

[TRADUCTION]

Citation : *S. N. c. Ministre de l'Emploi et du Développement social*, 2015 TSSDGSR 111

Date : Le 1^{er} octobre 2015

Numéro de dossier : GT-125851

DIVISION GÉNÉRALE - Section de la sécurité du revenu

Entre:

S. N.

Appelante

et

**Ministre de l'Emploi et du Développement social
(antérieurement ministre des Ressources humaines et du Développement des compétences)**

Intimé

Décision rendue par : Jeffrey Steinberg, membre de la division générale – Section de la sécurité du revenu

Audience tenue par téléconférence le 26 août 2015

MOTIFS ET DÉCISION

COMPARUTIONS

S. N., l'appelante

F. N., représentant de l'appelante

INTRODUCTION

[1] L'intimé a estampillé la demande de pension d'invalidité en vertu du *Régime de pensions du Canada* (RPC) de l'appelante le 20 mars 2012. L'intimé a rejeté cette demande initialement et après révision. L'appelante a porté la décision découlant de la révision en appel devant le Bureau du Commissaire des tribunaux de révision (BCTR), et cet appel a été transféré au Tribunal de la sécurité sociale (Tribunal) en avril 2013.

[2] L'audience a été tenue par voie de téléconférence pour les raisons suivantes :

- a) il y a des lacunes dans les renseignements qui figurent au dossier, et/ou certaines précisions doivent être apportées;
- b) le mode d'audience respecte les exigences du *Règlement sur le Tribunal de la sécurité sociale* à savoir qu'il doit procéder de façon la plus informelle et expéditive que le permettent les circonstances, l'équité et la justice naturelle.

DROIT APPLICABLE

[3] Conformément à l'article 257 de la *Loi sur l'emploi, la croissance et la prospérité durable* de 2012, les appels déposés devant le BCTR avant le 1er avril 2013 et qui n'ont pas été instruits par le BCTR sont considérés comme ayant été déposés auprès de la division générale du Tribunal. }

[4] L'alinéa 44(1)*b*) du RPC énonce les critères d'admissibilité à une pension d'invalidité du RPC. Une pension d'invalidité doit être payée à un cotisant qui :

- a) n'a pas atteint l'âge de 65 ans;

- b) ne reçoit pas une pension de retraite du RPC;
- c) est invalide;
- d) a versé des cotisations valides au RPC pendant au moins la période minimale d'admissibilité (PMA).

[5] Le calcul de la PMA est important, car une personne doit établir qu'elle était atteinte d'une invalidité grave et prolongée au moment où sa PMA a pris fin ou avant cette date.

[6] Aux termes de l'alinéa 42(2)a) du RPC, pour être invalide, une personne doit être atteinte d'une invalidité physique ou mentale grave et prolongée. Une invalidité n'est grave que si elle rend la personne 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 doit entraîner vraisemblablement le décès.

QUESTION EN LITIGE

[7] Le litige ne concerne pas la PMA, car les parties conviennent que cette période prend fin le 31 décembre 2009, ce qu'a également conclu le Tribunal.

[8] En l'espèce, le Tribunal doit déterminer s'il est probable que l'appelante avait une invalidité grave et prolongée à la date de la PMA ou avant celle-ci.

PREUVE

[9] Le questionnaire de l'appelante a été estampillé par l'intimé comme ayant été reçu le 20 mars 2012. Elle a déclaré avoir une treizième année et avoir fréquenté une école de soins infirmiers où elle a reçu son diplôme d'infirmière autorisée. Son emploi le plus récent est à titre d'infirmière dans l'unité des soins intensifs médico-chirurgicaux à l'Hôpital S. M. Ces fonctions ont débuté le 4 avril 1977. Elle a cessé de travailler en raison d'un ulcère du pied diabétique. Dans la version modifiée d'un questionnaire datée du 29 avril 2012, l'appelante a déclaré avoir cessé de travailler le 29 septembre 2006. Elle a précisé qu'elle ne pouvait plus travailler le 3 octobre 2006. Elle a décrit les maladies ou les déficiences qui l'empêchaient de travailler : i) amputation en dessous du genou; ii) neuropathie diabétique; iii) diabète insulino-dépendant. Elle

prétend avoir une endurance limitée et que la circulation dans l'autre jambe est très faible. Elle a également décrit de l'hypertension (pour laquelle elle prend des médicaments), une thyroïdectomie partielle (pour laquelle elle prend des médicaments, des ganglions lymphatiques du médiastin et une sarcoïdose de stade 1. Elle a déclaré que la position assise/debout est variable et qu'elle a de la difficulté à gérer la douleur en se tenant debout de façon immobile pendant quelques minutes. Elle a acheté un fauteuil inclinable à élévation motorisée et elle a besoin d'un siège de toilette surélevé. Elle a besoin d'une prothèse de jambe droite et elle utilise deux cannes pour marcher. Elle peut seulement transporter un sac à main sur son épaule lorsqu'elle marche. Elle a recours à une pince longue pour atteindre des objets hors de portée. Elle a de la difficulté à se pencher et elle utilise un siège pour prendre un bain. Elle a besoin d'aide pour s'habiller et d'une commode à son chevet. Elle a de la difficulté à se tenir immobile en préparant les repas. Elle se soutient grâce à un chariot lorsqu'elle fait l'épicerie et elle a besoin de l'aide de son époux. Elle s'est fait prescrire de l'insuline, de la lévothyroxine, du diltiazem, du pantoprazole, du candésartan, de la gabapentine, de l'Aspirin, du Tylenol et du Crestor. Elle a consulté un diététiste et le personnel infirmier de ressource à la clinique du diabète. Elle a une jambe artificielle et elle utilise un fauteuil roulant, des cannes et un déambulateur à roulettes.

[10] Le 29 avril 2012, l'appelante a rempli un second questionnaire. Elle a déclaré avoir arrêté de travailler le 29 septembre 2005 en raison d'un ulcère du pied diabétique. À la question 30, à savoir [Traduction] « Si vous étiez jugé apte, accepteriez-vous de vous soumettre à une évaluation de réadaptation professionnelle? », l'appelante a répondu par l'affirmative et a déclaré ce qui suit : [Traduction] « Doit être sédentaire ».

