

**Tribunal canadien  
des droits de la personne**



**Canadian Human  
Rights Tribunal**

**Référence : 2025 TCDP 96**

**Date : Le 18 septembre 2025**

**Numéro du dossier : T2409/6819**

[TRADUCTION FRANÇAISE]

**Entre :**

**Joshua Dorais**

**le plaignant**

**- et -**

**Commission canadienne des droits de la personne**

**la Commission**

**- et -**

**Forces armées canadiennes**

**la partie intimée**

**Décision**

**Membre : Gary Stein**

## Table des matières

I.	Aperçu.....	1
A.	Introduction .....	1
B.	Questions en litige .....	3
C.	Décision .....	4
II.	Faits saillants et contexte.....	5
A.	Service militaire de M. Dorais (1993–2001).....	5
B.	Événements survenus pendant le déploiement de M. Dorais et les effets qu'ils ont eus sur lui.....	5
C.	Libération des FAC (2001) et diagnostic de TSPT .....	6
D.	Tentative de suicide (2003).....	7
E.	Titres de compétence en soins infirmiers (2005–2016).....	7
F.	Emploi comme infirmier (depuis 2008) .....	7
G.	Traitement médical (2003–2016).....	7
i.	Traitement psychiatrique.....	7
ii.	Soins médicaux prodigués par un médecin généraliste .....	8
H.	Demande de réenrôlement dans les FAC (octobre 2015 à avril 2016) .....	8
I.	Principe de l'universalité du service, normes opérationnelles des FAC et système des catégories médicales.....	9
i.	Principe de l'universalité du service.....	10
ii.	Application du principe de l'universalité du service dans les politiques médicales connexes .....	11
iii.	Système des catégories médicales .....	13
J.	Évaluation médicale de M. Dorais .....	24
K.	Demande rejetée (novembre 2016 à février 2017).....	25
L.	Demande de réenrôlement de Robert Claypool (décembre 2019 à mars 2020).....	26
III.	Analyse .....	29
A.	M. Dorais et la Commission ont-ils établi l'existence d'une preuve <i>prima facie</i> de discrimination au sens des alinéas 7a) ou 10a), ou des deux, de la LCDP?.....	29
i.	Le critère de preuve <i>prima facie</i> de discrimination .....	30

ii.	Premier volet du critère de preuve <i>prima facie</i> : M. Dorais a-t-il une déficience ou était-il perçu comme ayant une déficience? .....	31
iii.	Deuxième volet du critère de preuve <i>prima facie</i> : les FAC ont-elles refusé d'employer M. Dorais et/ou ont-elles fixé ou appliqué des lignes de conduite susceptibles d'annihiler les chances d'emploi de M. Dorais? .....	32
iv.	Troisième volet du critère de preuve <i>prima facie</i> : la caractéristique protégée de M. Dorais a-t-elle constitué un facteur dans la manifestation de l'effet préjudiciable? .....	33
v.	Conclusion sur la discrimination <i>prima facie</i> .....	49
B.	Les FAC ont-elles justifié le fait qu'elles appliquent la NMCE à tous les candidats, qu'elles ont appliqué la NMCE et les politiques médicales connexes à M. Dorais et qu'elles ont refusé son réenrôlement (article 15 de la LCDP)? .....	50
i.	Cadre législatif .....	50
ii.	Analyse visant à déterminer si la NMCE et les politiques médicales connexes, l'application de la NMCE à M. Dorais et le rejet de la demande de réenrôlement de M. Dorais étaient justifiés .....	56
IV.	Mesures de réparation .....	109
A.	Perte de salaire : la demande d'indemnité pour perte de salaire est rejetée .....	110
B.	Préjudice moral : M. Dorais a droit à 9 000 \$.....	113
C.	Dommmages-intérêts spéciaux : M. Dorais a droit à 4 000 \$ .....	114
D.	La demande visant à abroger le paragraphe 15(9) de la LCDP, qui traite de l'universalité du service, est rejetée .....	117
E.	Ordonnance visant à mettre fin à ces actes et à prévenir tout acte similaire .....	117
V.	Décision et ordonnance .....	122

## I. Aperçu

### A. Introduction

[1] Joshua Dorais allègue que, lorsqu'il a présenté une demande de réenrôlement dans les Forces armées canadiennes (les « FAC ») pour travailler en soins infirmiers, celles-ci ont fait preuve de discrimination à son égard en raison d'un diagnostic médical qu'il avait reçu et d'une perception de déficience permanente. M. Dorais et la Commission canadienne des droits de la personne (la « Commission ») soutiennent également que les FAC refusent systématiquement l'enrôlement de tous les candidats ayant des antécédents de trouble de stress post-traumatique (« TSPT ») de quelque origine que ce soit ou, plus précisément, de TSPT lié au service militaire. En réponse, les FAC affirment avoir refusé la demande de réenrôlement de M. Dorais pour des raisons qui peuvent se justifier en vertu de la *Loi canadienne sur les droits de la personne*, L.R.C. (1985), ch. H-6 (la « LCDP »). Elles nient avoir rejeté des demandes sans les avoir examinées de manière appropriée.

[2] M. Dorais a été membre des FAC de 1993 à 2001. En 1994, lors d'un accident survenu à l'entraînement, puis encore lors d'un déploiement à l'étranger, il a vu des compagnons d'armes mourir ou subir des blessures.

[3] M. Dorais est rentré au Canada à la fin de son déploiement et a continué à servir dans les FAC, même s'il présentait des symptômes liés à des problèmes de santé mentale. En 2001, il a été libéré avec mention honorable. Après sa libération, il a reçu un diagnostic de TSPT, puis il a traversé une crise de santé mentale.

[4] Après avoir reçu des soins médicaux, M. Dorais est retourné aux études, a suivi une formation d'infirmier et a commencé à travailler comme infirmier dans des établissements correctionnels.

[5] En 2016, M. Dorais a présenté une demande de réenrôlement afin de servir dans la Première réserve des FAC. Toutefois, les FAC ont décidé que M. Dorais ne satisfaisait pas à la norme médicale exigée pour l'enrôlement compte tenu de ses antécédents médicaux et du fait que les symptômes de TSPT et de dépression risquaient de réapparaître dans un environnement militaire. Les FAC ont rejeté sa demande de réenrôlement.

[6] En 2017, M. Dorais a déposé une plainte pour atteinte aux droits de la personne auprès de la Commission, alléguant que les FAC avaient rejeté sa demande de réenrôlement.

[7] En 2019, la Commission a renvoyé la plainte de M. Dorais au Tribunal.

[8] M. Dorais allègue que :

a) les FAC ont refusé de l'embaucher parce qu'il avait déjà reçu un diagnostic de TSPT;

b) les FAC n'ont pas effectué une juste évaluation de son état de santé et n'ont pas pris de mesures d'adaptation appropriées à son égard;

c) la norme médicale d'enrôlement des FAC est discriminatoire.

[9] La Commission allègue également que les FAC n'ont pas procédé à une évaluation individualisée adéquate. Elle ajoute que les préjugés et les stéréotypes à l'égard des personnes souffrant d'un TSPT ont teinté l'évaluation que les FAC ont faite des candidats et que les FAC refusent systématiquement les candidats ayant des antécédents de TSPT lié au service militaire.

[10] En réponse à la présente plainte, les FAC soutiennent que le processus ayant mené au rejet de la demande d'enrôlement de M. Dorais a été mené en bonne et due forme, que le processus d'évaluation des candidats est individualisé et que la norme médicale d'enrôlement est valide. Selon les FAC, la norme médicale est également conforme au principe de l'universalité du service, ce qui signifie qu'elle est protégée par le paragraphe 15(9) de la LCDP.

[11] Les FAC ne contestent pas avoir rejeté la demande de M. Dorais en se fondant, d'une part, sur la norme médicale d'enrôlement à laquelle tous les candidats doivent satisfaire et, d'autre part, sur l'application de cette norme à M. Dorais, en tenant compte de son état de santé et de ses antécédents médicaux. Elles nient toutefois avoir pour pratique générale de rejeter les candidats ayant des antécédents de TSPT. Elles soutiennent que

leurs politiques et pratiques relatives à la norme médicale d'enrôlement, ainsi que leur décision concernant la demande de M. Dorais, étaient justifiées.

[12] Le Tribunal a instruit l'affaire en 2021 et 2022. Le membre du Tribunal saisi de l'affaire est devenu juge avant de rendre sa décision. En 2024, la présidente du Tribunal m'a donc demandé de trancher l'affaire sur la base du dossier d'instance.

## **B. Questions en litige**

[13] Les questions que je dois trancher sont les suivantes :

A. Y a-t-il une preuve prima facie de discrimination, à savoir :

- i. M. Dorais avait-il une déficience ou était-il perçu comme ayant une déficience?
- ii. Si oui,
  - i. les FAC ont-elles refusé d'employer M. Dorais (alinéa 7a) de la LCDP), et/ou
  - ii. les FAC ont-elles fixé ou appliqué une ligne de conduite susceptible d'annihiler les chances d'emploi de M. Dorais (alinéa 10a) de la LCDP)?
- iii. Si oui, la caractéristique protégée de M. Dorais a-t-elle constitué un facteur dans la manifestation de l'effet préjudiciable :
  - i. la déficience ou la déficience perçue a-t-elle constitué un facteur dans le refus des FAC de l'employer (alinéa 7a) de la LCDP), et/ou
  - ii. la déficience ou la déficience perçue a-t-elle été un facteur dans la ligne de conduite qui a annihilé ses chances d'emploi (alinéa 10a) de la LCDP)?

B. S'il existe une preuve prima facie de discrimination, les FAC ont-elles prouvé que :

- i. la ligne de conduite des FAC relativement à la norme médicale d'enrôlement était justifiée?
- ii. l'évaluation médicale effectuée par les FAC et le refus qu'elles ont opposé à la demande de réenrôlement de M. Dorais étaient justifiés?

C. Si M. Dorais et la Commission ont prouvé l'existence d'un acte discriminatoire, quelles sont les mesures de réparation possibles?

### **C. Décision**

[14] M. Dorais et la Commission ont présenté une preuve *prima facie* de discrimination au sens des alinéas 7a) et 10a) de la LCDP. