

Dossier : 2008-1581(IT)I

ENTRE :

RICHARD FONTAINE,

appelant,

et

SA MAJESTÉ LA REINE,

intimée.

---

Appels entendus le 25 novembre 2008 à Montréal (Québec).

Devant : L'honorable juge Pierre Archambault

Comparutions :

Représentantes de l'appelant :

Sabrina Guillot  
Minh-Xuan Nguyen

Avocate de l'intimée :

M<sup>c</sup> Anne Poirier

---

JUGEMENT

L'appel de la cotisation établie en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu (Loi)* pour l'année d'imposition 2005 est annulé.

L'appel de la cotisation établie en vertu de la Loi pour l'année d'imposition 2006 est rejeté. Le tout selon les motifs du jugement ci-joints.

Signé à Boca Raton, Floride, ce 29<sup>e</sup> jour d'avril 2009.

« Pierre Archambault »

---

Juge Archambault

Référence : 2009 CCI 162

Date : 20090429

Dossier : 2008-1581(IT)I

ENTRE :

RICHARD FONTAINE,

appelant,

et

SA MAJESTÉ LA REINE,

intimée.

### **MOTIFS DU JUGEMENT**

Le juge Archambault

[1] Monsieur Richard Fontaine interjette appel de cotisations établies par le ministre du Revenu national (**ministre**) à l'égard des années d'imposition 2005 et 2006. Pour ces deux années, le ministre a refusé le crédit d'impôt pour déficience mentale ou physique demandé par monsieur Fontaine. À l'égard de l'année 2005, se pose aussi une question de prescription, soit celle de savoir si la Cour a compétence pour entendre l'appel étant donné que monsieur Fontaine n'a pas produit son avis d'appel dans les délais prescrits par la *Loi de l'impôt sur le revenu (Loi)*.

## Faits

[2] La représentante de monsieur Fontaine a admis tous les faits énoncés aux paragraphes 5 à 10 de la réponse à l'avis d'appel, à l'exception de ceux articulés aux alinéas d) et e) du paragraphe 10. Les faits admis sont les suivants :

5. Lors des cotisations du 11 mai 2006 pour l'année d'imposition 2005 et du 7 juin 2007 pour l'année d'imposition 2006, le ministre du Revenu national (le « Ministre ») a refusé à l'appelant le crédit d'impôt pour déficience physique, grave et prolongée.
6. Le ou vers le 21 juin 2006, l'appelant a signifié au Ministre un avis d'opposition, à l'encontre de la cotisation du 11 mai 2006 pour l'année d'imposition 2005.
7. Le ou vers le 14 juin 2007, l'appelant a signifié au Ministre un avis d'opposition, à l'encontre de la cotisation du 7 juin 2007 pour l'année d'imposition 2006.
8. Le 14 février 2007, le Ministre a ratifié, pour l'année d'imposition 2005, l'avis de cotisation du 11 mai 2006.
9. Le 31 mars 2008, le Ministre a ratifié, pour l'année d'imposition 2006, l'avis de cotisation du 7 juin 2007.
10. Pour établir et maintenir les cotisations à l'égard des années d'imposition 2005 et 2006, le Ministre a tenu pour acquis les mêmes hypothèses, à savoir :
  - a) Lors de la production de ses déclarations de revenus pour les années d'imposition 2005 et 2006, l'appelant a réclamé le crédit d'impôt pour déficience physique grave et prolongée;
  - b) L'appelant souffre de céphalées depuis avril 2001;
  - c) En raison de ses problèmes de santé, l'appelant est en arrêt de travail depuis le 22 avril 2002.

[3] Le témoignage de monsieur Fontaine et les nombreux documents qui ont été produits en preuve ont permis d'établir les autres faits pertinents de cet appel. Certains de ces faits ne seront mentionnés que lors de mon analyse. Il est commode

de traiter ici de la question préliminaire de la compétence de la Cour à l'égard de l'année 2005.

### **Compétence de la Cour**

[4] L'avis de cotisation pour l'année 2005 a été ratifié le 14 février 2007. L'avis d'appel a été produit à la Cour le 21 avril 2008, hors du délai de 90 jours prévu à l'article 169 de la Loi.

[5] Il n'y a pas eu de demande de prorogation de délai en vertu de l'article 167 de la Loi. Le délai prévu pour faire une telle demande expirait vers la mi-mai 2008, selon l'alinéa 167(5)a) de la Loi, qui est ainsi rédigé :

167(5) Il n'est fait droit à la demande que si les conditions suivantes sont réunies :

- i. la demande a été présentée dans l'année suivant l'expiration du délai imparti en vertu de l'article 169 pour interjeter appel;  
[Je souligne.]

[6] Lors de l'audience tenue le 25 novembre 2008, il était donc trop tard pour présenter une demande de prorogation de délai. L'argument invoqué par la représentante de monsieur Fontaine était que l'avis d'appel devait être considéré comme une demande de prorogation. L'avis d'appel produit était conforme au modèle fourni par la Cour sur son site Internet. Il ne contient pas de demande de prorogation; il n'y a que l'avis d'appel, les motifs de l'appel et une demande d'être

relevé de l'obligation de verser un droit de dépôt de 100 \$. Monsieur Fontaine a indiqué, lors de son témoignage, qu'il n'avait appris l'existence du problème de la compétence de la Cour et n'avait été mis au courant du fait que son avis d'appel pour 2005 avait été produit hors délai que lors de la préparation de son procès avec l'aide d'étudiants en droit de l'Université Laval.

[7] Dans ces circonstances, la Cour ne peut rien faire puisque le texte de l'alinéa 167(5)a) de la Loi est clair. Cette conclusion est conforme à la décision de la Cour d'appel fédérale dans *Minuteman Press of Canada Company Limited v. M.N.R.*, 88 DTC 6278. L'appel à l'égard de l'année 2005 doit donc être annulé en raison de l'absence de compétence de cette Cour.

### **Droit au crédit**

[8] Même si la question du refus du crédit d'impôt pour déficience mentale ou physique ne peut concerner que l'année 2006, je vais quand même relater des faits survenus en 2005. En outre, même si la Cour avait eu compétence pour entendre l'appel concernant cette année, cela n'aurait rien changé pour monsieur Fontaine puisqu'il n'a pas réussi à convaincre la Cour qu'étaient réunies toutes les conditions requises pour qu'il ait droit au crédit pour 2005 et 2006.

[9] J'ai trouvé fort éclairante la lecture du rapport d'expertise du docteur Roy, un neurologue (pièce I-1). Ce rapport a été préparé pour le compte de la Régie des rentes du Québec le 6 janvier 2005 à la suite d'un examen de monsieur Fontaine fait le 3 janvier 2005. Cet examen a duré une heure et demie.

[10] Voici les passages pertinents du rapport :

### ***HISTORIQUE***

Le patient est âgé de 48 ans. Il travaillait comme caissier pour la compagnie Secur. Il est en arrêt de travail depuis le 27 juin 2003.

Le patient est suivi régulièrement en neurologie depuis le 22 avril 2002 par le Dr L. Durcan.

Lors de son évaluation initiale du 22 avril 2002, le Dr Durcan indique que le patient présentait depuis avril 2001 des céphalées hémicrâniennes droites récidivantes associées à un larmoiement intense de l'œil droit; il indiquait que le patient avait des céphalées quotidiennes quasi continues avec une certaine amélioration sous Verapamil 120 mg trois fois par jour. Il mentionnait que le patient était souvent éveillé la nuit par la céphalée, que chaque épisode de céphalée avait une durée d'une à deux heures, qu'il n'y avait pas de nausée, pas de photophobie. Il indiquait que le patient avait cessé de travailler à cause de la céphalée et qu'il rapportait également une sensation de faiblesse généralisée. Il y avait la notion qu'une résonance magnétique cérébrale s'était avérée normale en mars 2002, que le patient avait été évalué en psychiatrie en janvier 2002 et qu'aucun désordre affectif n'avait été mis en évidence. L'examen clinique du Dr Durcan était normal à tous égards. Suite à son évaluation, le Dr Durcan avait porté le diagnostic de céphalée type cluster. Au plan du traitement, il a recommandé un essai d'Indocid 25 mg deux fois par jour au cas où la céphalée serait une hémicrânie continue. Il ajoutait qu'il ne voyait aucune explication pour la sensation de faiblesse rapportée par le patient. Il a aussi recommandé la poursuite du traitement avec Verapamil.

Par la suite, le patient a continué à être suivi régulièrement par le Dr Durcan, le plus souvent à intervalles d'un mois.

Au fil du temps, diverses médications à visée symptomatique ainsi que diverses médications à visée prophylactique ont été utilisées.

[...]

À compter d'octobre 2002, il y a eu utilisation d'oxygène lors des épisodes aigus.

[...]

Les diverses mesures thérapeutiques utilisées n'ont pas amené d'amélioration soutenue ou significative de la symptomatologie, parfois il y a eu une amélioration partielle ou temporaire ayant même permis un retour au travail entre février et juin 2003.

Au fil du temps, la durée des céphalées s'est prolongée de sorte que le Dr Durcan a modifié son diagnostic pour celui de céphalées autonomiques atypiques.

En cours d'évolution, un électromyogramme fait le 31 juillet 2003 n'a pas montré de tunnel carpien.

Un CT-Scan cérébral fait le 20 août 2003 s'est avéré normal.

