

[TRADUCTION]

Citation : *G. M. c. Ministre des Ressources humaines et du Développement des compétences,*
2014 TSSDGSR 27

N° d'appel : GT-113629

ENTRE :

G. M.

Appelant

et

Ministre des Ressources humaines et du Développement des compétences

Intimé

DÉCISION DU TRIBUNAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
Division générale – Sécurité du revenu

MEMBRE DU TRIBUNAL DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE :

Raymond Raphael

DATE DE L'AUDIENCE :

Le 15 septembre 2014

MODE D'AUDIENCE :

En personne

DATE DE LA DÉCISION :

Le 17 septembre 2014

COMPARUTIONS

G. M. : Appellant

DÉCISION

[1] Le Tribunal conclut qu'aucune pension d'invalidité au titre du *Régime de pensions du Canada* (RPC) n'est payable à l'appelant.

INTRODUCTION

[2] L'intimé a estampillé la demande de pension d'invalidité du RPC de l'appelant le 31 mars 2010. L'intimé a rejeté la demande initiale et la demande de révision, puis l'appelant a interjeté appel devant le Bureau du Commissaire des tribunaux de révision (BCTR).

[3] Le présent appel a été instruit en personne pour les motifs énoncés dans l'avis d'audience daté du 9 juin 2014.

DROIT APPLICABLE

[4] L'article 257 de la *Loi sur l'emploi, la croissance et la prospérité durable* de 2012 prévoit qu'un appel qui a été présenté devant le BCTR avant le 1^{er} avril 2013 et qui n'a pas été instruit par le BCTR est réputé avoir été présenté devant la division générale du Tribunal de la sécurité sociale.

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

- a) n'a pas atteint l'âge de 65 ans;
- b) ne touche pas de pension de retraite du Régime de pensions du Canada;
- c) est invalide;
- d) a versé des cotisations valides au Régime de pensions du Canada pendant au moins la période minimale d'admissibilité.

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

[7] Aux termes de l'alinéa 42(2)a) de la *Loi*, pour être invalide, une personne doit être atteinte d'une invalidité physique ou mentale grave et prolongée. Une personne est considérée être atteinte d'une invalidité grave si elle est régulièrement incapable de détenir une occupation véritablement rémunératrice. Une invalidité est prolongée si elle doit vraisemblablement durer pendant une période longue, continue et indéfinie ou entraîner vraisemblablement le décès.

QUESTION EN LITIGE

[8] Le litige ne concerne pas la PMA, car le Tribunal convient que la date de fin de la PMA est le 31 décembre 2011.

[9] En l'espèce, le Tribunal doit déterminer si l'appelant était vraisemblablement atteint d'une invalidité grave et prolongée à la date marquant la fin de sa PMA ou avant cette date.

CONTEXTE

[10] À la fin de sa PMA, le 31 décembre 2011, l'appelant avait 49 ans. Il a 12 années de scolarité et des certificats attestant de cours suivis pour améliorer ses compétences comme opérateur de presse et en matière de formulaires d'entreprise. Il a travaillé comme opérateur de presse du 25 juillet 2002 au 7 avril 2007 et comme messenger du 1^{er} janvier 2007 jusqu'à ce qu'il soit mis à pied le 27 juillet 2008. Il a subi un triple pontage coronarien en août 2003. Il a également subi d'autres interventions, notamment une colonoscopie en 2009, une chirurgie intestinale impliquant l'installation d'un sac d'iléostomie en mars 2010, une autre chirurgie en juin 2010 pour retirer le sac d'iléostomie ainsi que le remplacement d'une hanche en juin 2012. Il reçoit des prestations au titre du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées depuis février 2011.

[11] Dans son questionnaire sur les prestations d'invalidité du RPC, estampillé le 31 mars 2010 par l'intimé, l'appelant a indiqué qu'il avait un diplôme de 12^e année et qu'en

1988 il avait obtenu des certificats pour des cours de perfectionnement de main-d'œuvre dans le domaine des formulaires d'entreprise et comme opérateur de presse. Il a souligné qu'il avait travaillé comme messenger d'entreprise du 1^{er} janvier 2007 au 27 juillet 2008 pour Tri-Ad International Freight et qu'il avait cessé d'y travailler parce qu'il avait été mis à pied. Il a ajouté qu'il avait travaillé comme opérateur de presse pour Formost Business Forms & Systems du 25 juillet 2002 jusqu'au 7 avril 2007. Il a indiqué aussi qu'il pensait commencer à chercher du travail en octobre 2010. Il affirme être invalide depuis le 9 décembre 2009 et que ses principales infirmités et maladies invalidantes étaient les suivantes : des segments de l'intestin grêle et du côlon, des diverticules dans l'intestin grêle et la formation de fistules. Il a indiqué aussi qu'il avait du mal à fonctionner parce qu'il avait des problèmes intestinaux et qu'il avait subi un triple pontage coronarien le 25 août 2003.