[11] Dans sa demande de révision, l'appelante déclare que les problèmes au pied ont commencé en 2006 et qu'ils étaient des effets secondaires du diabète et de problèmes circulatoires. En juin 2005, elle a développé un ulcère du pied diabétique. À l'époque, elle travaillait à temps plein et faisait des quarts de travail de 12 heures en tant qu'infirmière autorisée dans l'unité des soins intensifs de l'Hôpital S. M. Étant donné qu'elle recevait des soins médicaux, elle s'absentait du travail et y retournait. L'ulcère guérissait, mais il se détériorait lorsqu'elle portait des souliers ou qu'elle demeurait debout pendant une période prolongée. Elle subissait un traitement de débridement, de pansement, d'attelle pneumatique à deux reprises et

d'orthétique. Après avoir épuisé ses congés de maladie, des tâches modifiées lui ont été affectées pendant environ neuf mois, mais elle a continué d'avoir des problèmes. À l'automne 2006, son employeur lui a donné le choix de démissionner, de retourner travailler à temps plein ou de prendre sa retraite. Elle a choisi de prendre un congé sans solde pendant sept mois jusqu'à ce qu'elle atteigne l'âge de 55 ans afin d'être admissible à la retraite anticipée. Elle a déclaré que les problèmes aux pieds étaient un problème récurrent et que le contrôle de sa glycémie ainsi que la fatigue étaient un problème commun et permanent. Hormis les soins personnels diligents, l'appelante a été traitée à la clinique de soins des plaies/pieds à l'Hôpital S. M. pour des ulcères au pied. En décembre 2010, elle a développé un important ulcère au pied qui a demandé un débridement d'urgence. Pendant les six semaines suivantes, elle a changé les pansements sur son pied droit. Il semblait bien récupérer, mais l'appelante a ensuite eu des nausées. Elle est retournée à l'urgence, elle a été hospitalisée, elle est devenue gravement atteinte de gangrène diabétique et elle a nécessité une amputation de la jambe droite en dessous du genou le 19 février 2011. Elle continue d'avoir des problèmes de glycémie et d'insuline en plus de symptômes ressemblant à une méconnaissance concernant l'hypoglycémie. Elle est également préoccupée par l'état de santé de sa jambe gauche et de son moignon.

[12] Dans une lettre datée du 20 octobre 2012 et destinée à l'intimé, l'appelante a déclaré qu'elle a eu des problèmes continus aux pieds. Elle a quitté le marché du travail en 2006 avec un congé sans solde jusqu'à ce qu'elle atteigne l'âge de 55 ans et qu'elle puisse prendre sa retraite anticipée. Ses problèmes médicaux permanents ont abouti à une amputation sous le genou en 2011, ce qui est grave et prolongée. Les effets cumulatifs de son amputation sont difficiles. En ce qui concerne les corvées quotidiennes et ordinaires, la mobilité est nettement limitée.

[13] Dans sa lettre d'appel au BCTR, l'appelante déclare qu'elle n'a pas eu l'impression que ses troubles médicaux ayant mené à l'amputation ont été entièrement compris. Elle a travaillé aux soins intensifs de l'Hôpital S. M. tant et aussi longtemps que son problème de santé (ulcère du pied diabétique) lui a permis de le faire. Le problème de santé ayant mené à l'amputation de la jambe droite était une conséquence de sa neuropathie diabétique et de sa mauvaise circulation qui se sont manifestées en 2005 dans un ulcère diabétique au pied droit. Au moyen de nombreuses tentatives pour travailler, de repos (congés de maladie) et d'un horaire de travail

modifié, l'ulcère semblait guérir lentement, puis il s'est détérioré en raison du stress. À la fin de 2006, il est devenu évident pour elle et son employeur que sa carrière exigeait de longues heures passées debout et un niveau élevé d'énergie. Elle a dû accepter une offre de retraite anticipée après un congé sans solde de six mois jusqu'à ce qu'elle atteigne l'âge de 55 ans (afin d'être admissible à la pension réduite). Avant l'amputation, elle a accompagné son fils et son époux en Floride et en Californie. Elle croyait que le fait de ne pas y aller et de rester seule à la maison n'aurait pas été un choix judicieux en raison de ses responsabilités médicales. Elle sait comment observer et surveiller son état de santé, et son époux était d'un soutien remarquable.

[14] Le 27 février 2012, le D^r Harrington, chirurgien orthopédiste, a rempli le rapport médical du RPC. Il a déclaré connaître l'appelante depuis mars 2011. Il a posé un diagnostic de diabète insulino-dépendant, d'amputation en dessous du genou le 17 février 2011 et de neuropathie périphérique à la jambe gauche. Il a déclaré qu'elle aurait besoin d'une prothèse et d'un suivi pour son moignon. Il a déclaré que, en raison de ses antécédents de diabète sucré insulino-dépendant ayant causé une amputation en dessous du genou, le pronostic à long terme était incertain. Il a déclaré qu'elle continuerait à faire l'objet d'un suivi à la clinique pour amputés du TEGH tous les six mois.

[15] Selon un dossier ambulatoire du 31 octobre 2005, le diabète de l'appelante était mal contrôlé. Elle avait un durillon qui a été débridé et qui a été muni d'une attelle pneumatique. Le même jour, le D^r Mahoney, consultant ambulatoire en traitement des plaies, a signalé avoir vu l'appelante au sujet d'une plaie plantaire au gros orteil droit. Il a souligné qu'elle avait de la difficulté depuis un certain nombre de mois et il a signalé des épisodes de rougeurs et d'inconfort s'étendant jusqu'au-dessus du genou. Il a déclaré qu'elle a été admise en raison de son diabète, qui était mal contrôlé. L'hyperkératose de l'appelante était débridée. Il a recommandé la décharge de l'avant-pied afin de faciliter la guérison. L'appelante s'est fait installer une attelle pneumatique. À long terme, elle aurait besoin d'un ajustement de la décharge au gros orteil.

[16] Selon un dossier ambulatoire du 22 novembre 2005, l'appelante avait un antécédent de plaie au premier orteil du pied droit. Le plan visait à soigner la plaie et à fournir une attelle pneumatique ainsi qu'une semelle. Selon un dossier ambulatoire du 6 décembre 2005, la plaie avait guéri.

[17] Le 7 septembre 2006, le D^r Zownir, spécialiste de la médecine interne, a signalé que l'appelante a été suivie pour son diabète, son hypertension et un ulcère du pied diabétique au pied droit maintenant guéri. Il a déclaré qu'elle avait de la difficulté à maintenir son poids (213 lb). Sa plainte principale était la fatigue réfractive qui a entraîné son incapacité à maintenir un horaire de travail prolongé. Elle a nié souffrir de douleurs à la poitrine, d'essoufflements, d'orthopnée ou de dyspnée paroxystique nocturne, mais elle a déclaré avoir tendance à se fatiguer facilement et être relativement fatiguée en raison de ses demi-journées. Elle souffrait à l'occasion d'un certain inconfort à la partie inférieure de la jambe droite qui s'étendait jusqu'à la hanche droite et au dos. Ses membres se sont révélés bien rétablis avant l'ulcère du pied diabétique au gros orteil droit. Il lui a été conseillé de continuer le même régime de surveillance par un médecin. Le D^r Zownir a écrit ce qui suit : [Traduction] « [...] et, pour l'instant, nous n'augmentons pas son horaire de travail étant donné qu'elle doute être en mesure de gérer une charge de travail supérieur équivalant à quatre heures par jour, trois fois par semaine. »

[18] Selon un dossier ambulatoire du 26 juin 2007, l'appelante avait une plaie au premier orteil depuis environ quatre semaines. Le tissu nécrotique a été débridé après un nettoyage. L'appelante a déclaré vouloir faire de la natation à Muskoka. Il lui a été conseillé d'éviter de porter des chaussures de natation. Il lui a aussi été conseillé de voir un podologue pour réévaluer l'orthétique et débrider le durillon avant de partir en voyage en Russie en août 2007.

[19] Le 20 décembre 2007, le D^r Zownir a signalé que l'appelante a habituellement une glycémie élevée. Sa récente analyse de sang a appuyé cette constatation; l'hémoglobine A1C était élevée. Il a encore une fois appuyé l'optimisation du régime, du poids et du niveau d'activité. L'insuline de l'appelante était accrue. Elle a souffert d'hypertension concurrente contrôlée à l'aide de médicaments. Sa pression artérielle était acceptable, et les poumons étaient dégagés. Elle aurait un suivi dans trois mois.

[20] Le 17 avril 2008, le D^r Zownir a signalé que la glycémie de l'appelante était quelque peu erratique en raison de son travail, de son horaire et de ses déplacements. Elle était carrément guérie de son ulcère diabétique précédent au pied. Elle a été invitée à demeurer active à un niveau tolérable afin de diminuer sa pression artérielle (138/78).

[21] Le 24 juillet 2008, le D^r Zownir a signé que la santé globale de l'appelante se portait bien. Selon le D^r Zownir, bien que sa glycémie varie [Traduction] « de façon sporadique », son taux d'activité suivait la même tendance. Il a également déclaré ce qui suit : [Traduction] « Elle est quelque peu négligente à l'égard de son régime. »

[22] Le 16 octobre 2008, le D^r Zownir a signalé avoir vu l'appelante en raison du développement d'un ulcère superficiel sur la surface plantaire du talon gauche. Elle s'était déplacée à l'échelle locale en prenant des bains d'eau salée et elle a eu un rendez-vous à la clinique de podologie le 28 octobre 2008. À ce moment-là, sa glycémie était quelque peu erratique. Elle avait un petit ulcère en crevasse de $\frac{3}{4}$ de pouce de longueur sur la surface plantaire du talon gauche qui a été traité à l'aide de bains d'eau saline, d'un onguent et de Keflex.

[23] Selon un dossier ambulatoire du 28 octobre 2008, l'appelante avait un ulcère au pied persistant qui a commencé à l'Action de grâces. Sa glycémie [Traduction] « allait jusque dans la vingtaine ». Sa plaie a été débridée.

[24] Le 29 octobre 2008, le D^r Zownir a signalé que l'appelante a subi une évaluation à la clinique d'évaluation et de traitement en podologie la veille afin de subir un traitement pour la plaie à son pied gauche. L'appelante a déclaré que sa glycémie était régulièrement élevée, parfois à dans les 20 millimoles. Elle a récemment développé une petite plaie en retirant une peau lâche. Un ulcère a été constaté sur l'aspect plantaire latéral du talon distal gauche. Un durillon autour de la plaie a été débridé. Le D^r Zownir a discuté de l'effet défavorable de la glycémie élevée relativement à la guérison des plaies. Il a déclaré qu'il prévoyait faire un suivi auprès d'elle dans cinq ou six semaines étant donné qu'elle prévoyait voyager dans un avenir proche.

[25] Selon un rapport d'un dossier ambulatoire daté du 2008-12-02, l'appelante était à peine revenue de la Floride et elle prévoyait retourner dans un avenir proche. La présence d'une plaie et d'un durillon au talon latéral gauche. Il n'y avait aucun signe d'infection.

[26] Le 12 février 2009, le D^r Zownir a signalé que la peau du pied de l'appelante s'était améliorée. L'appelante a continué à prendre de l'insuline. Sa pression artérielle était de 130/76, et les poumons étaient dégagés.

[27] Le 7 mai 2009, le D^r Zownir a signalé que l'appelante avait généralement joui d'une excellente santé depuis sa dernière consultation en février 2009. Il lui a été demandé de continuer son régime actuel de surveillance par son médecin et elle aurait un suivi dans trois ou quatre mois.

[28] Le 6 août 2009, le D^r Zownir a signalé que l'appelante n'avait aucun problème d'hypoglycémie. Il a déclaré qu'elle avait un taux élevé de façon sporadique, ce qui était expliqué par un régime insouciant. L'appelante a signalé qu'elle avait récemment développé des douleurs musculosquelettiques continues qui avaient tendance à se situer aux quadriceps des deux jambes, plus souvent au côté droit qu'au côté gauche, et aux extenseurs des membres; elles étaient encore une fois plus importantes du côté droit que du côté gauche. Au cours de l'examen physique, il n'était pas en mesure de trouver un déficit principal. Elle avait une bonne amplitude de mouvement et elle n'avait aucun déficit sensoriel, autre qu'une vague hypoesthésie en chaussette aux jambes. Ses réflexes au tendon étaient rapides et elle avait une bonne amplitude de mouvement avec une bonne force musculaire. Il lui a été conseillé d'améliorer son niveau d'activité à un niveau tolérable.

[29] Le 12 novembre 2009, le D^r Zownir a signalé que la glycémie de l'appelante était parfois erratique. Elle avait des crises de panique, mais elle a autrement nié souffrir d'importantes palpitations, de douleurs à la poitrine ou d'orthopnée. Elle était relativement inactive et elle a été invitée à augmenter son niveau d'activité.

[30] Le 11 février 2010, le D^r Zownir a signalé que l'appelante (infirmière autorisée à la retraite âgée de 57 ans) a effectué une consultation de suivi. Il a signalé que sa glycémie avait été légèrement erratique, mais généralement acceptable et qu'elle avait perdu du poids dans son

effort visant à optimiser sa glycémie. Il a déclaré qu'elle était une patiente coopérative et qu'elle n'avait aucune difficulté à respecter son régime. Elle avait un léger hématome après s'être frappé l'orteil droit, qui semblait récupérer selon le D^r Zownir. Il a déclaré ce qui suit :

[Traduction] « Autrement, elle a maintenu un bon état de santé dans l'ensemble et elle a voyagé en Floride et en Californie, comme toujours, elle n'a aucun symptôme important autre qu'une légère nausée au cours des deux ou trois dernières journées, mais elle n'a pas souffert de fièvre, de frissons, de changements de couleur de son urine ou de changements d'habitudes intestinales. »

[31] Le 3 juin 2010, le D^r Zownir a signalé que l'appelante avait plusieurs problèmes concurrents, y compris l'hypothyroïdie sous traitement de substitution, l'hypertension et un reflux gastro-œsophagien. Il a déclaré qu'elle est active en voyageant avec son fils, qu'elle parcourt le pays avec son époux et qu'elle avait une glycémie quelque peu erratique, mais raisonnablement bien contrôlé dans l'ensemble. Il a affirmé qu'elle n'a eu aucun épisode important d'hypoglycémie, mais qu'elle a tendance à avoir un taux de glycémie plus élevée en raison d'un mauvais contrôle. Il a déclaré qu'elle serait invitée à respecter davantage son régime et le niveau d'exercice et à continuer son traitement curatif médical tel qu'il a été présenté.

[32] Le 13 septembre 2010, le D^r Zownir a signalé que l'appelante souffrait de diabète insulino-dépendant de type 2, d'hypertension, d'hypothyroïdie, de reflux gastro-œsophagiens et d'un certain degré de neuropathie périphérique. Il a déclaré que, dans l'ensemble, l'appelante se portait bien. Il a ajouté qu'elle a tendance à être erratique, mais que, dans l'ensemble, elle n'a pas eu d'épisodes importants d'hypoglycémie. Son poids était stable, elle était active et elle ne souffrait d'aucun symptôme d'hypoglycémie. Sa pression artérielle était de 126/70. Il a souligné qu'elle aurait un suivi dans trois mois.

[33] Le 13 décembre 2010, le D^r Zownir a rencontré l'appelante pour un suivi. Il a déclaré qu'elle avait très peu de symptômes liés aux reflux. Il a affirmé que, dans l'ensemble, elle se sent bien par rapport à son niveau d'énergie, sauf que, parfois, elle se sent stressée et elle a une glycémie accélérée. Sa pression artérielle était de 124/70. Il a souligné qu'elle aurait un suivi dans trois mois.

[34] Selon un sommaire d'hospitalisation de S. M. daté du 7 mars 2011, l'appelante s'était présentée à la salle d'urgence le 11 février 2011 en raison d'un ulcère causant des douleurs accrues au petit orteil droit. Elle avait un antécédent de diabète de type 2 mal contrôlé, mais elle n'avait aucun antécédent de rétinopathie, de néphropathie ou d'insuffisance coronaire. Elle a reçu un traitement, elle est retournée chez elle, mais elle est retournée à la salle d'urgence parce qu'elle souffrait de fièvre et de nausées. Son état s'est détérioré, et l'appelante a développé une gangrène humide aux quatrième et cinquième orteils droits malgré le recours à des antibiotiques. Il a été conclu qu'une amputation sous le genou était requise. Il a été souligné qu'elle aurait besoin d'un bon suivi pour son diabète afin de prévenir d'autres complications. Son parcours postopératoire a été compliqué par un épisode d'essoufflements aigus deux jours après l'opération. On a conclu à une embolie pulmonaire, et l'appelante a été suivie pour un syndrome coronaire aigu. Elle a continué d'avoir de légers essoufflements, et il a été conclu qu'elle avait un œdème pulmonaire important. Elle a suivi un traitement au Lasix, son état s'est considérablement amélioré. L'échocardiographie de suivi et les examens du MIBI étaient normaux. Au moment de recevoir son congé, elle parvenait à bien se déplacer à l'aide de séances de physiothérapie. Elle a commencé à prendre de l'insuline basale et à subir de multiples injections quotidiennes. Elle aurait besoin d'un suivi en consultation externe pour gérer son diabète et prévenir d'autres complications.

[35] Le 10 mars 2011, l'appelante a été vue en consultation à la clinique de pneumologie. Elle a été dirigée pour une évaluation de l'adénopathie hilare et médiastinale par rapport à une question relative à la sarcoïdose. Il a été souligné qu'elle avait été admise à l'hôpital du 11 février 2011 au 2 mars 2011 pour un ulcère à l'orteil droit qui s'est aggravé et qui a nécessité l'amputation sous le genou. Son parcours postopératoire a été compliqué par une insuffisance cardiaque congestive et un infarctus du myocarde lié à la demande d'un STEMI. Une radiographie thoracique et une tomодensitométrie a permis de révéler une importante adénopathie hilare et médiastinale. Elle a été dirigée vers un pneumologue pour subir une évaluation de la sarcoïdose. Le médecin chargé de l'évaluation a déclaré qu'elle présentait une adénopathie hilare et médiastinale sur la tomодensitométrie de la poitrine. Elle a également subi des examens préliminaires et des analyses sanguines, et on a demandé une nouvelle tomодensitométrie.

[36] Le 24 mars 2011, l'appelante a été vue en consultation à la clinique de diabète. Il a été souligné que sa glycémie était vérifiée quatre fois par jour à Providence et que les résultats étaient très variables. Il a été souligné qu'elle a eu deux épisodes où elle ne se sentait pas hypoglycémique alors qu'elle avait un taux d'hypoglycémie entre 4 et 6. Elle n'avait aucun symptôme d'hyperglycémie. Il a été constaté qu'elle avait une preuve importante de neuropathie périphérique en raison de l'ulcère au pied et de la neuropathie au pied gauche. Il a été recommandé qu'elle continue de prendre ses médicaments, qu'elle continue de vérifier sa glycémie, qu'elle continue le régime diabétique et qu'elle augmente son niveau d'exercice le plus possible après avoir reçu sa prothèse. En ce qui concerne la protection vasculaire, sa pression artérielle était près de la cible. Elle devait continuer de prendre son antihypertenseur actuel. En ce qui concerne les complications diabétiques, plus précisément la neuropathie, l'appelante devait continuer de prendre de la gabapentine et de consulter un podologue pour les soins à prodiguer à son pied gauche en raison du risque élevé de développement d'un ulcère de ce côté. Le même jour, l'appelante a consulté la clinique ambulatoire de pneumologie pour un suivi concernant une possible sarcoïdose. Les résultats semblaient correspondre à une sarcoïdose de stade 1. L'évaluateur a choisi de faire un suivi auprès de l'appelante et de la revoir dans 3 mois afin qu'elle passe une autre tomodensitométrie et des examens complets des fonctions respiratoires.

[37] Selon un sommaire d'hospitalisation du 11 mai 2011, l'appelante a été admise à Providence Healthcare le 2 mars 2011 après avoir subi une amputation sous le genou à l'Hôpital S. M. en raison d'une maladie vasculaire périphérique et une gangrène survenue le 19 février 2011. Elle était maintenant capable de se déplacer, et l'équipe a jugé qu'elle était prête à obtenir son congé.

[38] Le 25 mai 2011, le D^r Harrington a vu l'appelante lors d'une consultation de suivi. Il a déclaré que l'appelante se portait bien à la suite de la chirurgie d'amputation. Son moignon semblait bien se porter, et l'appelante se déplacer [Traduction] « assez bien » sans avoir recours à une canne. Elle suivait une formation en clinique externe sur la démarche. Le D^r Harrington a déclaré qu'il réévaluerait l'appelante dans six semaines.

[39] Le 16 mai 2011, l'appelante a été vue en consultation à la clinique ambulatoire. Il a été déclaré qu'elle se portait bien depuis son amputation sous le genou. L'évaluateur a déclaré ce qui suit : [Traduction] « L'appelante s'en est généralement bien sortie depuis son congé. » Sa pression artérielle était de 124/76, et ses poumons étaient dégagés. Elle devait continuer de prendre les médicaments qui lui avaient été prescrits à ce moment-là et elle devait faire un suivi dans six semaines.

[40] Le 11 juillet 2011, l'appelante a été reçue lors d'une consultation en soins ambulatoires. Il a été souligné qu'elle avait maintenu un poids stable qu'elle n'avait aucun problème particulier relativement à la prothèse. Sa pression artérielle était de 118/74, ses poumons étaient dégagés. Il lui a été demandé de continuer son régime actuel de surveillance par son médecin et elle aurait un suivi dans trois ou quatre mois.

[41] Le 13 juillet 2011, le D^f Harrington a signalé que l'appelante se portait très bien et que le moignon de celle-ci était dans un excellent état. Il a déclaré qu'elle était prête à passer d'une prothèse temporaire à une prothèse permanente.

[42] Le D^f Zownir a reçu l'appelante en consultation le 17 octobre 2011. Il a déclaré qu'elle avait récemment fait l'objet d'une évaluation et qu'on l'a rassuré qu'il n'y avait aucune preuve dans tomodynamométrie d'une sarcoïdose pulmonaire active. Elle allait bien étant donné l'ajustement de la nouvelle prothèse sur son moignon et [Traduction] « sa glycémie était dans un bon état également ». Il a souligné que la pression artérielle de l'appelante était de 130/70. Elle ferait l'objet d'un examen dans trois mois.