Un bilan hépatique fait le 2 mai 2003 était normal, tandis qu'un bilan sanguin de contrôle fait le 2 octobre 2003 montrait une élévation des ALT et des GGT...lors de ce même bilan du 2 octobre 2003, le cholestérol total était à 8,04.

[...]

Tout au long de la période d'évolution, le Dr Durcan a toujours indiqué que son examen clinique était normal à tous égards, en aucun temps il n'a visualisé de signe de dysfonction autonome, en aucun temps il n'a vu le patient en crise aiguë.

Le 13 septembre 2004, le Dr Durcan soumet un rapport médical à la Régie des rentes du Québec dans lequel il indique que le patient a des céphalées récidivantes avec des manifestations autonomiques se produisant trois fois par jour et se prolongeant pendant trois à quatre heures à chaque occasion. Il indique que l'examen neurologique est normal, que le patient a aussi une augmentation des enzymes hépatiques pour laquelle il a un suivi en gastroentérologie. Il mentionne que l'investigation paraclinique est négative, comprenant un CT-Scan, une résonance magnétique, un électroencéphalogramme. Il porte le diagnostic de céphalalgie autonome atypique. Il mentionne que le patient reçoit comme traitement Keppra 500 mg deux fois par jour. Il indique que le patient a la capacité de conduire son automobile.

Il indique qu'il a recommandé au patient de cesser de travailler à cause de la présence d'une douleur incapacitante pour une durée de dix à quatorze heures par jour. Il indique que le patient pourrait éventuellement reprendre son travail habituel en soulignant que plusieurs problèmes de céphalées s'amendent éventuellement spontanément mais que dans le cas particulier du patient, il n'y a pas eu de réponse à

un traitement intensif. Il ajoute qu'à son avis, le patient ne pourrait pas faire un autre travail car son problème de céphalées persiste l'empêchant de faire quelque travail que ce soit. Il indique aussi qu'il a tenté tous les traitements possibles et que toutes les mesures thérapeutiques se sont avérées des échecs.

[...]

### ***HABITUDES DE VIE***

Le patient a cessé l'usage du tabac depuis février 2001. Il ne consomme pas d'alcool.

[...]

### ***HISTOIRE SOCIALE***

Au moment où il a cessé de travailler en date du 27 juin 2003, le patient oeuvrait comme caissier pour la compagnie Secur, il avait occupé cet emploi depuis 1985; en fait, le patient nous indique qu'il avait eu un premier arrêt de travail pour céphalées entre octobre 2001 et avril 2003 puis il avait fait un retour au travail entre avril 2003 et juin 2003.

Alors qu'il avait commencé à travailler chez Secur, le patient travaillait aussi en parallèle comme moniteur de conduite.

Dans le passé, le patient nous indique qu'il a aussi travaillé comme chauffeur de taxi, il a aussi œuvré à l'entretien ménager à l'Hôpital Saint-Luc (1979-1982) et à l'Hôpital Pierre-Boucher (1982).

Avant cela, il a travaillé à l'expédition dans une manufacture, il a travaillé pour un réseau de machines distributrices (1977).

Le patient a une scolarité de secondaire V (cours de commis-comptable), il a fait une session au cégep pour suivre un cours de moniteur de conduite.

Le patient demeure avec sa conjointe. Le fils du patient a quitté le domicile familial.

Le patient reçoit actuellement des prestations d'assurance-invalidité de longue durée.

### ***EXAMEN SUBJECTIF***

Le patient est vu seul. Il est venu à son rendez-vous d'aujourd'hui seul en conduisant son véhicule automobile à partir de son domicile de St-Lin des Laurentides.

Le patient indique qu'il continue à être suivi par le Dr L. Durcan, la dernière visite a eu lieu le 13 novembre 2004, la prochaine visite est prévue pour le 17 janvier 2005.



Il continue à être suivi par son médecin de famille, le Dr L. Villeneuve.

[...]

Le patient indique que les céphalées à la région hémicrânienne droite et plus particulièrement à la région périorbitaire droite ont débuté de façon graduelle en avril 2001. En plus de la douleur au pourtour de l'œil droit, le patient dit qu'il a aussi une douleur au niveau du vertex en paramédian droit.

Peu après le début des céphalées en avril 2001, le patient a constaté que les céphalées s'accompagnaient de larmoiement de l'œil droit et aussi d'un écoulement de la narine droite.

Le patient dit qu'il a constamment une douleur tenace au pourtour de l'œil droit qu'il situe à 2 à 3/10, il a aussi une douleur tenace au vertex en paramédian droit; sur ce fond de douleur se greffe [*sic*] des épisodes aigus survenant deux à trois fois par jour et ayant une intensité de 8 à 9/10, pouvant se prolonger pendant deux à trois heures à chaque occasion. Ces épisodes de douleur plus aiguë n'ont pas de moment favori pour apparaître, ils peuvent se produire la nuit pendant le sommeil. Lors des exacerbations de douleur, le patient dit qu'il pourra ressentir des nausées, il ne présente pas de vomissement, il pourra ressentir de la sonophobie, pas vraiment de photophobie. Il dit que les exacerbations de céphalées atteignent leur maximum en quelques secondes et lors de ces paroxysmes, il devient impatient. Le patient nous rapporte que sa femme a noté que lors des exacerbations de céphalées, il peut devenir oedématié et « blême ». Le patient dit que dans de telles circonstances, il pourra ressentir un engourdissement de l'hémiface droite, avec même un débordement vers l'hémiface gauche sur une distance de quelques centimètres. Le patient dit qu'il n'y a pas d'hyperhémie de la conjonctive de l'œil droit.

Lorsqu'il est en crise aiguë de céphalées, il dit que la meilleure position pour lui est la position debout et qu'il sent alors le besoin de marcher de long en large, dans de telles circonstances, il ne tolère pas du tout le décubitus.

Le patient n'a pas identifié de facteur déclenchant particulier pour les exacerbations de céphalées.

Le patient dit que la fréquence des pics de céphalées a toujours été la même, soit deux à trois épisodes par jour, mais qu'au fil du temps la durée de chacun de ces pics s'est prolongée; également, le patient dit qu'initialement il avait un meilleur résultat avec les diverses mesures thérapeutiques utilisées et en particulier avec l'oxygène, qu'il utilise à l'heure actuelle pour 15 à 20 minutes lors de chacune des exacerbations avec un soulagement très mitigé.

Au moment de l'entrevue d'aujourd'hui, le patient dit qu'il ressent une céphalée hémicrânienne droite d'une intensité de 5 à 6/10.

Le patient nous indique que des vérifications du côté des yeux, des dents et des oreilles n'ont pas montré d'anomalie.

Le patient indique qu'il n'a pas obtenu de soulagement avec l'acupuncture non plus qu'avec des sessions de massage.

Le patient nous mentionne que lorsqu'il prend le comprimé Keppra 500 mg, il peut obtenir un certain soulagement de l'intensité de la céphalée pour une durée d'une heure à une heure et quart.

À propos de son emploi du temps au quotidien, le patient dit qu'il pourra prendre une marche à l'extérieur pendant une trentaine de minutes, ceci une à deux fois par jour; il nous indique qu'au retour de telles marches à l'extérieur, il se sent très fatigué et sent le besoin de s'étendre dans une chaise longue. Il dit qu'il lit le journal local, il regarde peu la télévision, il pourra écouter la radio (volume faible). Le patient se dit trop épuisé pour pouvoir faire l'entretien de son entrée de garage. Il dit qu'il fait deux à trois siestes par jour pour des périodes de trente à quarante minutes, sans dormir toutefois.

Le patient dit qu'il demeure avec sa femme qui ne travaille pas.

Le patient souligne qu'il est autonome pour les activités de la vie quotidienne.

### ***EXAMEN OBJECTIF***

Tension artérielle 120/80. Rythme cardiaque régulier à 108 par minute. Droitier. Taille 5 pieds 5 ½ pouces. Poids 179 livres (vérifié).

Le patient entre dans la salle d'examen en marchant d'un pas régulier. Il n'y a pas de boiterie, il n'y a pas d'élargissement du polygone, on note un balancement normal des deux membres supérieurs.

Tout au long de l'entrevue, le patient demeure assis bien droit sur sa chaise, il présente une gestuelle tout à fait normale de ses membres supérieurs et de son cou; le patient ne nous est pas apparu particulièrement souffrant ou inconfortable en cours d'entrevue. Nous n'avons pas noté d'hyperhémie des conjonctives non plus que de larmoiement.

Il n'y a pas d'anomalie des fonctions cognitives ou du langage.

L'examen des fundi montre des papilles bien délimitées ainsi que la présence d'un poulx veineux. Nous n'avons pas noté de photophobie.

À l'examen des nerfs crâniens, on note que les champs visuels sont complets par confrontation. Les mouvements extra-oculaires sont complets dans toutes les

directions, il n'y a pas de nystagmus, il n'y a pas de diplopie. Les pupilles sont isocoriques à 3,5 mm, elles réagissent normalement à la stimulation lumineuse directe et consensuelle. Il n'y a pas de ptose palpébrale. La sensibilité et la motricité du visage sont normales. L'audition est normale. La motricité de la langue et du pharynx est normale.