[12] Il a fait état des difficultés et des limites fonctionnelles avec lesquelles il devait composer : il n'a aucune difficulté à s'asseoir, à rester debout, à parler, à se souvenir ni à respirer; il souffre s'il marche un pâté de maison, il ne peut soulever ni transporter plus de dix livres, il a mal lorsqu'il tend les bras et il se penche le moins possible, il a besoin de l'aide d'une infirmière à domicile pour nettoyer le sac d'iléostomie qui doit être vidé de six à huit fois par jour, il a de la difficulté à exécuter des tâches ménagères, il a une déficience auditive, il a de la difficulté à se concentrer parce qu'il est fatigué, il dort mal en raison de la douleur et il ne conduit pas.

PREUVE ORALE

[13] Dans la preuve orale présentée à l'audience, l'appelant a indiqué qu'il avait une 12^e année et qu'il avait suivi un cours de charpentier au Collège George Brown. Il a également suivi des cours parmi les programmes d'emploi en impression et formulaires d'entreprise. Il a commencé en [traduction] « passant le balai » et a gravi les échelons jusqu'à devenir aide-pressier. Il manipulait la presse liseuse – en général pour des formulaires d'entreprise. Il a gardé cet emploi pendant dix ans, mais a été renvoyé en raison de son alcoolisme. L'entreprise lui a offert de l'aide pour ses problèmes avec l'alcool, mais il a refusé. Il a déclaré que le travail par quarts nuisait à sa santé.

[14] Il n'a pas travaillé et a reçu des prestations d'assurance-emploi pendant un an. Il avoue qu'il ne s'est pas occupé de son problème d'alcool au cours de cette année-là. Son emploi suivant a été dans une petite entreprise d'impression. Il indique qu'il a été embauché sur le champ en raison de son expérience. Il aimait ce travail parce que les quarts n'étaient que le jour, malheureusement l'entreprise a fait faillite trois ans plus tard. Il a alors travaillé pour Foremost Business Forms où il manœuvrait une presse à imprimer : il y travaillait le jour et l'après-midi.

[15] En 2003, il a subi un triple pontage coronarien et a reçu des prestations d'invalidité de longue durée. Son employeur a été très compréhensif et l'appelant a repris le travail avec des tâches modifiées pour graduellement reprendre ses tâches complètes. Les affaires roulaient au ralenti et il a perdu son emploi en raison de son manque d'ancienneté en avril 2007. Il a alors occupé le poste de « messenger » pour l'entreprise d'un ami. Il ne voulait pas reprendre un emploi dans le milieu de l'impression parce qu'il trouvait que c'était trop dur physiquement. Ce type de travail nécessite de soulever souvent des charges lourdes, de se tordre, de se tourner et de marcher. Au début il travaillait aux services administratifs, mais petit à petit il a commencé à faire des livraisons et à ramasser des colis en plus d'exécuter des tâches légères dans le bureau. Il a perdu son emploi en juillet 2008 et n'a pas retravaillé depuis.

[16] Il affirme qu'il a tenté de trouver du travail jusqu'à ce que ses intestins commencent à le faire souffrir. L'appelant a indiqué dans son questionnaire sur les prestations d'invalidité du RPC qu'il était invalide depuis décembre 2009, à l'époque il était à l'hôpital et il se faisait [traduction] « arracher l'estomac ». Le sac de stomie devait être en place pendant six mois, après quoi l'appelant devait subir une autre chirurgie pour retirer le sac et reconnecter son intestin. Il a renvoyé le Tribunal au rapport d'examen gastro-intestinal daté du 13 février 2011 (Dossier d'audience GT1-145) qui confirme que son intestin grêle était toujours bloqué après la chirurgie. Le chirurgien refusait de réopérer par crainte de complications.

[17] Il n'a pas cherché de travail parce qu'il n'était pas en état de le faire. Il ne sait pas se servir d'un ordinateur et n'a pas pris de cours de perfectionnement. Au départ, il a affirmé qu'il ne savait pas pourquoi il ne l'avait pas fait, ensuite il a déclaré qu'il se consacrait à sa guérison et que de toute façon il lui aurait été impossible de suivre des cours parce qu'il y avait toujours un problème médical [traduction] « qui se présentait ». Personne ne l'a orienté dans cette voie en raison de son état de santé.

[18] On lui a demandé de décrire son état de santé à partir de décembre 2011 : au début il pensait être [traduction] « sorti de l'auberge », mais deux mois plus tard les mêmes symptômes d'avant la chirurgie sont revenus, mais en pire. Son estomac était si gonflé et douloureux qu'il avait l'impression d'être un kamikaze et qu'il aurait pu faire exploser un avion. Toutes les nuits il souffrait terriblement jusqu'à ce qu'il arrive à « évacuer ». Un médecin lui a finalement prescrit du lactose, qu'il prend quotidiennement. Il a déclaré qu'il prenait maintenant du Tecta deux fois par jour, que ses symptômes étaient contrôlés par les médicaments et qu'il ne souffrait d'aucun effet secondaire.

