonne lombaire en 2012, mais également été opéré à deux reprises pour son cœur. Personne ne départage ou n'attribue l'impact sur les troubles érectiles davantage à l'une ou l'autre des chirurgies. La docteure Nadeau quant à elle, émet l'hypothèse que la chirurgie lombaire ou fonction msk cardiovasculaire est à l'origine de la dysfonction érectile. Toutefois en juin, elle indique que ces problèmes sont reliés à la chirurgie lombaire, sans fournir plus d'explications.

[Soulignement ajouté]

[20] Or, la preuve ne comporte aucun élément permettant de conclure que l'appelant a subi une ou des interventions chirurgicales en relation avec un problème cardiaque, ce qu'il nie par ailleurs avec véhémence. Le raisonnement fondé sur cette prémisse inexistante est, en conséquence, irrémédiablement vicié. De plus, contrairement à ce que retient la commissaire, l'urologue Nadeau n'a pas avancé deux causes alternatives

⁴ Tremblay c. Québec (Commission d'appel en matière de lésions professionnelles), [1999] R.J.Q. 926, p. 929 (C.A.).

aux problèmes érectiles vécus par l'appelant mais a plutôt identifié une seule et même cause probable, à deux reprises les 14 mai et 18 juin 2014, soit une « dysfonction érectile probablement organique secondaire à une chirurgie lombaire ». De son côté, le juge de la Cour supérieure ne mentionne aucune de ces erreurs.

[21] La commissaire ajoute :

[226] Le tribunal est d'avis que l'hypothèse soulevée par les docteurs Dussault et Nadeau n'a pas un caractère prépondérant. En effet, il ne suffit pas simplement d'alléguer une relation médicale entre la chirurgie lombaire et la dysfonction érectile. Il faut expliquer la cause, soit l'impact de l'un sur l'autre, ce qui n'a pas été fait.

[Soulignement ajouté]

[22] Notons d'abord que le diagnostic avancé par les docteurs Dussault et Nadeau est également retenu par l'expert en chirurgie vasculaire Raymond Labbé qui témoigne au surplus de l'impact de la chirurgie sur la dysfonction qui affecte l'appelant. Cette explication semble pourtant avoir échappé à la fois à la commissaire et au juge réviseur :

Q. Qu'est-ce que vous pensez du docteur Nadeau qui nous parle d'une « disfonction érectile probablement organique, secondaire à chirurgie lombaire »?

R. Bien, ça m'apparaît être l'hypothèse la plus probable si on regarde l'étiologie des problèmes de disfonction érectile qui peuvent être médicamenteuse, ce qui n'est pas le cas, qui peut être traumatique.

Dans ce cas-ci il y a eu une chirurgie au niveau présacré, où l'innervation parasympathique qui contribue à la capacité érectile ont sûrement été disséquées, possiblement traumatisées avec, en plus, un tableau hémorragique majeur qui s'est produit avec une réparation de veine avec, possiblement, de la fibrose.

Donc, selon toute probabilité, c'est un problème d'innervation, là, qui peut, selon moi - - puis je ne suis pas un expert en disfonction érectile, là - - mais, selon moi, c'est ça qui explique, selon toute probabilité, ce problème-là.

Q. Alors, je vais vous le montrer le rapport de la docteure Nadeau, là, l'envoi du dix-huit (18) juin deux mille quatorze (2014).

« Disfonction érectile probablement organique, secondaire à chirurgie lombaire. »

Alors, vous êtes d'accord avec le docteur Nadeau?

R. Tout à fait.

[Reproduction textuelle]

[23] La commissaire conclut ainsi :

[230] Au surplus au moment de la récidive, rechute ou aggravation alléguée, le travailleur présente de nombreux facteurs et inquiétudes de nature personnelle, tels que des problèmes familiaux et un conflit avec l'employeur, qui peuvent également avoir un impact sur la libido ou l'érection du travailleur. Les problèmes psychologiques nécessitent de voir un psychologue et un psychiatre de façon régulière.

[24] L'élément charnière de ce raisonnement est une note de consultation du docteur Sébastien Laflamme pratiquement illisible décodée par la commissaire puis interprétée comme signifiant « problème érectile secondaire à l'effexor ».

[25] Il appert que ce document a été transmis à la commissaire à sa demande, après la clôture de la preuve, en même temps que de nombreuses notes de consultations médicales dont la plupart sont illisibles. Aucun témoin compétent n'a été entendu pour traduire et commenter ces écrits essentiellement constitués d'abréviations, de termes techniques et de signes. Qui plus est, la commissaire aurait dû, après avoir pris connaissance *ex parte* de la note du docteur Laflamme et estimé qu'elle était susceptible d'avoir un impact important sur la demande du travailleur, mettre la cause hors du délibéré et inviter les parties à donner leur avis à ce sujet. Il y a, ici, un accroc sérieux à la règle *audi alteram partem*.

[26] Il ressort par ailleurs de la preuve que le médicament Effexor a été prescrit à l'appelant pour remédier à des symptômes d'anxiété et de dépression majeure. En novembre 2013, le psychiatre Dussault indique que l'appelant prend ce médicament depuis environ deux ans sans subir d'effet secondaire. Le docteur Claude Girard note, quant à lui, que l'Effexor consommé par l'appelant depuis l'été 2012 a été remplacé par le Cymbalta à la mi-janvier 2014. Or, les troubles érectiles demeurent présents bien après cette date. Ces éléments confirment, par ailleurs, l'opinion du docteur Labbé selon laquelle les troubles érectiles de l'appelant n'ont pas une origine médicamenteuse.