À l'examen du système moteur, on note une force musculaire égale des deux côtés, tant au niveau des membres supérieurs qu'au niveau des membres inférieurs, tant en proximal qu'en distal. L'épreuve de Barré est négative. Le patient peut marcher sur la pointe des pieds et sur les talons.

À l'examen des modalités sensitives, on ne relève aucun déficit et ce pour les diverses modalités du tact, de la douleur, de la température, de la vibration et du sens de position. L'épreuve de Romberg est négative.

Les réflexes ostéo-tendineux sont à 1+ bilatéralement au niveau des membres supérieurs, ils sont à 2+ bilatéralement au niveau des membres inférieurs. Les réflexes cutanés plantaires sont en flexion à droite comme à gauche.

À l'examen des modalités cérébelleuses, on note que le patient peut marcher en tandem et accomplir l'épreuve doigt-nez sans aucune difficulté.

Il n'y a pas de souffle à l'auscultation des carotides, des sous-clavières, des globes oculaires ou de la boîte crânienne.

Il n'y a pas de limitation de la mobilisation du cou dans toutes les directions.

Il y a une légère hypersensibilité à la pression du cuir chevelu au niveau du vertex en paramédian droit. Il n'y a pas de douleur à la palpation du cuir chevelu par ailleurs; il n'y a pas de douleur à la pression du visage et plus particulièrement des régions périorbitaires.

### ***DIAGNOSTIC***

- Céphalées quotidiennes chroniques (céphalées autonomiques atypiques).

[...]

### ***COMMENTAIRES ET CONCLUSION***

Depuis avril 2001, le patient présente des céphalées quotidiennes récidivantes qui avaient initialement les caractéristiques des céphalées type « cluster ».

Au fil du temps, les céphalées ont quelque peu changé de caractère, leur durée s'est allongée et elles ont développé un caractère chronique, tenace, constant sur lequel se

greffent des exacerbations plus aiguës deux à trois fois par jour pour des durées de quelques heures à chaque occasion.

Les exacerbations que présente quotidiennement le patient conservent certaines des caractéristiques des céphalées type « cluster » telle la survenue de manifestations autonomiques (larmolement, rhinorrhée), telle cette caractéristique que le patient sent le besoin de se lever et de marcher de long en large.

Le patient n'a jamais répondu de façon « satisfaisante » aux diverses mesures thérapeutiques utilisées, ceci incluant un grand nombre de médications de type symptomatique, un grand nombre de médications à visée prophylactique, sans compter des traitements périodiques avec corticostéroïdes, l'utilisation d'oxygène, l'utilisation d'un bloc sympathique.

À quelques reprises, le patient a eu un soulagement partiel et/ou temporaire aux diverses mesures thérapeutiques utilisées, mais jamais le résultat obtenu ne s'est maintenu et petit à petit, il s'est avéré que le patient est devenu réfractaire à toutes les mesures thérapeutiques tentées.

Le patient ne présente pas de limitation dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne, il présente cependant des limitations dans l'éventail des activités de la vie domestique tel l'entretien de son domicile. Le patient est autonome pour ses déplacements à l'intérieur et à l'extérieur de son domicile, y compris dans l'utilisation de son véhicule personnel.

À n'en pas douter, la fréquence, la durée et l'intensité des céphalées que le patient présente l'empêchent d'accomplir son travail antérieur de caissier ou quelque autre travail rémunérateur.

En conséquence, suite à la revue détaillée des divers documents contenus au dossier, suite à notre évaluation clinique d'aujourd'hui, nous sommes d'avis que :

[...]

**En réponse à la question numéro 4,** en ce qui a trait à la capacité de travailler, tel qu'indiqué ci-haut dans la discussion, le fait que le patient présente deux à trois épisodes de céphalées aiguës d'une durée de plusieurs heures, à chaque jour, amène d'importantes limitations fonctionnelles dans sa capacité d'accomplir quelque travail rémunérateur que ce soit. Compte tenu du fait que les céphalées que présente le patient évoluent depuis près de quatre ans, qu'elles ont été réfractaires aux très nombreuses mesures thérapeutiques utilisées, il nous apparaît probable que la condition du patient sera à caractère chronique et il nous apparaît improbable qu'une rémission spontanée se produise un jour.

[Je souligne.]

[11] Il y a aussi le rapport d'expertise de la docteure Rousseau, également neurologue, préparé pour le compte de Desjardins Sécurité financière (pièce A-1, onglet 13). Ce rapport est daté du 2 février 2005 et fait suite à un examen d'une durée d'une heure et cinq minutes effectué le 27 janvier 2005. Comme, dans ce rapport, il y a plusieurs faits qui répètent ceux déjà énoncés ci-dessus, j'ai l'intention de ne reproduire que ceux qui m'apparaissent nouveaux ou qui corroborent des faits importants :

#### ***RAPPEL DES FAITS RELATIFS À LA MALADIE ACTUELLE***

[...]

Au mois d'octobre 2001, il a été placé en arrêt de travail par son médecin de famille qui a cru à l'époque à une dépression et l'a référé en psychiatrie. Or, aucune pathologie spécifique n'a été identifiée.

[...]

Devant la persistance de ses maux de tête, il fut éventuellement référé au Dr Liam Durcan qu'il a vu pour la première fois le 22 avril 2002 et qui le suit depuis. Le Dr Durcan a procédé à un bilan complémentaire, incluant des analyses de laboratoire, une résonance magnétique et un électromyogramme. Il n'a pas véritablement confirmé le diagnostic de céphalée de Horton posé antérieurement par le médecin de famille mais a tenté diverses médications et procédures thérapeutiques dont aucune n'a eu une efficacité durable. [...]

#### ***ÉTAT ACTUEL DU REQUÉRANT***

Depuis le printemps 2001, monsieur Fontaine rapporte qu'il éprouve des céphalées quotidiennes qu'il estime être d'intensité de 8 à 9/10 seize heures sur vingt-quatre alors qu'elles sont de 3 à 4/10 le reste du temps et ce, malgré tous les traitements qui ont été essayés.

Il décrit des hémicrânes droites situées à la région pariétale avec irradiation à la région occipitale mais jamais au cou ainsi qu'à la région périorbitaire droite. Il décrit la douleur comme « un couteau qui rentre dans l'œil » et les épisodes

s'accompagnent de larmoiement de l'œil droit, de rhinorrhée droite et de ptose palpébrale du même côté mais sans rougeur conjonctivale.

Les phénomènes autonomiques précédemment décrits peuvent, selon monsieur Fontaine, précéder la crise de douleur intense ou l'accompagner. Les épisodes douloureux qui surviennent jusqu'à quatre fois par jour durent trois à quatre heures chacun et peuvent se manifester la nuit. Monsieur Fontaine utilise alors l'oxygène et/ou « relaxe ». Puis, l'intensité de la douleur diminue à 3 à 4/10.

[...]

Le reste du questionnaire neurologique n'est pas contributif mais monsieur Fontaine note qu'il se fatigue rapidement. Sur le plan de ses activités, il s'efforce de faire deux ou trois marches par jour. (il vit actuellement à St-Lin des Laurentides depuis environ deux ans). Son épouse ne travaille pas depuis environ un an en raison de fatigue et de dépression. Il participe à quelques tâches ménagères ajoutant « mais pas beaucoup » puisqu'il se fatigue rapidement. Lorsqu'il prend une marche, il doit s'allonger au retour et « sommeille ». Il ajoute qu'il dort assez peu la nuit en raison des crises de maux de tête. Il fait parfois des courses et conduit sa voiture, mais sur de courtes distances et autant que possible en compagnie de son épouse. Il ajoute d'ailleurs que celle-ci l'a accompagné à mon bureau. Il va visiter des amis ou sa sœur qui demeure près de chez lui. Les tâches de déblaiement de la neige sont confiées à contrat et son fils ou son beau-frère se charge de l'entretien de la pelouse puisqu'il éprouve des nausées constantes. Auparavant, il aimait faire du bricolage (antiquités) mais plus maintenant.

### ***EXAMEN NEUROLOGIQUE***

[...]

En cours d'entrevue, monsieur Fontaine offre une excellente collaboration. Il paraît attentif, ne semble pas souffrant et ne manifeste aucun phénomène de lacrymorhée ou de rhinorrhée.

[...]

### ***RENSEIGNEMENTS DE SOURCE MÉDICALE***

#### **Notes du Dr Liam Durcan :**

[...]

Dans une lettre qu'il adresse à madame Lise Gauthier le 29 août 2003, le Dr Durcan indique suivre monsieur Fontaine depuis avril 2002. Il réitère le diagnostic de cluster headache atypique (en raison de leur durée, de leur fréquence et de leur persistance). Il rapporte avoir fait l'essai de plusieurs médicaments diverses, sans beaucoup

d'amélioration. Il fait la liste des diverses médications utilisées. Il ajoute qu'il n'a jamais lui-même vu monsieur Fontaine en crise et qu'il n'a observé aucune manifestation autonome. Il ajoute cependant que monsieur Fontaine a fait l'essai de retourner au travail et qu'en conséquence, il a tendance à prendre avec sérieux les symptômes décrits par monsieur Fontaine. Compte tenu de la fréquence et de l'intensité des douleurs décrites, il le juge inapte au travail et indique que les ressources thérapeutiques s'épuisent.

[...]