[19] Il est né avec une déficience auditive. Il est incapable de porter un appareil auditif parce que les sons deviennent trop forts ce qui lui donne des maux de tête. L'appelant utilise un casque d'écoute pour écouter la télévision afin que personne ne soit incommodé par le bruit trop fort. Il peut parler au téléphone, mais il avait des problèmes lorsqu'il prenait des cours ou assistait à des réunions. En décembre 2011, sa coronaropathie était stable, il ne souffrait pas d'essoufflement, mais il avait parfois des douleurs à la poitrine. Il souffrait d'arthrose aux hanches et s'il marchait trop, des douleurs fulgurantes se propageaient dans ses jambes.

[20] Sa hanche droite a été remplacée en juin 2012 et il a déclaré que ça se passait bien, mais que récemment elle recommençait à le faire souffrir. Bien que la chirurgie ait stabilisé son état, il n'a jamais pu marcher comme avant. Il a déclaré que sa hanche gauche est maintenant gelée et que les médecins sont prêts à la remplacer maintenant, mais il hésite encore en raison des lésions aux nerfs périphériques. Il a affirmé que ses hanches ne lui causent pas de problème s'il ne marche pas trop longtemps, mais son dos commence à le faire souffrir à cause de l'arthrite dans ses hanches. Ses hanches ne l'incommodent pas en

général lorsqu'il est assis ou qu'il se repose, mais parfois des douleurs fulgurantes le long de sa jambe apparaissent. Sa neuropathie périphérique n'a été diagnostiquée qu'après décembre 2011, mais selon, lui elle était déjà présente à ce moment-là.

[21] Le seul traitement qu'il a suivi contre la dépression est la prise de médicaments prescrits par son médecin de famille. Il trouvait que ceux-ci étaient trop forts pour sa constitution. Le D^r Gindi voulait qu'il consulte un psychiatre ou un psychologue pour sa dépression, mais il ne l'a pas fait parce qu'il est trop occupé avec les autres médecins qu'il consulte.

[22] En ce qui a trait à son alcoolisme, il a déclaré qu'il avait été admis dans un centre de traitement pour une cure de deux semaines et qu'il avait ensuite participé à des réunions d'Alcooliques anonymes pendant quelques mois, sans donner suite. L'appelant a déclaré qu'il a réduit sa consommation d'alcool et affirme qu'il n'a pas bu une goutte pendant les $\frac{3}{4}$ de la dernière année. Il a tenté de réduire sa consommation de tabac après son pontage, mais qu'il a dû être admis à l'hôpital en raison d'une réaction à la médication. Il fume toujours un paquet par jour. Il prend de nombreux médicaments, notamment quatre comprimés de Percocet par jour contre la douleur. Il ne prend pas d'antidépresseur. Il se sert d'une canne occasionnellement quand sa hanche droite ou son dos lui fait mal quand il marche. La position où il se sent le mieux est lorsqu'il est couché. Il reçoit uniquement des prestations du Programme ontarien de soutien aux handicapés (POSPH).

[23] Il décrit une journée typique de la façon suivante : il se réveille souvent à 4 h, va à la toilette, sort son chien, se fait couler un pot de café, mange son déjeuner et sort son chien à nouveau. Il vit seul dans un appartement et est en mesure d'accomplir les tâches ménagères, de faire à manger, d'aller à l'épicerie faire ses achats et d'exécuter d'autres tâches à la maison. Cependant, il doit tout faire lentement. Il s'occupe de ses propres finances. Il a déclaré qu'il ne sortait jamais et a ajouté [traduction] « quand la dépression frappe, elle nous coupe du monde extérieur ». Il n'a pas fait appel à un spécialiste pour traiter sa dépression parce qu'il essaie de surmonter les « écueils » et de s'occuper de ses autres problèmes médicaux.

[24] Il a affirmé qu'il ne pouvait tenir un emploi rémunéré parce que son corps est incapable de tenir le coup pendant une journée de huit heures : son dos, ses jambes ou ses hanches vont flancher. Il a du mal à dormir et il souffre continuellement. S'il marche trop longtemps il doit s'asseoir, quand il s'assoit il est très inconfortable et doit se lever. Il peut conduire car il roulé environ 20 kilomètres jusqu'à l'audience. Bien qu'il puisse conduire, il serait incapable d'occuper une poste de livraison parce que son dos et ses jambes flancheraient. Il a déclaré que personne ne voudrait l'engager avec tous ses problèmes médicaux, surtout qu'il a encore quelques chirurgies à subir. Il a l'impression que son état s'est aggravé depuis décembre 2011. Quand il arrive à se débarrasser d'une douleur, une autre surgit. Il se demande aussi s'il perdrait ses avantages médicaux en ayant un emploi, mais ajoute qu'il ne s'agit que d'une partie de l'ensemble du problème. Il ne sait pas du tout quel type de travail il pourrait accomplir.

PREUVE

[25] Le Tribunal a examiné soigneusement la preuve médicale au dossier. Voici quelques extraits que le Tribunal juge les plus pertinents.