[27] Enfin, aucune preuve scientifique ou médicale n'établit de relation entre les inquiétudes personnelles d'un individu et la prise de la médication Effexor et d'éventuels troubles érectiles. Le lien que fait la commissaire à cet égard ne trouve pas d'appui dans la preuve.

[28] Le juge avalise, pourtant, le raisonnement de la commissaire comme s'il était sans erreurs.

* * *

[29] En ce qui concerne la conclusion de la CLP selon laquelle le diagnostic d'insuffisance veineuse et de douleurs post-phlébitiques ne s'est pas aggravé, le juge écrit, en référant à des extraits de la décision de la CLP :

[16] (...)

- La preuve appréciée et les faits retenus par la CLP lui permettaient d'en venir à la conclusion qu'il n'y avait pas eu d'aggravation.

« [...] contrairement à son témoignage, le docteur Labbé n'a pas prescrit un bas support de plus grande pression. Cela ne ressort pas des notes médicales ». ⁵

« [...] comment peut-on conclure à une condition non contrôlée alors que le travailleur ne porte pas son bas support ». ⁶

« Dans son témoignage, le travailleur explique que sa jambe enfle tout le temps. Pourtant à certains médecins, il fait plutôt état d'une enflure, principalement le matin et en fin de journée ou la nuit ». ⁷

« Les différentes échographies doppler effectuées ne montrent pas de détérioration objective de sa condition veineuse [...] ». ⁸

[30] Des quatre déterminations auxquelles parvient la commissaire et qui sont retenues par le juge pour conclure à l'absence d'aggravation, seule la dernière trouve appui dans la preuve.

[31] Relativement au port de bas support, la CSST concède que certains faits sur lesquels se fonde la CLP sont inexistant dans la preuve. C'est notamment le cas lorsque la commissaire affirme que le docteur Roy a recommandé le port d'un bas de 20 à 30 mm/hg ou qu'il aurait prescrit un bas de 40 à 50 mm/hg.

[32] La commissaire erre également lorsqu'elle écrit que le docteur Labbé n'a pas prescrit de bas de plus grande pression. L'appelant relate, en effet, qu'il portait, après l'opération lombaire, un bas de 20 à 30 mm/hg. En outre, les pièces produites à la CLP englobent une prescription signée par le docteur Raymond Labbé (dont le permis d'exercice porte le numéro 80074) au bénéfice de l'appelant pour un bas de plus grande pression (40 à 50 mm/hg).

[33] Une note médicale du 14 août 2014 fait état, contrairement à ce qu'affirme la commissaire, de cette recommandation pour augmenter la pression du bas support :

Actuellement, le patient porte un bas support de 30 à 40 mm/hg. Nous avons recommandé le port d'un bas de 40 à 50 mm/hg, mais le patient le supportait difficilement surtout au niveau du genou.

⁵ G.S. et Ville A, *supra*, note 2, paragr. 213.

⁶ G.S. et Ville A, *supra*, note 2, paragr. 216.

⁷ G.S. et Ville A, *supra*, note 2, paragr. 217.

⁸ G.S. et Ville A, *supra*, note 2, paragr. 218.

[34] Cet écrit s'harmonise avec le témoignage de son auteur, Raymond Labbé, que la commissaire écarte pourtant sans plus d'explication.

[35] En somme, la commissaire affirme que l'appelant ne porte pas son bas support en s'appuyant sur un seul incident rapporté par le docteur Laflamme lors d'une consultation du 17 octobre 2012 malgré que plusieurs sources permettent d'inférer de l'ensemble de la preuve qu'il le porte régulièrement.

[36] La commissaire a également tort de voir dans le témoignage de l'appelant une contradiction déterminante entre le fait qu'il mentionne, d'une part, que sa jambe enfle tout le temps tout en disant à certains médecins que l'œdème apparaît principalement le matin, en fin de journée et la nuit.

[37] La somme de ces erreurs fondées soit sur des éléments de preuve inexistantes ou sur une interprétation erronée des faits prouvés est de nature à influencer sur la question essentielle visant à déterminer l'existence ou l'absence d'une RRA. Elle a pour effet de rompre le nécessaire lien rationnel entre la preuve et les conclusions qui en sont tirées et, conséquemment, d'affecter le caractère raisonnable de la décision.

[38] La Cour n'est pas en position pour reconstruire les inférences factuelles à la lumière d'une évaluation de la preuve exempte d'erreurs manifestes et déterminantes et d'apprécier, comme cela aurait dû être fait, la crédibilité des témoins qu'elle n'a ni vus ni entendus. Elle n'a d'autre choix que de retourner le dossier au tribunal spécialisé pour qu'il entende cette affaire à nouveau.

POUR CES MOTIFS, LA COUR :

[39] **ACCUEILLE** l'appel;

[40] **INFIRME** le jugement de la Cour supérieure du 19 janvier 2016;

[41] **CASSE** la décision rendue par la Commission des lésions professionnelles le 1^{er} mai 2015;

[42] **RETOURNE** le dossier au Tribunal administratif du travail;

[43] Avec les frais de justice, tant en appel qu'en première instance.

LOUIS ROCHETTE, J.C.A.

BENOÎT MORIN, J.C.A.

CLAUDE C. GAGNON, J.C.A.

M^e Marc Bellemare
Bellemare avocats
Pour l'appelant

M^e Guillaume Saindon
Morency Société d'avocats
Pour l'intimée

M^e Pierre-Michel Lajeunesse
Paquet, Tellier
Pour la mise en cause La Commission de la santé et de la sécurité du travail

Date d'audience : 29 août 2017