## EN RÉPONSE AUX QUESTIONS

1. **Si à votre avis l'état actuel de cette personne répond à cette définition (définition d'invalidité totale telle que libellée), pouvez-vous nous mentionner une date vers laquelle un retour au travail pourrait s'effectuer :**

Le seul diagnostic que l'on puisse retenir de façon certaine dans le cas présent est celui de céphalée quotidiennes chroniques accompagnées parfois de manifestations autonomes évoquant le diagnostic de « cluster headache » mais certainement atypique.

[...]

En effet, et tel que déjà signalé par le Dr Durcan et par le Dr Roy, l'évolution prolongée des douleurs crâniennes présentées par monsieur Fontaine depuis les dernières années, leur caractère quotidien et médico-résistant à l'ensemble des essais thérapeutiques entrepris paraissent incompatibles avec la reprise de son emploi antérieur et, dans ce contexte, on doit conclure que monsieur Fontaine répond à la définition d'invalidité totale telle que libellée.

2. **S'il y a invalidité totale, quelles sont vos recommandations quant aux traitements requis par l'état de santé de notre assuré afin de lui permettre de reprendre ses activités dans les meilleurs délais possibles :**

[...]

À ce stade-ci, et compte tenu du caractère médico-résistant des céphalées décrites par le requérant à venir jusqu'à ce jour, il est loin d'être certain que les recommandations thérapeutiques formulées maintenant ont plus de chance de succès.

[Je souligne.]

[12] J'aimerais mentionner également le fait que le docteur Villeneuve, le médecin de famille de monsieur Fontaine, avait diagnostiqué une céphalée de Horton. Lors de son témoignage, monsieur Fontaine a aussi décrit sa maladie comme la céphalée de Horton. Voici la définition de céphalée vasculaire de Horton que j'ai trouvée dans le dictionnaire *Garnier, Delamare, Dictionnaire des termes de médecine*, 26<sup>e</sup> édition, Maloine, à la page 142 :

Variété de névralgisme facial, voir ce terme, caractérisé par une douleur paroxystique à type de brûlure, localisée à une moitié du crâne, accompagnée de sensation très pénible de battements intracrâniens, de troubles vasomoteurs de la moitié de la face et parfois du membre supérieur correspondant et d'hyperesthésie à la pression des branches de la carotide externe. Ces crises se répètent en excès, durant 24 heures, ou même plusieurs semaines. Horton les attribuait à une libération d'histamine.

[13] Selon la docteure Rousseau, le docteur Durcan ne confirme pas le diagnostic du docteur Villeneuve, tel qu'elle l'indique dans son rapport d'expertise. Le docteur Roy, tout comme le docteur Durcan, estime que monsieur Fontaine souffre de céphalées autonomiques atypiques. Selon la docteure Rousseau, monsieur Fontaine souffre de « céphalées quotidiennes chroniques [...] évoquant le diagnostic de ' cluster headache ' mais certainement atypique ».

[14] Il est utile de reproduire ici certains extraits tirés d'un ouvrage intitulé *The Headaches*, 2<sup>e</sup> éd., Jes Olesen, M.D., Peer Tfelt-Hansen, M.D. et K. Michael A. Welch, M.D., dir., Philadelphie, Lippincott Williams & Wilkins, 1999,



apparaissant à l'onglet 14 du « cahier d'autorités » de monsieur Fontaine et traitant de « Cluster Headache » :

## **CLASSIFICATION AND SHORT DESCRIPTION**

[...]

Cluster headache is characterized by attacks of strictly unilateral, severe pain with orbital, supraorbital, or temporal location. Attacks last 15 to 180 minutes and usually occur one or several times per day, especially at night. They are accompanied by ipsilateral conjunctival injection, lacrimation, rhinorrhea or nasal congestion, eyelid edema, miosis, and low grade ptosis. [...]

Two main clinical forms of CH may be diagnosed: *episodic* and *chronic*. The most common form is the episodic form, which affects 80% to 90% of patients. [...]

The chronic form lacks the remissions and is diagnosed after 1 year without remission or if remissions have lasted less than 14 days. [...]

## **PAIN CHARACTER**

The maximum intensity of pain is generally localized behind the eye, radiating toward the temple or to the upper cheek. It is described as excruciating, almost intolerable, as if the eye is pushed out of the orbit or a knife is being turned around. [...] Attacks of kidney stone or intensive tooth ache, which both are examples of locked-in pain processes, resemble cluster headache with respect to pain character and behavior during pain. [...]

## **CHARACTERISTICS OF INDIVIDUAL ATTACKS**

As a function of the cyclical occurrence of the disease, cluster attacks usually have their onset once or twice a day, usually in the same hours in many patients, at least for particular time intervals (1-2 weeks). When plotting the most common hours of onset for the patients described by Manzoni et al. (31), sharp peaks were found between 1 and 2 a.m. and between 1 and 3 p.m., with a third peak reached around 9 p.m. Therefore, the main "entraining" factors of cluster attacks can be considered to be some phases of sleep (REM, in particular) (32) and the time of meals, as well as all the events that occur in the time span considered (activity rest cycle, working hours, and so forth).

In Russell's study (37), 51% of attacks began when patients were asleep, the peak frequency being from 4:00 a.m. to 10:00 a.m. (Fig. 1). The average time asleep per

24 hours for patients during the study did not exceed 6.9 hours, so that the relative frequency of attacks was increased during sleep. There is also a tendency for daytime attacks to begin during naps or periods of physical activity. It is of interest that Manzoni et al. (31) found an increased frequency of attacks between 1:00 p.m. and 3:00 p.m. However, as they point out, this may be explained by the different living habits of their patients, the majority of whom stopped working during this period.

Pain attacks are typically unilateral, extremely severe, and often accompanied by local ipsilateral symptoms and signs of autonomic dysfunction. [...]

Usually cluster attacks last between 15 minutes and 2 hours, generally being shorter at the beginning and end of each cluster period. According to the diagnostic criteria of the IHS classification, each attack should last not more than 3 hours if untreated. In a prospective study of 77 attacks (37), total duration was less than 30 minutes in 29%, less than 45 minutes in 62%, and less than 1 hour in 78% of patients (Fig. 3). In the same study, the pain reached its peak in less than 10 minutes in almost all cases, maximal pain intensity lasted less than 30 minutes, and the pain subsided in less than 40 minutes. The severity and duration of nocturnal and daytime attacks were similar.

[...]

## **DIAGNOSIS**

Most patients with cluster headache seek medical help between attacks, and it is in fact relatively seldom that the physician has an opportunity to witness an actual attack of headache. With the exception of a possible partial Horner syndrome on the symptomatic side, the results of a physical and neurologic examination are negative. Consequently, the diagnosis is based mainly on the history of the patient. The interview should be performed as soon as possible after an attack and also eventually during an actual attack of headache. If there is only a short history of disease, the diagnosis may be difficult, but if the patient has suffered previously from several identical periods of headache, it is easy to establish a correct diagnosis. Most patients seen at a specialized clinic have had many series of headache attacks and are thus most commonly able to give a detailed and reliable anamnesis.

Some features of the pain of cluster headache are of special diagnostic importance: (a) strict unilaterality, (b) severe intensity, (c) orbital localization, and (d) short duration. [...]

[Je souligne.]

Analyse

[15] Il est important d'abord de citer le texte des articles pertinents de la Loi.

Il s'agit des articles 118.3 et 118.4 :

Art. 118.3. Crédit d'impôt pour déficience mentale ou physique

(1) [Crédit d'impôt pour déficience mentale ou physique]

Un montant est déductible dans le calcul de l'impôt payable par un particulier en vertu de la présente partie pour une année d'imposition, si les conditions suivantes sont réunies :

a) le particulier a une ou plusieurs déficiences graves et prolongées des fonctions physiques ou mentales;

a.1) les effets de la ou des déficiences sont tels que la capacité du particulier d'accomplir plus d'une activité courante de la vie quotidienne est limitée de façon importante si les effets cumulatifs de ces limitations sont équivalents au fait d'être limité de façon marquée dans la capacité d'accomplir une activité courante de la vie quotidienne, ou sont tels que la capacité du particulier d'accomplir une activité courante de la vie quotidienne est limitée de façon marquée ou le serait en l'absence de soins thérapeutiques qui, à la fois :

- (i) sont essentiels au maintien d'une fonction vitale du particulier,
- (ii) doivent être administrés au moins trois fois par semaine pendant une durée totale moyenne d'au moins 14 heures par semaine,
- (iii) selon ce à quoi il est raisonnable de s'attendre, n'ont pas d'effet bénéfique sur des personnes n'ayant pas une telle déficience;

a.2) s'il s'agit d'une déficience des fonctions physiques ou mentales dont les effets sont tels que la capacité du particulier d'accomplir une seule activité courante de la vie quotidienne est limitée de façon marquée ou le serait en l'absence des soins thérapeutiques mentionnés à l'alinéa a.1), un médecin en titre — ou, dans chacun des cas ci-après, la personne mentionnée en regard du cas — atteste, sur le formulaire prescrit, qu'il s'agit d'une déficience grave et prolongée des fonctions physiques ou mentales dont les effets sont tels que la capacité du particulier d'accomplir une activité courante de la vie quotidienne est limitée de façon marquée ou le serait en l'absence de ces soins :

[...]

a.3) s'il s'agit d'une ou de plusieurs déficiences des fonctions physiques ou mentales dont les effets sont tels que la capacité du particulier d'accomplir

plus d'une activité courante de la vie quotidienne est limitée de façon importante, l'une des personnes ci-après atteste, sur le formulaire prescrit, que la ou les déficiences sont des déficiences graves et prolongées des fonctions physiques ou mentales dont les effets sont tels que la capacité du particulier d'accomplir plus d'une activité courante de la vie quotidienne est limitée de façon importante et que les effets cumulatifs de ces limitations sont équivalents au fait d'être limité de façon marquée dans la capacité d'accomplir une seule activité courante de la vie quotidienne :

- (i) s'il s'agit d'une déficience quant à la capacité de marcher, de s'alimenter ou de s'habiller, un médecin en titre ou un ergothérapeute,
- (ii) s'il s'agit d'une autre déficience, un médecin en titre;

b) le particulier présente au ministre l'attestation visée aux alinéas a.2) ou a.3) pour une année d'imposition;

[...]