[26] Un rapport du D^f Gindi, médecin de famille de l'appelant, daté du 29 mars 2010, était joint à la demande de prestations du RPC. Le rapport révélait un diagnostic d'obstruction chronique du côlon en raison d'une sténose sigmoïdienne du côlon causée par une diverticulose qui cause une sténose sévère et des adhérences autour du côlon et de l'intestin grêle, ainsi qu'une coronaropathie importante. Le rapport souligne qu'en raison des douleurs abdominales et de ballonnements aigus, l'appelant ne peut tolérer d'aliments solides. Il a subi une colectomie et qu'en ce moment il a un sac d'iléostomie temporaire qui sera retiré dans trois à six mois. Le rapport fait valoir que l'appelant a subi un triple pontage coronarien en août 2003, et que sa santé cardiaque est maintenant stable. Le pronostic était « très bon » après une deuxième chirurgie subi pour retirer le sac d'iléostomie et, de l'avis du D^f Gindi, l'appelant pourrait nécessiter une convalescence d'un an.

[27] Le 9 juin 2009, le D^f Menon a noté que l'appelant avait annulé une colonoscopie prévue en décembre parce qu'à l'époque il buvait de manière excessive. Le D^f Menon a

réexaminé les symptômes de l'appelant et suggéré une colonoscopie. La colonoscopie effectuée le 25 juin 2009 a révélé une diverticulose sévère sigmoïdienne.

[28] Dans un certificat médical présenté au POSPH et daté du 1^{er} décembre 2009, le D^r Gindi a indiqué que l'appelant souffrait d'une maladie et de douleurs graves aux intestins, qu'il était en attente d'une intervention chirurgicale et qu'il était incapable de fonctionner.

[29] Le D^r Munnings, chirurgien généraliste, a ausculté l'appelant concernant ses crampes abdominales et ses ballonnements, le 16 décembre 2009. Le D^r Munnings a indiqué que l'appelant avait été évalué pour une possible résection du côlon sigmoïde et que des chirurgiens de l'hôpital Credit Valley avaient rejeté son dossier. Le D^r Munnings a fait valoir que l'appelant est un alcoolique chronique et qu'il a été un gros fumeur pendant toute sa vie adulte. Il a ajouté que son patient était peut-être intoxiqué et qu'il sentait très fort la fumée de cigarette. Le rapport se termine de la manière suivante :

[Traduction]

J'ai parlé longuement avec sa sœur. Il est évident que la résection du côlon sigmoïde aurait une incidence sur ses symptômes intestinaux. Il souffre peut-être tout simplement d'un côlon irritable et son style de vie chaotique y est sûrement pour quelque chose. Je crois qu'il n'est pas déraisonnable d'envisager une résection du côlon sigmoïde pour soulager ses symptômes abdominaux. Cependant, j'ai établi des critères stricts avec l'approbation de sa sœur : il doit cesser de boire, réduire considérablement sa consommation de tabac et adopter un mode de vie plus stable. Nous avons convenu d'une date pour la chirurgie, soit le 4 mars, et j'ai fait une demande pour une consultation en anesthésie. Je réexaminerai le patient quelques semaines avant l'opération. Si son mode de vie est toujours le même, je crois qu'il sera trop risqué de lui faire subir une intervention chirurgicale majeure. Si, toutefois, il arrive à contrôler certaines de ses dépendances, je crois qu'il sera raisonnable de procéder.

[30] Le 4 mars 2010, le D^r Menon a exécuté une dissection du côlon gauche avec mobilisation de l'angle gauche du côlon, une excision de l'intestin grêle et le retrait de l'iléostomie. Le diagnostic préopératoire était un rétrécissement du sigmoïde dû à une

diverticulose. Le diagnostic postopératoire a révélé un rétrécissement du sigmoïde dû à une diverticulose, une obstruction chronique du côlon, des adhérences et un rétrécissement de l'intestin grêle.

[31] Le 12 juillet 2010, le D^r Gindi a établi que l'appelant avait une coronaropathie importante, qu'il avait subi trois pontages en août 2003 dont il avait bien récupéré et qu'il avait été en mesure de reprendre le travail sans difficulté majeure. Il a ajouté que depuis août 2008, l'appelant a souffert de douleurs abdominales récurrentes et de problèmes de constipation. Après une prise en charge conservatrice vaine, l'appelant a subi une colonoscopie le 25 juin 2009 qui a révélé une diverticulose et un rétrécissement du côlon descendant. L'état de santé de l'appelant s'est détérioré et il a subi une autre colonoscopie, une hémicolectomie et une iléostomie. Ceci a nécessité des soins importants prolongés par une équipe de soins à domicile jusqu'à ce que l'appelant se remette complètement et subisse une autre chirurgie, le 8 juin 2010, pour retirer le sac d'iléostomie. Le D^r Gindi a conclu que l'appelant était toujours en convalescence et qu'il devait éviter les activités physiques exigeantes pendant six mois. Il a aussi noté que l'appelant avait un problème d'audition.

[32] Un scanner abdominal passé le 13 février 2011 a révélé une anse intestinale de l'intestin grêle légèrement dilatée avec des niveaux hydro-aériques ainsi qu'une rétention gazeuse dans l'ensemble du côlon non dilaté.