[43] Le 16 novembre 2011, le D^f Harrington a signalé que l'appelante se sentait un peu instable en marchant à l'aide de sa prothèse. Il a souligné que le prothésiste de l'hôpital tentait de faire certains ajustements pour voir s'il pouvait atténuer les symptômes de l'appelante. Celle-ci a déclaré qu'elle sentait parfois une sensation d'explosion dans la jambe gauche. L'examen clinique n'a révélé aucune anomalie importante et aucune preuve d'un problème vasculaire ou ischémique. Elle devait faire l'objet d'un examen dans trois mois.

[44] Le 15 février 2012, le D^r Harrington a signalé que l'appelante a fait l'objet d'un examen de suivi à la clinique pour personnes amputées. Son moignon semblait en excellent état. Il a déclaré ce qui suit : [Traduction] « Elle a beaucoup marché et beaucoup monté les escaliers récemment au cours d'un salon de véhicules de plaisance, et cela demandait de monter et descendre des escaliers afin d'entrer dans les véhicules et d'en sortir. Par la suite, elle a remarqué une douleur et une irritation de la peau à l'arrière de la prothèse. Le moignon semblait bien se porter aujourd'hui. Il n'y a aucune difficulté. »

[45] Le 5 mars 2012, l'appelante a été vue en consultation à la clinique ambulatoire. Il a été souligné grâce à un suivi serré que sa glycémie était erratique. L'évaluateur a déclaré ce qui suit : [Traduction] « Dans l'ensemble, elle se portait raisonnablement bien étant donné le nombre de problèmes, mais elle doit surveiller étroitement sa glycémie et apporter les ajustements en conséquence. »

[46] Le 18 avril 2012, le D^r Wong a reçu l'appelante en consultation en raison d'une sarcoïdose. Il a souligné que la plus récente visite de l'appelante à la clinique était en juillet 2012. Il a déclaré que, depuis la dernière consultation avec l'appelante, celle-ci allait assez bien et il a nié tout nouveau symptôme respiratoire. Elle avait un style de vie relativement sédentaire. Elle a continué de marcher à l'aide de deux cannes, mais elle a nié tout nouveau symptôme évocateur d'une sarcoïdose pulmonaire supplémentaire. Son autre tomodensitogramme n'a pas semblé démontrer une dégradation importante de sa lymphadénopathie, et il ne semblait y avoir aucune preuve d'anomalies pulmonaires et parenchymateuses importantes. Il a déclaré qu'elle avait supposé que la sarcoïdose pulmonaire de stade 1 semblait stable. Il croyait qu'il était raisonnable de continuer de la suivre de manière traditionnelle et de la revoir dans un an.

[47] Le 18 juin 2012, le D^r Zownir a signalé que l'appelante avait [Traduction] « gonflé » en ce qui concerne son poids en prenant 60 livres au cours de la dernière année. Elle avait développé un certain inconfort dans la partie postérieure de la jambe droite dans la région du creux poplité, une décoloration et une tuméfaction. Il ne pouvait pas palper une tuméfaction importante dans le creux poplité droit. Elle avait une bonne excursion et une bonne amplitude

de mouvement au genou droit, et il n'y avait aucun épanchement. Il a déclaré qu'elle serait reçue pour un suivi dans trois mois.

[48] Le 24 mars 2014, l'appelante et son époux ont envoyé une lettre au Tribunal pour critiquer la gestion de la demande par l'intimé. Ils ont contesté l'affirmation selon laquelle l'amputation de l'appelante était simple, car elle a nécessité une récupération d'une durée de quatre mois en raison de l'infection qui a nécessité la chirurgie. Au cours de son hospitalisation, les médecins ont découvert qu'elle était atteinte de sarcoïdose. Ils ont également rejeté l'avis de l'intimé selon laquelle l'appelante aurait dû continuer d'occuper toute forme de travail malgré ses ulcères du pied diabétique récurrents. Ils déclarent que les ulcères n'auraient pas guéri et auraient mené à l'amputation du pied droit dans tous les cas. En ce qui concerne les déplacements de l'appelante après la retraite et avant l'amputation, elle a eu l'occasion de suivre son fils qui faisait partie de l'équipe canadienne de voile et qui menait une campagne pour participer aux Olympiques. Elle n'avait rien à faire à l'exception de se reposer et de récupérer des ulcères du pied diabétique récurrents. Ils ont logé dans des motels et ils ont mangé dans des restaurants. Ils ont déclaré qu'il était incroyable que l'appelante soit punie pour avoir voyagé après que son état de santé l'a forcée à partir en retraite anticipée avant son amputation.

[49] Le 18 juin 2015, le représentant de l'appelante a soutenu que celle-ci avait de fréquents ulcères du pied diabétique récurrents depuis son premier ulcère en 2005. Elle avait travaillé avec un horaire modifié, mais les ulcères se formaient ou se reformaient sur l'un des deux pieds, ce qui demandait un repos complet pour les pieds. Les problèmes continus étaient éprouvants et épuisants. Les ulcères nécessitaient deux ou trois mois, une mobilité très limitée et une attelle pneumatique. Ils l'empêchaient d'occuper tout emploi, car ses absences pour raisons de santé la rendaient incapable de détenir un emploi. Même avec tous ces soins, le 19 février 2011, en raison d'une infection d'un ulcère du pied diabétique, sa jambe droite a dû être amputée sous le genou. Si elle avait pu conserver un emploi durant cette période, il est évident qu'elle aurait perdu sa jambe plus tôt.

Témoignage de vive voix

[50] L'appelante a commencé à travailler comme infirmière en septembre 1973 à l'Hôpital S. M. La remise des diplômes a eu lieu le dimanche dans la salle des facultés et elle a commencé à travailler le lundi.

[51] L'appelante travaillait à un étage de soins chirurgicaux composé entièrement d'homme et elle travaillait à d'autres étages, y compris ceux de la chirurgie générale (privée), de l'urologie et des soins actifs. Elle a commencé à travailler à l'unité des soins intensifs en 1977 ou dans les environs de cette année.

[52] L'appelante a commencé à travailler en accomplissant des tâches modifiées à partir de janvier 2006 ou dans les environs de ce mois. Elle a accompli ces fonctions jusqu'à septembre 2006 ou dans les environs de ce mois. Au cours de cette période, elle a eu différentes heures de travail. Éventuellement, les heures de l'appelante ont diminué et elle a fini par travailler deux heures par jour et trois fois par semaine. Son époux devait la conduire au travail et aller la chercher en raison du pied de l'appelante. Elle avait de la difficulté avec les escaliers. Elle était épuisée, mais c'était plus que cela. Son emploi consistait à lire des manuels. À l'occasion, l'employeur essayait de lui faire accomplir des tâches de soins infirmiers dans l'unité des soins intensifs, mais elle n'y parvenait pas. C'était trop pour elle et elle ne pouvait pas le tolérer. Elle ne pouvait pas être sur ses pieds et elle souffrait de fatigue.

[53] Lorsque l'employeur a dit à l'appelante de démissionner, de prendre sa retraite ou de retourner travailler, elle a compris que cela signifiait un retour à l'unité des soins intensifs à temps plein.