#### (4) Renseignements supplémentaires

Lorsqu'une déduction est demandée en vertu du présent article ou de l'article 118.8 relativement à la déficience d'un particulier, les règles suivantes s'appliquent :

- a) toute personne visée aux paragraphes (1) ou (2) ou à l'article 118.8 relativement à la demande doit fournir par écrit les renseignements que le ministre lui a demandés par écrit concernant la déficience du particulier, ses effets sur lui et, le cas échéant, les soins thérapeutiques mentionnés à l'alinéa (1)a.1) qui doivent être administrés;
- b) les renseignements ainsi fournis par une personne visée à l'alinéa (1)a.2) sont réputés figurer dans une attestation établie en la forme prescrite.

#### Art. 118.4. Déficience grave et prolongée

##### (1) [Déficience grave et prolongée]

Pour l'application du paragraphe 6(16), des articles 118.2 et 118.3 et du présent paragraphe :

- a) une déficience est prolongée si elle dure au moins 12 mois d'affilée ou s'il est raisonnable de s'attendre à ce qu'elle dure au moins 12 mois d'affilée;
- b) la capacité d'un particulier d'accomplir une activité courante de la vie quotidienne est limitée de façon marquée seulement si, même avec des soins

thérapeutiques et l'aide des appareils et des médicaments indiqués, il est toujours ou presque toujours aveugle ou incapable d'accomplir une activité courante de la vie quotidienne sans y consacrer un temps excessif;

b.1) [...]

c) sont des activités courantes de la vie quotidienne pour un particulier :

- (i) les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante,
- (ii) le fait de s'alimenter ou de s'habiller,
- (iii) le fait de parler de façon à se faire comprendre, dans un endroit calme, par une personne de sa connaissance,
- (iv) le fait d'entendre de façon à comprendre, dans un endroit calme, une personne de sa connaissance,
- (v) les fonctions d'évacuation intestinale ou vésicale,
- (vi) le fait de marcher;

c.1) sont compris parmi les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante :

- (i) la mémoire,
- (ii) la résolution de problèmes, l'atteinte d'objectifs et le jugement (considérés dans leur ensemble),
- (iii) l'apprentissage fonctionnel à l'indépendance;

d) il est entendu qu'aucune autre activité, y compris le travail, les travaux ménagers et les activités sociales ou récréatives, n'est considérée comme une activité courante de la vie quotidienne;

[...]

[Je souligne.]

[16] Ces deux articles énoncent plusieurs conditions qui doivent être réunies pour avoir droit au crédit d'impôt. Trois méritent notre attention. Pour avoir droit au crédit, il faut i) l'existence d'une déficience grave et prolongée, ii) des effets tels que la capacité d'accomplir une activité courante de la vie quotidienne est limitée de façon

marquée, <sup>1</sup>iii) la production d'une attestation d'un médecin, ou d'une autre personne définie par la Loi, selon laquelle les deux premières conditions sont réunies.

[17] Il faut souligner que la position qu'avait prise le juge Bowman (tel était alors son titre) au paragraphe 18 de la décision *Morrison v. R.*, [1999] 1 C.T.C. 2331, position selon laquelle l'énoncé au paragraphe 118.3(1)a.2) relatif à la production de cette attestation « is directory only, and is not mandatory », a été rejetée par la Cour d'appel fédérale dans l'arrêt *MacIsaac c. Canada*, [1999] A.C.F. n° 1898 (QL), [2000] 1 C.T.C. 307 et 2000 DTC 6020. La Cour d'appel a indiqué que le « paragraphe 118.3(1)a.2) de la *Loi de l'impôt sur le revenu* n'est pas simplement indicatif. Il s'agit d'une disposition impérative. Dit simplement, selon le libellé de ces dispositions, il doit y avoir une attestation faite par un médecin qui indique que l'individu souffre de déficiences ». Il s'agit donc d'une des conditions essentielles pour avoir droit au crédit d'impôt.

[18] Compte tenu de la preuve entendue, je reconnais que monsieur Fontaine avait de sérieux problèmes de santé qui ont amené la Régie des rentes du Québec et l'assureur de son employeur à le déclarer invalide. Cela signifie qu'ils ont reconnu

---

<sup>1</sup> Si une telle déficience ne cause pas une limitation suffisante pour donner droit au crédit, on peut combiner les effets de limitations à l'égard de plus d'une activité courante de la vie quotidienne et déterminer si les effets cumulatifs de ces limitations sont équivalents au fait

qu'il ne pouvait plus travailler. Toutefois, le travail ne constitue pas une activité courante de la vie quotidienne selon l'article 118.4 de la Loi. En outre, je n'ai pas été convaincu que les effets de la déficience de monsieur Fontaine (ses céphalées) étaient tels, durant la période pertinente, que sa capacité d'accomplir une activité courante de la vie quotidienne était limitée de façon marquée, c'est-à-dire qu'il était toujours ou presque toujours incapable d'accomplir une telle activité sans y consacrer un temps excessif. La preuve présentée par monsieur Fontaine ne résiste pas à une analyse détaillée. Il existe plusieurs contradictions dans la preuve qu'il a fournie par rapport aux trois conditions décrites plus haut.

[19] Lors de son témoignage à l'audience, il a beaucoup insisté sur les effets de sa déficience sur ses fonctions mentales et sur sa capacité de marcher. Quant à ses fonctions mentales, il a indiqué qu'il avait beaucoup de problèmes de mémoire. Il expliquait ces problèmes par le manque de concentration. Il a indiqué qu'il ne se rappelait pas le lendemain de ce qui pouvait s'être passé la veille. Il disait qu'il ne pouvait pas faire son épicerie sans une liste. Il me semble qu'il a mentionné perdre de 30 à 40 % de certains détails. Il a même mentionné qu'il pouvait oublier de fermer les ronds sur la cuisinière. Or, dans son avis d'appel, il est très peu question de ses fonctions mentales. Il y a écrit : « j'ai [*sic*] très mal au muscles [*sic*] et mes genoux [*sic*]

---

d'être limité de façon marquée dans la capacité d'accomplir une activité courante de la vie

barre [sic], articulation son [sic] raide [sic] je nai [sic] plus beaucoup de force, toujours fatigue, problème [sic] d' intestin [sic], de foie a [sic] cause de medicament [sic], et [sic] d'estomac [sic] et la fibro donne une vessie erritable [sic] [...] jai [sic] des pertes phisiques [sic] et mental [sic] ».

[20] Je n'ai pas observé de tels problèmes de fonctions mentales lors du témoignage de monsieur Fontaine. Le témoignage a duré environ deux heures et demie. L'audience avait débuté à 9 h 50 et s'est terminée à 16 h 50. Selon mon souvenir, monsieur Fontaine a été présent durant tout ce temps. Je n'ai rien noté d'anormal dans son comportement. Il a été en mesure de répondre à la plupart des questions qui lui ont été posées. Sa mémoire était aussi bonne que celle de la moyenne des témoins qui comparaissent devant cette Cour. Il était en mesure de répondre aux questions de l'avocate de l'intimée qui ont testé sa mémoire. Par exemple, lorsqu'elle lui a demandé de relater quand il avait mangé au restaurant avec son comptable, il a été capable de dire que cela s'était passé à Terrebonne, un samedi, vers 18 h 30, dans un restaurant chinois, et que sa femme et la femme du comptable y étaient aussi.

[21] Il faut ajouter que monsieur Fontaine a préparé lui-même son avis d'appel



pour la Cour. Il ne lui a pas été nécessaire de retenir les services de son ami comptable. C'est également lui qui a relaté les conversations qu'il avait eues avec la représentante du ministre concernant le refus du crédit d'impôt pour personne handicapée pour 2005. Ainsi, il est évident que monsieur Fontaine peut utiliser ses fonctions mentales sans trop de difficulté.

[22] Je dois dire que les problèmes de mémoire décrits par monsieur Fontaine sont le lot de beaucoup de personnes dites « normales ». Beaucoup de personnes font leur épicerie en utilisant une liste, sinon il y a risque d'oublier des produits à acheter. J'ajouterais qu'il est normal, lorsqu'on est dans un état de douleur très intense, que la concentration ne soit pas au rendez-vous. Il est donc fort possible qu'en raison de ce fait monsieur Fontaine ait eu de la difficulté à se rappeler les événements qui ont pu survenir. Toutefois, ses crises ne sont pas constantes et, comme monsieur Fontaine l'a reconnu devant les médecins experts et comme la lecture de la littérature médicale que j'ai déjà citée le révèle, ces crises surviennent souvent la nuit.