[33] Le 15 août 2011, le D^r Shin, gastroentérologue, a évalué un épaississement du duodénum chez l'appelant. La sœur de celui-ci a mentionné que l'appelant ne se souvient pas toujours à quel moment surviennent ses symptômes lorsqu'il boit beaucoup. Le D^r Shin, a noté que l'appelant fumait toujours un paquet de cigarettes par jour et buvait de 12 à 15 bières quotidiennement. Le médecin n'a pas fixé de rendez-vous de suivi et a noté que les symptômes de l'appelant sont principalement d'ordre chirurgical.

[34] Le 7 septembre 2011, le D^r Gindi a déclaré au RPC que l'appelant souffrait d'adhérences intestinales postopératoires, qu'il avait perdu vingt livres, qu'il était incapable d'ingérer d'aliments solides ou de manger de gros repas et que tout cela interférait

sérieusement avec sa routine de vie normale. Il ne peut rester à l'extérieur trop longtemps en raison de douleurs à l'estomac et de diarrhées incontrôlées.

[35] Le 14 septembre 2011, le D^f Rai, directeur médical du Canadian Place Endoscopy, a procédé à une endoscopie avec biopsies. Le rapport indique que l'appelant souffrait de douleurs abdominales après les repas depuis quelques mois. Un diagnostic de gastrite a été rendu.

[36] Des rayons X exécuté le 14 décembre 2011 ont révélé un changement dégénératif important dans la hanche droite.

[37] Le 20 décembre 2011, le D^f Gindi a envoyé l'appelant consulter le D^f Clements, chirurgien orthopédique, au sujet d'arthrite bilatérale des hanches. La note de référence fait état des douleurs de l'appelant aux deux hanches et du développement d'une boiterie importante.

[38] Le D^f Clements, chirurgien orthopédique, a rédigé des rapports datés du 16 mai 2012 au 27 mars 2013. Le 16 mai 2012, il a indiqué que l'appelant devait subir une chirurgie de remplacement de la hanche droite en juin. Le D^f Clements note aussi que le fait que l'appelant fumait augmentait le risque d'infection. Le 25 avril 2012, le médecin rapporte qu'au cours des quatre dernières années, des symptômes sont progressivement apparus comme de la douleur, de la raideur et une limitation dans le fonctionnement de la hanche droite de l'appelant. Des symptômes ont aussi affecté sa hanche gauche, mais de manière moins handicapante. L'appelant a décrit une douleur à l'aîne du côté droit qui survenait en marchant. Il devait cesser de marcher au bout de 100 verges tant la douleur était aiguë. Il a ajouté que la douleur le réveillait parfois la nuit, qu'il avait de la difficulté à monter et descendre des escaliers ainsi qu'à mettre ses chaussettes et ses souliers.

[39] Le 12 juin 2012, le D^f Clements a procédé au remplacement complet de la hanche droite de l'appelant. Le 12 décembre 2012, rapporte que la hanche droite de l'appelant se porte passablement bien, mais que sa hanche gauche était manifestement raide et de plus en plus douloureuse. Le D^f Clements a indiqué que l'appelant avait de l'ostéo-arthrite

importante dans la hanche gauche, mais pas au point d'envisager le remplacement de cette hanche.

[40] Le 7 décembre 2012, le D^r Gindi a rapporté au RPC que l'appelant souffrait de différents problèmes de santé graves, notamment d'une surdité bilatérale importante, d'une coronaropathie stable, de diverticulose sigmoïdienne grave, de raideur progressive à la hanche droite, de douleur et de difficultés à la marche. Le D^r Gindi a noté que lorsqu'il a vu l'appelant le 1^{er} octobre, celui-ci s'était remis presque complètement de sa chirurgie à la hanche droite, mais qu'il souffrait toujours de douleurs intestinales et d'occlusion partielle intestinale récurrente qui nécessitaient la prise de puissants laxatifs à tous les jours. Il a indiqué que l'appelant se préparait pour le remplacement de sa hanche gauche, mais que la date de l'intervention n'avait pas encore été fixée, qu'il aurait besoin d'autres congés de travail pour la chirurgie et que, en principe, sa rémission serait complètement et sans heurt.

[41] Le 27 mars 2013, le D^r Clements a présenté un rapport au RPC. Sa dernière rencontre avec l'appelant avait eu lieu le 12 décembre 2012. À ce moment-là, l'appelant affirmait que la douleur à la hanche droite s'était nettement atténuée, mais que sa hanche gauche devenait de plus en plus douloureuse et raide. Même si les symptômes de sa hanche gauche s'aggravaient, l'appelant n'était pas prêt à subir une chirurgie de remplacement de la hanche gauche. Le D^r Clements expliquait dans son rapport que l'appelant souffrait d'ostéoarthrite à la hanche gauche ce qui réduisait sa tolérance à l'exercice et rendait difficile la marche, la position debout, l'utilisation des escaliers ainsi que l'habillement : la raideur et la douleur l'empêchent de mettre ses chaussettes et ses souliers. Ces symptômes diminueraient probablement de manière significative à la suite d'une chirurgie de remplacement de la hanche gauche.

[42] Le 23 août 2013, le D^r Louis du Canadian Vein Institute, a procédé à une évaluation non invasive des artères des membres inférieurs. Son rapport indique que les symptômes de l'appelant pourraient être liés à une claudication. Le 18 novembre 2003, le D^r Louis a indiqué que même si les douleurs de l'appelant dans sa hanche droite s'étaient résorbées après la chirurgie, il souffrait parfois de douleurs fulgurantes qui descendaient sur le côté de sa cuisse droite et causaient de l'inconfort dans le mollet droit. L'appelant a aussi déclaré un

certain inconfort dans la hanche gauche. Le D^f Louis a noté que l'appelant était un fumeur chronique et qu'il se décrivait lui-même comme étant un amateur de beuveries. Le médecin l'a informé du fait que son tabagisme était manifestement un « gros problème » et qu'à long terme il prendrait encore plus d'importance. Ils ont convenu d'adopter un traitement conservateur, d'attendre six mois et que si ses symptômes s'aggravaient, d'envisager une angiographie CT et possiblement une angioplastie de l'artère iliaque. La conclusion du rapport va comme suit : [traduction] « Je lui ai cependant indiqué que s'il continuait de fumer, les probabilités qu'une sténose récidivante survienne après la dilatation de la veine iliaque externe sont élevées, même après une période de deux à trois ans. »

[43] Le 19 février 2014, le D^f Gindi a indiqué dans son rapport au RPC que l'appelant était dépressif, anxieux et qu'il subissait beaucoup de stress en raison de ses nombreux problèmes de santé. Il a ajouté que l'appelant devait subir d'autres évaluations d'un cardiologue [traduction] « surtout parce qu'il n'a pas un mode de vie sain, qu'il fume beaucoup et qu'il boit parfois de manière excessive pour gérer l'insomnie et la dépression. ». Le D^f Gindi a aussi indiqué que les radiographies de sa hanche gauche montraient des changements arthritiques légers qui ne justifiaient pas la douleur intense ressentie et a observé [traduction] « en sachant que Monsieur G. M. est un gros fumeur et en tenant compte de l'impossibilité de palper le pouls, je soupçonne une maladie vasculaire périphérique. » Le rapport conclut de la manière suivante :

[Traduction]

« Je gère en ce moment la dépression et l'alcoolisme de Monsieur G. M., ainsi que sa cardiopathie. Son état de santé est assez compliqué et sombre. Je m'attends à ce que l'état de santé de Monsieur G. M. se détériore et nous devons lui laisser le temps de subir d'autres examens concernant une maladie vasculaire périphérique et de recevoir les traitements appropriés. G. M. n'est pas en mesure d'occuper un emploi en raison de son état de santé. »

[44] Le 2 juin 2014, des radiographies de la colonne lombaire de l'appelant ont été faites suite à une chute. Celles-ci ont révélé une discopathie dégénérative multi étagée légère à modérée et une arthropathie de la facette avancée. Aucun indice de fracture n'était apparent.

OBSERVATIONS

[45] L'appelant soutient qu'il est admissible à une pension d'invalidité pour les raisons suivantes :

- a) il souffre d'une invalidité grave et prolongée qui l'empêche de retourner au travail et d'exercer une activité rémunératrice quelle qu'elle soit;
- b) il s'appuie sur des rapports médicaux, surtout sur ceux de son médecin de famille qui, selon lui, confirme son invalidité grave et prolongée;
- c) il ne peut être un employé fiable en raison de ses nombreux problèmes de santé récurrents et des prochaines chirurgies (au moins deux) qu'il doit encore subir;
- d) aucun employeur ne voudrait de lui parce qu'il a de nombreux problèmes de santé.

[46] L'intimé soutient que l'appelant n'est pas admissible à une pension d'invalidité pour les raisons suivantes :

- a) l'appelant a cessé de travailler en juillet 2008 parce qu'il a été mis à pied et non pour une raison médicale;
- b) le pronostic du médecin de famille de l'appelant, en mars 2010, était favorable après la deuxième chirurgie (pour retirer le sac d'iléostomie); des rapports subséquents montrent que la situation de l'appelant s'est stabilisée;
- c) même si l'appelant est limité par son ostéo-arthrite à la hanche, ses symptômes devraient s'améliorer de façon importante après le remplacement de sa hanche gauche;
- d) même si l'appelant n'est pas en mesure d'exécuter un travail physique, il ne lui est pas impossible d'exercer une activité rémunératrice quelle qu'elle soit;
- e) même si le rapport de l'évaluation des artères indique certains changements à la circulation dans les jambes de l'appelant, aucune corrélation clinique ne vient expliquer ces constatations d'autant plus que le rapport a été rédigé près de deux ans après la PMA.

ANALYSE

[47] L'appelant doit prouver, selon la prépondérance des probabilités, qu'il était atteint d'une invalidité grave et prolongée au 31 décembre 2011 ou avant cette date.

[48] Les exigences du *Régime de pensions du Canada* auxquelles il faut satisfaire pour obtenir une pension d'invalidité figurent au paragraphe 42(2), où il est indiqué que pour être considéré invalide, une personne doit avoir une invalidité « grave » et « prolongée ». Une invalidité n'est « grave » que si la personne concernée est régulièrement incapable de détenir une occupation véritablement rémunératrice. La personne doit non seulement être incapable de faire son travail habituel, mais en plus, elle doit être incapable de faire tout travail auquel il aurait été raisonnable de s'attendre qu'elle puisse faire. Une invalidité n'est « prolongée » que si on considère qu'elle va vraisemblablement durer pendant une période longue, continue et indéfinie ou entraîner vraisemblablement le décès.