[54] En ce qui concerne le commentaire du D^r Zownir en septembre 2006 selon lequel l'appelante travaillait trois demi-journées par semaine dans l'unité des soins intensifs et qu'elle ne pouvait pas supporter une charge de travail supplémentaire de quatre heures par jour et trois fois par semaine, l'appelante déclare qu'elle a probablement essayé de réaliser ces heures de travail. Cependant, ses heures de travail ont été réduites à deux ou trois heures par semaine. Il y avait une différence entre le travail auquel il s'attendait d'elle et le travail qu'elle était capable d'accomplir. À un grand nombre d'occasions, elle était officiellement au travail pendant deux

heures. Elle s'absentait également du travail à un grand nombre d'occasions. Sa présence était très [Traduction] « sporadique ». Son pied tombait en panne ou elle se sentait trop malade. Elle a versé une cotisation de 548,21 \$ au RPC en 2006 par rapport à une contribution beaucoup plus importante de 1 861,20 \$ en 2005. Certains jours, elle ne croyait pas pouvoir terminer le quart de travail parce que son pied lui faisait ou parce qu'elle ne se sentait pas bien. D'autres jours, il pouvait être prévu qu'elle travaille, mais elle était incapable de se présenter au travail. Elle faisait de son mieux pour revenir travailler à temps plein. Elle se sentait malade et épuisée.

[55] En ce qui concerne la réalisation des activités de la vie quotidienne en décembre 2009, l'aptitude de l'appelante dépendait de son état d'un jour à l'autre. Au cours d'une journée, elle pouvait se sentir [Traduction] « comme ci comme ça » et, au cours d'une autre journée, sa glycémie pouvait être [Traduction] « détraquée », son pied pouvait être dans bon état ou elle pouvait se réveiller avec du sang partout sur le pied. Quelque chose pouvait se passer concernant son pied, et elle ne s'en rendrait pas compte.

[56] L'appelante a toujours fait de son mieux. Elle ne s'est jamais [Traduction] « laissée aller ». Elle se poussait et elle voulait toujours faire de son mieux pour ses patients. Elle ne croit pas qu'elle aurait pu fournir de bons soins parce qu'elle se sentait trop malade. Parfois, elle sentait qu'elle avait besoin de plus de soins que les personnes dont elle s'occupait. Elle a déclaré ce qui suit : [Traduction] « Qui choisit de prendre un congé sans solde de six mois afin d'obtenir une pension réduite? » Elle a affirmé que les gens ne choisissent pas cette option à moins qu'elles soient obligées de le faire. L'employeur ne lui a pas offert l'option de continuer ses tâches de travail modifiées. Si cette option lui avait été offerte, elle n'aurait probablement pas pu continuer à occuper cet emploi. Elle était épuisée. Son pied se détériorait.

OBSERVATIONS

[57] Le représentant de l'appelante a présenté des arguments verbaux longs et détaillés. Les points principaux à l'appui de son avis selon lequel l'appelante est admissible à une pension d'invalidité sont les suivants :

- a) Le diabète de type 2 est un trouble chronique. L'un des effets secondaires est une mauvaise circulation qui peut être des problèmes relatifs au pied. Elle était en rémission

le 31 décembre 2009, et il n'y avait eu aucune réapparition d'ulcère au pied depuis l'année précédente. Le fait qu'elle n'a pas eu de problèmes aux pieds en décembre 2009 est tout simplement une [Traduction] « question de calendrier ». Elle souffre d'un trouble chronique. Il y a eu une réapparition en 2011, année où elle a perdu sa jambe à la suite de son trouble chronique.

- b) Elle était infirmière dans une unité de soins intensifs et elle possédait des connaissances spécialisées dans le soin des plaies. Malgré cela, elle était toujours incapable de contrôler son état de santé.
- c) L'amputation était une conséquence directe de son diagnostic de diabète en 1995. Le fait que l'appelante n'avait pas un ulcère du pied diabétique en 2009 est seulement une question de rémission ou d'« heureux concours de circonstances ».
- d) Elle n'avait rien à faire après avoir cessé de travailler. Il a pris soin d'elle afin qu'elle ne mette aucune pression sur son pied.
- e) Elle n'a pas subi une amputation simple. Elle a été à l'hôpital jusqu'au 2 mars 2011 (deux semaines après l'amputation) et en réadaptation pendant plus de deux mois. Elle a ensuite eu besoin de deux mois de physiothérapie. Elle a également une sarcoïdose et elle souffrait d'essoufflements. Heureusement, son état ne s'est pas aggravé.
- f) Elle souffre d'une maladie chronique permanente qui a été diagnostiquée la première fois en 1995 et qui a évolué depuis. Elle ne peut pas bien marcher, et ses mouvements sont limités.
- g) Elle a subi une thyroïdectomie et elle prend des médicaments.
- h) Elle a cotisé au RPC pendant 36/37 ans, mais il est mentionné environ trois ans (probablement une référence au calcul de la PMA). Elle pensait que ses cotisations la protégeraient si elle se heurtait à un problème.
- i) Le diabète est une maladie chronique. Elle n'en guérira jamais. Elle n'était pas obèse lorsqu'elle a reçu son premier diagnostic de diabète. Les personnes qui effectuent un travail par roulement sont plus susceptibles de souffrir de diabète. L'un des effets

secondaires est les ulcères aux pieds. La rémission de l'appelante en décembre 2009 ne signifiait pas qu'elle ne souffrait plus de diabète ou qu'elle ne souffrirait pas d'une réapparition. En fait, elle a souffert d'une réapparition.

- j) Le représentant a lu les définitions des expressions « maladie chronique », « diabète de type 2 » et « rémission » figurant dans le dossier.

[58] L'intimé fait valoir que l'appelante n'est pas admissible à une pension d'invalidité pour les raisons suivantes :

- a) L'appelante était âgée de 59 ans à l'époque où elle a présenté une demande de pension d'invalidité en vertu du RPC. Elle a fait des études collégiales et elle a été employée comme infirmière jusqu'à ce qu'elle cesse de travailler en septembre 2006 en raison d'un ulcère du pied diabétique. Elle prétend que le diabète, une amputation sous le genou et la neuropathie diabétique l'ont rendue invalide.
- b) Elle était suivie pour son diabète, son hypertension et son ulcère du pied diabétique précédent (D^r Zownir, 7 septembre 2006). Sa plainte principale était la fatigue réfractive qui a entraîné son incapacité à maintenir un horaire de travail prolongé.
- c) Elle semblait bien se porter et son ulcère du pied diabétique précédent avait bien guéri. Il lui a été conseillé d'optimiser son régime, son poids et son niveau d'activité. Son insuline s'était améliorée (20 décembre 2007).
- d) Il a été souligné que sa glycémie était quelque peu erratique en raison de son travail, de son horaire et de ses déplacements (17 avril 2008). Ses pieds n'avaient aucun signe de détérioration ou d'ulcération.
- e) Elle a développé un ulcère superficiel sur le talon gauche qui a été traité avec des bains d'eau saline, un onguent et un antibiotique (16 octobre 2008). Elle a consulté un podologue (29 octobre 2008), et son ulcère était débridé. Il lui a été conseillé de continuer à traiter les plaies et à porter des souliers orthopédiques.