[23] D'autres affirmations de monsieur Fontaine soulèvent un doute sur la valeur probante de son témoignage, notamment quant à la prétendue absence de fonctions cognitives. Le docteur Durcan a confirmé que monsieur Fontaine avait la capacité de conduire sa voiture. Comment peut-on conduire une voiture si on est tout le temps ou

presque tout le temps sans fonctions cognitives? Sur cette question, monsieur Fontaine a indiqué qu'il avait considérablement diminué l'usage de sa voiture, soit de 15 ou 20 000 km avant ses problèmes de santé à 3 000 par après. Il disait qu'il ne conduisait que tout près de chez lui, pour aller au dépanneur, par exemple, et, comme on peut le lire dans un des rapports d'expert, pour visiter des amis ou de la parenté. Monsieur Fontaine affirmait que, lorsqu'il venait visiter son médecin à Montréal, il se faisait conduire par une autre personne. Or, tel qu'il ressort des rapports des deux experts Roy et Rousseau, c'est monsieur Fontaine qui a conduit pour se rendre de St-Lin à Montréal<sup>2</sup>, un trajet qui nécessite environ une heure conduite. Pour la visite chez le docteur Roy, il était même seul alors qu'il souffrait d'une céphalée d'une intensité de cinq à six sur dix. Quand il est allé chez la docteure Rousseau, il était accompagné de sa femme.

[24] Il existe, à mon avis, un autre motif pour justifier la diminution considérable de l'usage de sa voiture. Il a cessé de travailler après avoir été déclaré invalide aux fins de la Régie des rentes du Québec et aux fins du régime Desjardins Sécurité, l'assureur de son employeur. Ne travaillant plus, il n'avait plus à utiliser une voiture aussi souvent qu'avant.

---

2 Le bureau du docteur Roy est situé dans le même complexe que celui du docteur Durcan,

[25] Il est à noter en outre que personne d'autre n'a été assigné à témoigner pour établir ou corroborer les faits présentés par monsieur Fontaine. Il est dangereux de ne pas présenter la meilleure preuve dans un appel, notamment une preuve consistant dans une corroboration fournie par des tiers indépendants. Cette situation est ici d'autant plus surprenante qu'il s'agit d'une partie qui dit souffrir de troubles de mémoire.

[26] Une autre réponse donnée par monsieur Fontaine soulève des doutes quant à la franchise de ses réponses. Lorsque l'avocate de l'intimée a demandé à monsieur Fontaine de lui indiquer quel était le nom du comptable qui l'avait aidé à préparer ses déclarations de revenus — puisque monsieur Fontaine avait indiqué qu'il avait cessé de préparer ses propres déclarations de revenus à compter de 2002 en raison de ses problèmes de santé —, il a répondu « Guy ». Quand l'avocate de l'intimée lui a demandé, « Quel est son nom de famille? », il a dit ne pas s'en souvenir. Il a ajouté : « Pourquoi avez-vous besoin de cette réponse? » Et il n'a jamais fourni le nom de famille de son comptable. Peu après, je suis intervenu et j'ai avancé l'hypothèse qu'il voulait protéger son comptable parce qu'il croyait que ce dernier n'avait pas déclaré les honoraires qu'il avait reçus pour ce travail. Monsieur Fontaine a semblé acquiescer; en tout cas, il n'a pas contesté cette hypothèse. Comme il utilisait les

services de Guy depuis plusieurs années, il s'agissait fort probablement de la personne avec laquelle il est allé manger au restaurant. Il est peu vraisemblable qu'il ne puisse pas se rappeler son nom de famille.

[27] Le docteur Roy, qui a examiné monsieur Fontaine en janvier 2005, n'a pas noté d'effets importants sur les fonctions mentales ni sur les autres activités courantes de la vie quotidienne, comme la marche et le fait de s'habiller. Au contraire, se fondant sur les affirmations de monsieur Fontaine et sur ses propres observations, il a écrit que ce dernier ne présentait pas de « limitation dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne » :

[...] Il est venu à son rendez-vous d'aujourd'hui seul en conduisant son véhicule automobile à partir de son domicile de St-Lin des Laurentides. [p. 6]

Le patient souligne qu'il est autonome pour les activités de la vie quotidienne.

[...]

Il n'y a pas d'anomalie des fonctions cognitives ou du langage. [p. 8]

Le patient ne présente pas de limitation dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne, il présente cependant des limitations dans l'éventail des activités de la vie domestique tel l'entretien de son domicile. Le patient est autonome pour ses déplacements à l'intérieur et à l'extérieur de son domicile, y compris dans l'utilisation de son véhicule personnel. [pp. 10 et 11]

[Je souligne.]

[28] Le témoignage de monsieur Fontaine sur ses problèmes de marche n'a pas été non plus convaincant. Ses explications m'apparaissent douteuses en ce qui a trait aux

problèmes qu'il a décrits. En cour, il disait qu'il pouvait prendre 30 minutes pour se rendre à l'épicerie, alors qu'avant ses problèmes de santé 10 minutes étaient suffisantes. Voici ce que révèlent les rapports médicaux des docteurs Roy et Rousseau. Sous la rubrique « Examen subjectif » dans son rapport, le docteur Roy souligne :

À propos de son emploi du temps au quotidien, le patient dit qu'il pourra prendre une marche à l'extérieur pendant une trentaine de minutes, ceci une à deux fois par jour; il nous indique qu'au retour de telles marches à l'extérieur, il se sent très fatigué et sent le besoin de s'étendre dans une chaise longue. [ ... ] [p. 8]

[Je souligne.]

[29] Il y a aussi, dans le même rapport, les constatations suivantes que fait le docteur Roy à la suite de son examen objectif du patient :

Le patient entre dans la salle d'examen en marchant d'un pas régulier. Il n'y a pas de boiterie, il n'y a pas d'élargissement du polygone, on note un balancement normal des deux membres supérieurs.

Tout au long de l'entrevue, le patient demeure assis bien droit sur sa chaise, il présente une gestuelle tout à fait normale de ses membres supérieurs et de son cou; le patient ne nous est pas apparu particulièrement souffrant ou inconfortable en cours d'entrevue. Nous n'avons pas noté d'hyperhémie des conjonctives non plus que de larmolement.

[Je souligne.]

[30] Il ressort de ces observations et des autres contenues dans le rapport du docteur Roy que monsieur Fontaine n'a pas signalé de problèmes de marche au docteur Roy au début de la période pertinente. Il n'a jamais mentionné qu'il avait de

la difficulté à parcourir une distance normale pendant ses marches de trente minutes. Il me semble que cela aurait été un fait important pour établir son invalidité devant les experts de la Régie des rentes du Québec et de Desjardins Sécurité.

[31] En ce qui a trait à la question de la durée, de l'intensité et de la récurrence de ses maux de tête, la description que monsieur Fontaine a faite devant la Cour et celle qu'il a donnée aux différents médecins experts qu'il a rencontrés en 2005 divergent à plusieurs égards, tel qu'il ressort des rapports des docteurs Roy et Rousseau et des commentaires venant du dossier du docteur Durcan. Devant la Cour, monsieur Fontaine a toujours décrit le niveau d'intensité de ses céphalées quand il était en état de crise comme étant de dix sur dix, alors que, lorsqu'il rencontrait le docteur Roy ou la docteure Rousseau, il indiquait des niveaux de huit ou neuf.

[32] En ce qui a trait aux valeurs d'intensité minimale, il a parlé en Cour de quatre ou cinq sur dix, alors que chez le docteur Roy, il disait deux ou trois, et chez la docteure Rousseau, trois ou quatre. Quant à la récurrence de ses maux de tête, il a indiqué en Cour et chez la docteure Rousseau qu'ils se produisaient trois ou quatre fois par jour, alors que chez le docteur Roy, il a dit deux ou trois fois.

[33] En ce qui a trait à la durée des périodes de crise, il a mentionné en Cour que c'était de quatre à cinq heures, alors que chez le docteur Roy il a indiqué une durée de deux ou trois heures. Chez le docteur Durcan et la docteure Rousseau, il a dit trois ou quatre heures.

[34] Compte tenu du fait qu'il avait indiqué chez la docteure Rousseau que les crises pouvaient se répéter jusqu'à trois ou quatre fois, la durée de ses périodes de douleur intense pouvait représenter 16 heures sur 24. Mais il est exact aussi de déduire que la durée de ses périodes de crise pouvait varier de 4 à 16 heures, selon la version que l'on adopte. Devant la Cour, il disait qu'en moyenne c'était trois ou quatre fois par jour qu'il avait des crises et qu'elles pouvaient durer entre quatre et cinq heures, ce qui m'apparaît légèrement plus élevé que ce qu'il avait indiqué aux docteurs Roy et Rousseau. Évidemment, si c'était le seul problème dans le témoignage de monsieur Fontaine, peut-être que cela ne serait pas suffisant pour soulever un doute quant à sa crédibilité. Toutefois, ces différentes versions s'ajoutent aux autres éléments douteux de son témoignage et permettent de conclure à la faiblesse de la preuve présentée par monsieur Fontaine.