Caractère grave

[49] Les cas suivants offrent de l'aide et une orientation au Tribunal pour instruire cet appel.

[50] Le fardeau de la preuve repose sur l'appelant qui doit établir, selon la prépondérance des probabilités, qu'à la date de sa PMA ou avant cette date, il était invalide aux termes de la définition. Le critère de gravité doit être analysé selon une approche réaliste (*Villani c. Canada [P.G.]*, 2001 CAF 248). Le Tribunal doit tenir compte de certains facteurs comme l'âge de la personne, son niveau d'instruction, ses aptitudes linguistiques, ses antécédents de travail et son expérience de la vie pour déterminer son « employabilité » relativement à son invalidité.

[51] Cette réaffirmation de la méthode à suivre pour définir l'invalidité ne signifie pas que quiconque éprouve des problèmes de santé et des difficultés à se trouver et à conserver un emploi a droit à une pension d'invalidité. Les requérants sont toujours tenus de démontrer qu'ils souffrent d'une invalidité grave et prolongée qui les rend régulièrement incapables de détenir une occupation véritablement rémunératrice. Une preuve médicale sera toujours

nécessaire, de même qu'une preuve des efforts déployés pour se trouver un emploi et de l'existence des possibilités d'emploi.

[52] Un élément essentiel de l'admissibilité à une pension d'invalidité est la preuve que l'appelant a fait des efforts sérieux pour s'aider lui-même. Cette exigence implique aussi bien l'obligation de demander un traitement que la responsabilité de l'appelant de fournir des efforts réalistes et raisonnables pour se trouver et maintenir un emploi, compte tenu des caractéristiques personnelles énoncées dans l'arrêt Villani et de son employabilité : *A.P. c. MRHDCC* (15 décembre 2009), CP 26308 (CAP).

[53] L'appelant doit se montrer prêt, en toute bonne foi, à suivre les conseils médicaux appropriés et, lorsqu'il paraît évident qu'il ne pourra reprendre son emploi précédent, à participer à des programmes de recyclage et d'études : *Lombardo c. MDRH*, (23 juillet 2001), CP 12731(CAP). Le Tribunal doit évaluer si le refus de l'appelant de subir les traitements recommandés est une décision raisonnable et quelle sera l'incidence d'un tel refus sur l'état d'invalidité dans le cas où le refus est jugé déraisonnable : *Lalonde c. Canada (MDRH)*, 2002 CAF 211.

[54] Lorsqu'il y a des preuves d'aptitude au travail, une personne doit montrer que les efforts qu'elle a déployés pour obtenir et conserver un emploi ont été vains en raison de son état de santé (*Inclima c. Canada [P.G.]* 2003 CAF 117). La question visant à savoir si le demandeur a tenté de trouver un travail de remplacement ou s'il a manqué de motivation pour le faire constitue clairement une considération pertinente à prendre en compte pour déterminer si l'invalidité est « grave » : *Klabouch c. Ministre du Développement social*, 2008 CAF 33.

[55] Si l'on peut dire que l'appelant est handicapé en raison de son alcoolisme, alors son incapacité à trouver un emploi réellement rémunérateur n'est peut-être pas due à une invalidité, mais à son incapacité de renoncer à l'alcool : *Sandhu c. MDRH* (18 janvier 2000) CP 12150 (CAP). Chaque cas d'invalidité lié à l'alcoolisme doit être jugé indépendamment et suivant les circonstances et les faits particuliers du cas : *Smallwood c. MDRH* (20 juillet 1999) CP 09274 (CAP).

[56] Il ne fait aucun doute que l'appelant souffre de problèmes et de limitations importants. La difficulté réside, toutefois, dans le fait que l'appelant n'a pas déployé d'efforts raisonnables pour atténuer les circonstances et pour s'adapter à ces affections.

[57] À la date de sa PMA, l'appelant n'avait que 49 ans, il avait un niveau d'éducation raisonnable et il a été en mesure de suivre une formation et de travailler comme opérateur de presse. Même si ce type de travail est trop exigeant sur le plan physique, il a fait très peu d'effort (jusqu'en décembre 2009, et aucun effort depuis) pour obtenir un emploi ou pour se recycler dans un emploi qui convenait à son état de santé. Il y a certaines périodes au cours desquelles l'appelant était temporairement dans l'impossibilité de trouver un autre emploi en raison de ses chirurgies, cependant il ne faisait pas plus d'effort durant les périodes où son état se stabilisait. Après un examen minutieux, le Tribunal a conclu que l'appelant ne répondait pas au critère établi dans *Inclima* (ci-dessus).