- f) L'état de son pied s'est amélioré (12 février 2009), et l'interniste a souligné qu'elle [Traduction] « jouissait d'une excellente santé depuis sa dernière consultation » (7 mai 2009).
- g) Elle a présenté des douleurs musculosquelettiques aux jambes, mais aucun déficit principal n'a été signalé. Elle avait une bonne amplitude de mouvements, un bon pouls, une bonne force musculaire et aucun déficit sensoriel (6 août 2009).
- h) Elle avait maintenu une bonne santé dans l'ensemble et elle avait voyagé en Floride et en Californie. Sa glycémie avait été quelque peu erratique, mais raisonnablement bien contrôlée dans l'ensemble (3 juin 2010). Elle a continué de parcourir le pays et elle a été invitée à respecter davantage son régime, son niveau d'activité et son traitement curatif médical.
- i) Elle s'est présentée à l'hôpital le 11 février 2011 avec un ulcère à l'orteil droit causant des douleurs accrues (7 mars 2011). Elle a reçu un traitement d'antibiotiques, mais l'état de l'appelante s'est aggravé; il s'est développé une gangrène qui a nécessité une amputation sous le genou. Elle a été dirigée pour un ajustement de prothèse (11 mars 2011); son moignon semblait en excellent état et elle se déplaçait relativement bien avec ou sans l'aide d'une canne. Elle marchait beaucoup et montait beaucoup les escaliers (15 février 2012).
- j) Elle doit être réputée incapable d'effectuer tout type de travail en décembre 2009 et de manière permanente après ce mois. Ses troubles médicaux sont reconnus. Elle n'était pas incapable d'effectuer tout type de travail en décembre 2009. Elle a reçu des soins réguliers de spécialistes depuis 2005. Il n'y a aucun signe d'affection incapacitante grave en décembre 2009. Son amputation survenue en février 2011 s'est produite après la date où elle était admissible aux prestations.

ANALYSE

Grave et prolongée

[59] L'appelante doit prouver, selon la prépondérance des probabilités, qu'elle avait une invalidité grave et prolongée le 31 décembre 2009 ou avant cette date.

[60] Le Tribunal est convaincu, étant donné les ulcères aux pieds récurrents de l'appelante, qu'elle est incapable de travailler à temps plein ou à temps partiel comme infirmière autorisée dans l'unité des soins intensifs, ce qui lui demande d'être en mesure de se déplacer.

[61] Reste la question de savoir si l'appelante peut effectuer un autre travail non ambulatoire à temps plein ou à temps partiel.

[62] La jurisprudence veut qu'un requérant de prestations d'invalidité en vertu du RPC démontre qu'il est incapable de détenir régulièrement non seulement son emploi précédent, mais également toute autre occupation véritablement rémunératrice, y compris des travaux sédentaires plus légers à temps plein ou à temps partiel.

[63] À cet égard, le Tribunal selon que, entre janvier 2006 et septembre 2006, l'appelante s'est vu affecter des tâches modifiées. Selon l'appelante, elle lisait des manuels. Elle était incapable d'apporter plus de précisions quant à ses fonctions. Elle déclare qu'on lui a également demandé d'effectuer des tâches de soins infirmiers dans l'unité des soins intensifs, mais qu'elle en était incapable. Elle déclare avoir travaillé trois jours par semaine. Bien qu'elle puisse avoir essayé d'effectuer des quarts de travail de quatre heures, elle se rappelle que ses heures ont été réduites à deux heures par quart de travail, et ce même si elle ne pouvait pas préciser le moment où cela s'est produit en raison du temps écoulé. Elle déclare que sa présence était très sporadique. Certains jours, elle venait et elle ne pouvait pas fonctionner. D'autres jours, elle ne pouvait pas se rendre sur les lieux de travail. Elle se sentait malade et épuisée.

[64] Dans sa demande de révision, l'appelante a déclaré que, à l'automne 2006, son employeur lui a donné le choix de démissionner, de retourner travailler à temps plein ou de prendre sa retraite. Dans sa lettre de demande d'appel au BCTR, elle a déclaré que, à la fin de 2006, il est devenu apparent pour son employeur et elle que, étant donné que son domaine

nécessitait de longues heures debout sur les pieds et un haut niveau d'énergie, elle devait accepter l'offre de retraite anticipée.

[65] Bien que le Tribunal soit convaincu que l'appelante n'était pas capable de retourner occuper son emploi ambulatoire à temps plein comme infirmière autorisée dans l'unité des soins intensifs, il n'est pas convaincu qu'elle était incapable de continuer d'effectuer régulièrement ses fonctions modifiées à temps partiel à titre d'administratrice dans l'unité des soins intensifs ou d'autres fonctions de nature sédentaire.

[66] Le Tribunal souligne que l'appelante a quitté son emploi à temps partiel et qu'elle a pris une retraite anticipée non pas parce qu'elle est incapable de continuer à effectuer ses fonctions modifiées, mais parce que le choix présenté par l'employeur comprenait la démission, le retour au travail à temps plein dans l'unité des soins intensifs ou le départ à la retraite. Selon la preuve limitée dont il dispose, le Tribunal n'est pas capable de catégoriser la période de tâches modifiées comme un vain effort de travail.

[67] Bien que l'appelante déclare que ses heures ont été réduites à des quarts de travail de deux heures, le Tribunal préfère le rapport contemporain du D^r Zownir daté du 7 septembre 2006 dans lequel il a clairement affirmé qu'elle travaillait trois demi-journées par semaine dans l'unité des soins intensifs à titre d'administratrice. Il a également écrit ce qui suit : [Traduction] « [...] et, pour l'instant, nous n'augmentons pas son horaire de travail étant donné qu'elle doute être en mesure de gérer une charge de travail supérieur équivalant à quatre heures par jour, trois fois par semaine. Étant donné le caractère particulier des commentaires du D^r Zownir et la nature contemporaine de son rapport comparativement au manque de précision de l'appelante en ce qui concerne le moment où les heures de celles-ci ont été réduites ou la période où elle a réellement essayé d'effectuer des quarts de travail de quatre heures, le Tribunal estime que le rapport du D^r Zownir constitue probablement la description la plus précise de l'horaire de travail de l'appelante au moment où celle-ci a cessé de travailler.

[68] Quoi qu'il en soit, le Tribunal est convaincu que la capacité de l'appelante à se présenter au travail trois fois par semaine entre janvier et décembre 2006 pour réaliser des gains de 14 575 \$ durant cette période est une preuve de sa capacité à détenir régulièrement une occupation véritablement rémunératrice. Même si elle ne gagnait pas son salaire régulier à

temps plein précédent, le Tribunal estime que sa rémunération par rapport au nombre d'heures où elle a travaillé n'était pas une compensation modique, symbolique ou illusoire, mais plutôt une compensation qui correspond à une rémunération appropriée selon la nature du travail effectué. De plus, étant donné la description limitée des fonctions modifiées au cours du témoignage de vive voix de l'appelante, le Tribunal n'est pas en mesure de tirer une conclusion selon laquelle la nature du travail effectué était pour un employeur bienveillant ou qu'elle ne reflétait pas les fonctions exigées d'un employé sur le marché du travail concurrentiel.

[69] Le Tribunal est conscient que, après son arrêt de travail et son départ à la retraite anticipée, mais avant la fin de la PMA, l'appelante avait des problèmes continus avec ses pieds et sa glycémie. Par exemple, un dossier ambulatoire daté du 26 juin 2007 fait état d'une plaie au premier orteil présente depuis quatre semaines. En octobre 2008, l'appelante a consulté pour un ulcère superficiel sur la surface plantaire du talon gauche. Sa glycémie avait été quelque peu erratique ou variable de façon sporadique. Elle a consulté à la fin d'octobre 2008 pour un ulcère au pied persistant qui a débuté à l'Action de grâces. Sa glycémie était dans la vingtaine.

[70] Cependant, le dossier médical ne décrit pas de façon uniforme et cohérente la glycémie et les problèmes continus concernant les pieds de l'appelante de manière permanente au cours de cette période.

[71] Par exemple, le 7 mai 2009, soit huit mois avant la date de fin de la PMA, le D^r Zownir a signalé que l'appelante jouissait généralement d'un excellent état de santé depuis sa dernière consultation en février 2009. En août 2009, soit cinq mois avant la date de fin de la PMA, il a déclaré qu'elle n'avait aucun problème concernant l'hypoglycémie et il a signalé que sa glycémie était élevée de façon sporadique en raison d'un régime insouciant. À cet égard, le Tribunal souligne que le mot [Traduction] « sporadique » définit une fréquence ayant lieu à des intervalles irréguliers ou seulement à l'occasion. Bien que l'appelante ait également signalé certaines douleurs musculosquelettiques, le D^r Zownir n'a constaté aucun déficit principal au cours de l'examen physique, il a déclaré qu'elle avait une bonne amplitude de mouvements et une bonne force musculaire, et il lui a conseillé d'augmenter son niveau d'activité physique à un niveau tolérable. En novembre 2009, soit peu après la fin de la PMA, il a souligné que la glycémie était parfois erratique. En février 2010, soit peu après la fin de la PMA, le D^r Zownir a

déclaré que la glycémie avait été légèrement erratique, mais qu'elle était généralement acceptable. Il a déclaré que, à l'exception d'un léger hématome après un coup traumatique contre l'orteil, problème qu'il croyait résolu, l'appelante avait maintenu un bon état de santé dans l'ensemble. Encore une fois, en juin 2010, il a déclaré une glycémie quelque peu erratique, mais il a affirmé que, dans l'ensemble, la glycémie de l'appelante était raisonnablement bien contrôlée.

[72] Le Tribunal n'est pas convaincu que le rapport médical appuie une conclusion selon laquelle l'hyperglycémie sporadique ou les problèmes intermittents au pied de l'appelante étaient graves au point de la rendre incapable de détenir régulièrement un emploi sédentaire, même à temps partiel, à la date de fin de la PMA.

[73] Le représentant de l'appelante convient que le diabète de celle-ci est un trouble chronique. Ses problèmes circulatoires sont le résultat d'ulcères du pied diabétique récurrents. Même si elle ne souffrait pas d'ulcères du pied diabétique en 2008 ou le 31 décembre 2009, elle a souffert d'un ulcère récurrent en 2011 qui a mené à l'amputation. Le fait qu'elle ne souffrait pas d'ulcères du pied diabétique à la date de fin de la PMA ne change pas le fait que son invalidité est chronique et récurrente.

[74] Le Tribunal accepte l'argument du représentant selon lequel le diabète de l'appelante est un trouble chronique et il accepte également qu'elle souffre d'ulcères du pied diabétique récurrents. Par conséquent, le Tribunal est convaincu que le trouble de l'appelante est prolongé. Cependant, le Tribunal doit trancher la question de savoir, étant donné la date de fin de la PMA et de la définition du caractère grave selon le RPC, si l'invalidité de l'appelante était grave et prolongée à la date de fin de la PMA.

[75] Pour les motifs susmentionnés, le Tribunal n'est pas en mesure de conclure que l'appelante était incapable de détenir régulièrement un emploi sédentaire, même à temps partiel, à la date de fin de la PMA.

[76] Le Tribunal a également examiné la question concernant le diagnostic de sarcoïdose de l'appelante et il estime qu'il n'a pas causé une invalidité grave à la date de fin de la PMA ou avant cette date. Le parcours postopératoire de l'appelante a été compliqué par un épisode

d'essoufflements aigus. Les résultats d'examen en mars 2011 correspondaient à une sarcoïdose de stade 1. Cela s'est produit après la date de fin de la PMA. Le Tribunal souligne également que, le 17 octobre 2011, le Dr Zownir a déclaré qu'il n'y avait aucune preuve de sarcoïdose pulmonaire active selon la tomographie.

[77] Le Tribunal ne met pas en doute la décision de l'appelante de prendre un congé sans solde et de présenter une demande de prestations de retraite anticipée étant donné l'incapacité de l'appelante à retourner à ses fonctions d'infirmière autorisée à temps plein.

[78] Cependant, aux fins d'admissibilité aux prestations d'invalidité en vertu du RPC, lorsqu'il y a des preuves de capacité résiduelle de travail, un demandeur doit démontrer que ses efforts pour trouver un emploi et le conserver ont été infructueux pour des raisons de santé (*Inclima c. Canada (Procureur général)*, 2003 CAF 117).

[79] L'appelante a pris une retraite anticipée et elle n'a pas cherché à obtenir un autre travail sédentaire léger ou à trouver un emploi qui respecte ses contraintes physiques, ce qui lui aurait demandé d'éviter le travail ambulatoire en raison d'ulcères du pied diabétique récurrents. Par conséquent, le Tribunal estime que l'appelante n'a pas démontré que les efforts déployés pour obtenir et conserver un emploi ont été infructueux en raison de son état de santé à la date de fin de la PMA.

[80] La gravité de l'invalidité doit être évaluée dans un contexte « réaliste » (*Villani c. Canada (P.G.)*, 2001 CAF 248). Cela signifie que, pour déterminer si l'invalidité d'une personne est grave, le Tribunal doit tenir compte de facteurs tels que l'âge, le niveau de scolarité, les aptitudes linguistiques, les antécédents de travail et l'expérience de vie.

[81] Même si l'appelante était âgée de 57 ans à la date de fin de la PMA, le Tribunal estime que, étant donné le niveau de scolarité et les antécédents professionnels de l'appelante, ce qui comprend sa capacité à effectuer ce qui est décrit comme la lecture de manuels dans le cadre de l'administration de l'unité des soins intensifs, l'appelante possédait des compétences professionnelles transférables qui appuyaient ses efforts déployés pour se recycler ou trouver un autre emploi.

[82] Bien que les circonstances de l'appelante attirent beaucoup la sympathie et bien que l'appelante puisse bel et bien être invalide à l'heure actuelle au sens du RPC à la suite de l'amputation de 2011, le Tribunal est limité par la loi et il doit examiner l'état de santé de l'appelante à la date de fin de la PMA.

[83] Pour les motifs susmentionnés, le Tribunal n'est pas en mesure de conclure que l'invalidité de l'appelante était grave au sens du RPC à la date de fin de la PMA.

CONCLUSION

[84] L'appel est rejeté.

Jeffrey Steinberg
Membre de la division générale – Sécurité du revenu