[35] La conclusion du docteur Roy que monsieur Fontaine « ne présente pas de limitation dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne » est conforme

à la première de trois attestations (formulaire T2201) du docteur Durcan que monsieur Fontaine a remises au ministre à l'appui de sa demande de crédit d'impôt (onglet 8 de la pièce A-1). Elle est datée du 8 février 2006. Dans cette attestation, le docteur Durcan a répondu « non » à toutes les questions à la partie B de l'attestation (la partie à être remplie par le praticien qualifié, portant sur les limitations relatives aux activités courantes de la vie quotidienne). On pourrait penser qu'il s'agit d'une erreur de sa part, mais cette impression est dissipée lorsque l'on prend connaissance du commentaire du docteur Durcan, qui écrit vers la fin : « The patient has intractable headache pain with pain approximately 12 hours per day - this problem is not well described by the categories available on this form. ». Il faut ajouter qu'il a également répondu « non » à la question, qui apparaît aussi à la dernière page du formulaire, demandant si la « déficience sur la capacité » de son patient a duré au moins 12 mois consécutifs. Je crois que cette réponse est tout à fait cohérente avec les autres réponses négatives. S'il a répondu « non », c'est parce qu'il considérait que la description apparaissant dans la partie B du formulaire ne correspondait pas à l'état de son client.

[36] Il faut par contre mentionner que le docteur Durcan a adressé à « to whom it may concern » une lettre en date du 14 août 2006 dans laquelle il semble vouloir modifier son attestation du mois de février 2006 (onglet 12 de la pièce A-1).



Toutefois, je note que cette lettre est rédigée en termes généraux. Elle dit notamment :

[...] While not making his activities of daily living impossible, these headaches mean that it takes my patient an excessively long time to perform his activities of daily living.

The headaches have been occurring chronically since 2002 and I suspect they will continue.

[37] Le docteur Durcan ne mentionne pas à quelles activités il se réfère. Il aura la chance de corriger la situation lorsqu'il produit une deuxième attestation en date du 2 avril 2007 (onglet 9 de la pièce A-1 et pièce I-3). Dans cette attestation, le docteur donne une réponse négative à toutes les questions relatives aux activités courantes de vie quotidienne, sauf celle concernant la fonction mentale<sup>3</sup>. À la question « à quelle date votre patient est-il devenu limité de façon marquée dans sa capacité d'effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante », il indique « 2002 ». On trouve l'explication de son changement d'opinion à la dernière page, où il affirme : « During his intense headaches, he is not capable to [*sic*] exercising normal cognitive function and therefore I have made this decision respecting his frequent, episodic [illisible] headaches ».

---

<sup>3</sup> Il faut ajouter que le docteur Durcan a indiqué sur ce formulaire que monsieur Fontaine ne remplissait pas les conditions mentionnées sous la rubrique « Effet cumulatif des limitations considérables — pour les années 2005 et suivantes ».

[38] Malheureusement, cette deuxième attestation est incomplète puisque le docteur Durcan a omis de répondre à la question quant à la durée de la déficience physique, qui apparaît à la dernière page du formulaire.

[39] Il y aura une troisième attestation, en date du 24 septembre 2007 (onglet 10 de la pièce A-1). Le docteur Durcan modifie à nouveau ses réponses et, cette fois-ci, il ajoute aux fonctions mentales le fait de marcher et le fait de s'habiller comme activités de la vie courante à l'égard desquelles monsieur Fontaine est limitée de façon marquée quant à sa capacité de les accomplir, et dans chacun de ces cas, il indique comme date du début de cette incapacité l'année 2002. Si cette situation existait en 2002, pourquoi ne pas l'avoir indiqué à tout le moins dans sa deuxième attestation?

[40] À la dernière page du formulaire, le docteur Durcan fournit cette explication : « Incapacitating [*sic*] and intractable headache pain, 8-10 hours per day during which he cannot perform ADL ».

[41] Cette fois-ci, le docteur Durcan remplit adéquatement la partie traitant de la durée puisqu'il répond « oui » à la question relative à la durée. Par contre, je note qu'il a mal rempli d'autres sections de son attestation puisqu'il a répondu « oui » à la

question « Est-ce que votre patient répond aux conditions pour les soins thérapeutiques essentiels telles qu'elles sont décrites ci-dessus? » apparaissant sous la rubrique « Soins thérapeutiques essentiels ». Il mentionne en réponse à la demande de détails sur la thérapie : « Il a utilisé oxygen [*sic*] pour traitement (cluster headache) » Or, au début de la section sur les soins thérapeutiques, il est écrit : « Votre patient a besoin de soins thérapeutiques essentiels pour maintenir une fonction vitale, même si ces soins soulagent sa condition. [...] ». L'usage de l'oxygène n'était pas pour garder monsieur Fontaine en vie, mais uniquement pour lui permettre d'atténuer l'intensité de ses maux de tête. Le docteur Durcan a donc mal compris la portée de cette section du formulaire.

[42] Il en est de même en ce qui a trait à la section qui traite de l'effet cumulatif des limitations considérables pour les années 2005 et suivantes<sup>4</sup>. On y indique que, « si votre patient est limité de façon marquée dans l'une des sections précédentes, il n'est pas nécessaire de remplir cette section ». Comme il avait indiqué, dans les sections précédentes, que son patient souffrait d'une déficience qui le limitait de façon marquée, le docteur Durcan n'avait pas à remplir la section relative à l'effet cumulatif. La raison est évidente : cette dernière section vise à permettre à un

---

<sup>4</sup> Je fais remarquer que le formulaire lui-même m'apparaît déficient dans sa version française puisqu'on utilise l'expression, « limitations considérables » alors que dans la Loi il est question de « limitations importantes ». En tout état de cause, cela est sans conséquence ici.

contribuable d'être admissible au crédit quand il ne réunit pas les autres conditions du formulaire.

[43] Finalement, il y a une quatrième attestation qui a été produite à l'appui d'une demande du crédit d'impôt de monsieur Fontaine. Il s'agit du formulaire rempli par le docteur Villeneuve le 28 janvier 2008 (pièce A-1, onglet 11 et pièce I-4). Dans ce document, le docteur Villeneuve a essentiellement attesté que monsieur Fontaine souffrait d'une déficience mentale ou physique qui faisait en sorte qu'il avait une limitation marquée quant à ses fonctions mentales. Il a donc répondu « oui » à la question concernant les fonctions mentales. De plus, comme date de début de cette incapacité ou de cette limitation, il a indiqué « 2002 ».

[44] Il n'a rien répondu à la question ayant trait à la fonction de marcher. Par contre, dans la section du formulaire portant sur la fonction « Évacuation (fonctions intestinales ou vésicales) », il a coché la case « sans objet » et inscrit les mentions « 2002 — céphalée de Horton » et « 2006 — fibromyalgie ». Je tiens pour acquis que ces réponses se rapportaient à la section du haut de la même page traitant de l'activité « marcher ». Quant à l'activité « s'habiller », le docteur Villeneuve a coché « sans objet », contredisant ainsi la troisième attestation du docteur Durcan.

[45] On trouve des erreurs semblables à celles du docteur Durcan dans la section qui traite des soins thérapeutiques essentiels. En effet, le docteur Villeneuve a lui aussi fait l'erreur de remplir cette section du formulaire en faisant état de l'usage de l'oxygène, alors qu'il n'était pas utilisé « pour maintenir une fonction vitale », et celle de remplir la section traitant des effets cumulatifs, alors qu'il avait précédemment constaté l'existence d'une limitation marquée de la capacité de monsieur Fontaine d'accomplir une activité courante de la vie quotidienne. Il a en outre mal rempli cette dernière section puisqu'il n'a coché qu'une seule activité courante de la vie quotidienne — le fait de marcher — alors qu'il aurait fallu qu'il coche au moins une autre activité pour respecter la directive du formulaire : « cochez au moins deux cases ».

[46] Comme le docteur Villeneuve n'avait pas répondu à la question relative à l'activité de marcher et que, quant à celle concernant l'activité de s'habiller, il avait indiqué qu'elle était sans objet, il semble que le ministre ait senti le besoin d'obtenir des précisions. On a produit sous la cote I-4 comme annexe au formulaire d'attestation les renseignements supplémentaires fournis en ce qui a trait à l'activité de marcher<sup>5</sup>. À la question « Votre patient peut-il marcher (p. ex. 100 mètres) à l'aide

---

<sup>5</sup> Selon l'alinéa 118.3(4)b) de la Loi, les renseignements qui sont fournis à la suite d'une demande de renseignements supplémentaires faite par le ministre à l'égard du certificat

de soins thérapeutiques [...] », le docteur Villeneuve a répondu « Oui ». À la question « Lorsqu'il est capable de marcher, votre patient prend-il un « temps excessif »<sup>6</sup> (même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés)? », le docteur Villeneuve a répondu « Non ». Il contredisait donc à nouveau la troisième attestation du docteur Durcan.

[47] En ce qui a trait à l'activité de s'habiller, il a indiqué que son patient pouvait s'habiller et, à la question de savoir s'il prenait un temps excessif pour le faire, le docteur Villeneuve a indiqué qu'elle était sans objet, tout en ajoutant après la définition de « temps excessif » : « Dépendant de la douleur qui est variable ». À la question « Si oui, est-ce toujours ou presque toujours le cas? », il a répondu « Oui ». Or, je présume qu'il voulait dire par là que cela était le cas quand monsieur Fontaine avait une douleur très intense. Toutefois, cela ne répondait pas à la question de savoir si toujours ou presque toujours il avait de la difficulté à s'habiller. Cela ne semble pas être le cas.