[58] De manière encore plus significative, l'appelant ne s'est pas conformé aux recommandations médicales, surtout en ce qui a trait à l'abus d'alcool et de tabac, et notamment à celle du D^r Gindi qui lui indiquait de consulter un spécialiste pour traiter sa dépression. Les rapports médicaux font sans cesse référence à l'abus d'alcool et de tabac et aux effets délétères sur sa santé. En voici un aperçu :

- le D^r Menon note dans son rapport du 9 juin 2009 que l'appelant a annulé une colonoscopie prévue en décembre parce qu'il buvait trop à l'époque;
- le D^r Munning indique dans son rapport du 16 décembre 2009 que l'appelant est un alcoolique chronique et qu'il fume abondamment depuis l'âge adulte. Il note également que l'appelant est peut-être intoxiqué et qu'il sent très fort la fumée de cigarette;
- le 15 août 2011, le D^r Shin inscrit dans son rapport que l'appelant fume toujours un paquet de cigarettes par jour et qu'il boit quotidiennement de 12 à 15 bières. Le D^r Shin a raconté que la sœur de l'appelant a déclaré que son frère ne se souvient pas toujours à quel moment surviennent ses symptômes lorsqu'il boit beaucoup;

- le D^r Clements indique dans son rapport du 16 mai 2011, que la consommation de tabac de l'appelant augmente le risque d'infection pendant la chirurgie de remplacement de la hanche;
- le D^r Louis indiqué dans son rapport du 23 août 2013 que l'appelant est un fumeur chronique et qu'il se décrivait lui-même comme étant un amateur de beuveries. Le médecin l'a informé du fait que son tabagisme était manifestement un « gros problème » et qu'à long terme il prendrait encore plus d'importance. Les conclusions du médecin indiquent qu'il lui a cependant indiqué que s'il continuait de fumer, les probabilités qu'une sténose récidivante survienne après la dilatation de la veine iliaque externe sont élevées, même après une période de deux à trois ans »; le dernier rapport dans le dossier d'audience est un rapport du D^r Gindi, médecin de famille de l'appelant, daté du 19 février 2014. Ce rapport indique que l'appelant ne suit pas un mode de vie sain, qu'il fume beaucoup et qu'il boit parfois excessivement pour gérer son insomnie et sa dépression.

[59] Dans sa preuve, l'appelant reconnaît qu'il fume un paquet de cigarettes par jour et qu'il n'a déployé aucun effort sérieux pour arrêter de fumer depuis son pontage en août 2003. Il affirme avoir diminué sa consommation d'alcool et qu'il n'a pas bu depuis les neuf derniers mois. Il n'y a toutefois rien dans les rapports médicaux qui le prouve. D'après son témoignage, ses efforts pour contrer son alcoolisme sont minimes. Il a indiqué qu'il avait été admis à un programme de deux semaines, sans toutefois pouvoir fournir les dates de ce séjour et sans que le dossier d'audience n'en fasse mention. Il a uniquement participé aux Alcooliques anonymes pendant quelques mois. Le Tribunal reconnaît que l'alcool et le tabac sont des dépendances dont il est difficile de se défaire, cependant, après avoir étudié soigneusement l'ensemble de la preuve, il est d'avis que malgré les nombreux avertissements de ses médecins, l'appelant n'a déployé que des efforts minimes pour contrer ses problèmes.

[60] L'appelant a aussi reconnu que la dépression était un facteur important de son état de santé. Le Tribunal a fait valoir que lorsqu'il décrivait une journée typique et son isolement social, l'appelant avait déclaré [traduction] « quand la dépression frappe, elle nous coupe du

monde extérieur ». Malgré cette affirmation, il n'a pas suivi les conseils du D^f Gindi de consulter un psychiatre et/ou un psychologue et il ne prend aucun antidépresseur.

[61] Le Tribunal a conclu que l'appelant avait manifestement omis de suivre les recommandations médicales adéquates de ses médecins traitants ce qui a eu pour effet, et continue d'avoir pour effet, de nuire à sa santé.

[62] Par conséquent, le Tribunal a conclu que l'appelant n'est pas admissible à une pension d'invalidité du RCP (voir les affaires précitées aux paragraphes 52 et 53).

Caractère prolongé

[63] Bien qu'il ne soit pas nécessaire de procéder de cette façon, le Tribunal a aussi étudié la question du caractère prolongé de l'invalidité de l'appelant conformément à la *Loi*.

[64] Le terme « invalidité prolongée » implique un élément d'autodiscipline ou de responsabilité personnelle. Le fait de suivre des recommandations médicales comme faire de l'exercice, suivre un régime, prendre des médicaments, éviter l'alcool et le tabac et suivre d'autres traitements raisonnables et conservateurs est un comportement attendu d'une personne s'il peut améliorer une affection possiblement invalidante. Une personne qui persiste à souffrir d'une affection qui peut raisonnablement être évitée ou améliorée en adoptant des mesures disponibles, ne peut être considérée comme souffrant d'une invalidité prolongée ou d'une durée indéterminée : *Smith c. MDRH* (29 mai 1998) CP 5068 (CAP).

[65] Compte tenu du fait que l'appelant n'a pas suivi les traitements recommandés, tels que spécifiés plus haut, il ne satisfait pas au critère d'invalidité prolongée.

CONCLUSION

[66] L'appel est rejeté.

Raymond Raphael
Membre de la Division générale