---

d'attestation sont réputés figurer dans l'attestation établie en la forme prescrite. Les réponses au questionnaire se trouvent ainsi à faire partie du formulaire d'attestation lui-même.

<sup>6</sup> Le formulaire de renseignements supplémentaires définit ce que l'on entend par « temps excessif » :  
« [...] on entend toute activité qui prend considérablement plus de temps que ce qui est requis par la moyenne des personnes qui n'ont pas la déficience. »

[48] Un autre commentaire s'impose en raison d'une autre réponse donnée par le docteur Villeneuve au questionnaire demandant des renseignements supplémentaires. À l'avant-dernière page, il a indiqué que la fibromyalgie datait de 2007 et non plus de 2006, comme il l'avait indiqué sous la rubrique « Évacuation (fonctions intestinales ou vésicales) » sur le formulaire initial.

[49] Quoique je n'aie rien observé de tel lors de l'audience, il est possible que monsieur Fontaine ait aujourd'hui de sérieux problèmes pour ce qui est de marcher, mais je n'ai pas été convaincu qu'ils existaient en 2005 et en 2006. La fibromyalgie que semble avoir diagnostiquée le docteur Villeneuve en 2007 pourrait davantage justifier l'existence de tels problèmes que la céphalée autonome atypique. On trouve dans *Stedman's Medical Dictionary*, 28<sup>e</sup> édition, la définition suivante de fibromyalgie :

Fibromyalgia is a disorder of unknown cause characterized by chronic widespread aching and stiffness, involving particularly the neck, shoulders, back, and hips, which is aggravated by use of the affected muscles. The American College of Rheumatology has established diagnostic criteria that include pain on both sides of the body, both above and below the waist, as well as in an axial distribution (cervical, thoracic, lumbar spine, or anterior chest). Additionally, point tenderness must be found in at least 11 of 18 specified sites. Tender points are sharply localized and often bilaterally symmetric. Some points may correspond to sites of pain and others may be painless until palpated. Usually associated fatigue, a sense of weakness or inability to perform certain movements, paresthesia, difficulty sleeping, and headaches are found. About one fourth of patients with fibromyalgia receive partial or total disability compensation. Fibromyalgia frequently occurs in conjunction with migraine headaches, temporomandibular joint

dysfunction, irritable bowel syndrome, restless legs syndrome, chronic fatigue, and depression; symptoms are typically exacerbated by emotional stress. The prevalence in the U.S. is estimated at 1-3% of the population, with all races and socioeconomic strata affected about equally. Most patients (90%) are adult women. The onset of symptoms usually occurs before age 50. The disorder is chronic but not progressive. Routine hematologic, serologic, and imaging studies yield uniformly normal results. However, the sleep EEG typically shows intrusions of alpha waves into non-REM sleep and infrequent progression to stage 3 and stage 4 sleep. One third of patients with fibromyalgia have low insulinlike growth factor (IGF) levels. Elevation of cerebrospinal fluid substance P, depression of cortisol production, and orthostatic hypotension have also been reported. Most patients experience moderate to severe disability, but symptoms can usually be mitigated by treatment. Effective treatment programs include education, a regular program of low-impact aerobic exercise, and physical therapy as needed. Cognitive therapy and group therapy are often helpful. About one third of patients respond to pharmacologic agents such as antidepressants (amitriptyline, fluoxetine) and muscle relaxants (cyclobenzaprine).

[50] Si des problèmes en ce qui concerne la marche ou le fait de s'habiller existaient, il me paraît plus plausible qu'ils sont apparus dans une période subséquente à la période pertinente.

[51] De façon générale, l'analyse des quatre certificats d'attestation révèle des contradictions entre eux, ainsi que de nombreuses erreurs dans les renseignements fournis, qui démontrent un manque d'attention de la part des médecins qui ont établi les certificats. Voici ce qu'écrivait le juge en chef adjoint Bowman dans *Morrison c. Canada*, [2000] A.C.I. n° 302 (QL), au paragraphe 20 :



[...] Ayant entendu des dizaines d'affaires de ce genre, je conclus que de tels certificats ne sont, souvent, pas fiables, sont souvent contradictoires et portent à confusion. Certains médecins sont peu soigneux de ce qu'ils écrivent et un petit nombre d'entre eux considèrent les demandes des patients comme « casse-pied ». [...]

[Je souligne.]

[52] Compte tenu des observations que j'ai faites à l'égard du témoignage de monsieur Fontaine et du rapport du docteur Roy, qui a conclu, sur la foi des renseignements fournis par monsieur Fontaine, selon lesquels il était autonome pour ce qui est de l'accomplissement des activités de la vie quotidienne, que monsieur Fontaine « ne présente pas de limitation dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne », je n'accorde pas de valeur probante aux deuxième et troisième attestations du docteur Durcan ni à celle du docteur Villeneuve. Je n'ai pas été convaincu que les deux dernières attestations du docteur Durcan décrivent la situation réelle en ce qui concerne l'état de monsieur Fontaine durant la période pertinente. Comment le docteur Durcan peut-il affirmer que les céphalées de monsieur Fontaine ont des effets tels que « toujours ou presque toujours » il est « limité de façon marquée dans sa capacité d'effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante » (p. 10, para. 13 de l'onglet 10, pièce A-1), alors qu'il le déclare apte à conduire une voiture? Je crois plutôt que la première attestation du docteur Durcan est la bonne; c'est celle qui correspond à la réalité. Son client souffrait certainement d'une déficience qui pouvait avoir un impact

sur sa capacité d'exercer des activités de la vie quotidienne, mais les effets n'étaient pas d'un degré d'intensité suffisamment élevé pour permettre de conclure qu'il s'agissait d'une limitation marquée.

[53] Rappelons également que le docteur Durcan n'a pas vu monsieur Fontaine en état de crise. Selon le rapport du docteur Roy, à la page 4 :

Tout au long de la période d'évolution, le Dr Durcan a toujours indiqué que son examen clinique était normal à tous égards, en aucun temps il n'a visualisé de signe de dysfonction autonome, en aucun temps il n'a vu le patient en crise aiguë.

[Je souligne.]

[54] On trouve des commentaires semblables dans le rapport de la docteure Rousseau à la page 7 lorsqu'elle fait référence à une lettre du docteur Durcan adressée à madame Lise Gauthier :

[...] Il ajoute qu'il n'a jamais lui-même vu monsieur Fontaine en crise et qu'il n'a observé aucune manifestation autonome. Il ajoute cependant que monsieur Fontaine a fait l'essai de retourner au travail et qu'en conséquence, il a tendance à prendre avec sérieux les symptômes décrits par monsieur Fontaine. Compte tenu de la fréquence et de l'intensité des douleurs décrites, il le juge inapte au travail et indique que les ressources thérapeutiques s'épuisent.

[Je souligne.]

[55] Il en est de même pour les docteurs Roy et Rousseau. Ainsi, les diagnostics des médecins ont tous été faits sur la base de ce que monsieur Fontaine leur a raconté. Une telle situation n'est pas anormale selon la littérature médicale. Par contre, ces médecins ont dû se fier à ce que monsieur Fontaine leur a raconté pour faire leur

diagnostic. Quant à moi, j'ai remarqué que le témoignage de monsieur Fontaine ne peut pas nécessairement être toujours pris à la lettre. Il peut facilement exagérer l'importance de certains faits en décrivant les symptômes de ses crises, en particulier en décrivant l'impact de ses maux de tête sur ses facultés mentales, comme on l'a vu plus haut.

[56] En résumé, la Cour n'a pas été convaincue que, durant la période pertinente, monsieur Fontaine souffrait d'une déficience, soit de céphalées autonomiques atypiques, dont les effets étaient tels que sa capacité d'accomplir une activité courante de la vie quotidienne était limitée de façon marquée. La Cour n'a pas été convaincue non plus qu'il existait plus d'une déficience importante entraînant des limitations dont les effets cumulatifs pouvaient donner droit au crédit d'impôt.

[57] Pour tous ces motifs, l'appel de monsieur Fontaine pour l'année d'imposition 2005 doit être annulé et celui concernant l'année d'imposition 2006 doit être rejeté.

Signé à Boca Raton, Floride, ce 29<sup>e</sup> jour d'avril 2009.

« Pierre Archambault »

---

Juge Archambault

RÉFÉRENCE : 2009 CCI 162

N° DU DOSSIER DE LA COUR : 2008-1581(IT)I

INTITULÉ DE LA CAUSE : RICHARD FONTAINE c.  
SA MAJESTÉ LA REINE

LIEU DE L'AUDIENCE : Montréal (Québec)

DATE DE L'AUDIENCE : le 25 novembre 2008

MOTIFS DU JUGEMENT PAR : l'honorable juge Pierre Archambault

DATE DU JUGEMENT : le 29 avril 2009

COMPARUTIONS :

Représentantes de l'appelant : Sabrina Guillot  
Minh-Xuan Nguyen

Avocate de l'intimée : M<sup>c</sup> Anne Poirier

AVOCAT INSCRIT AU DOSSIER :

Pour l'appelant :

Nom :

Pour l'intimée : John H. Sims, c.r.  
Sous-procureur général du Canada  
Ottawa, Canada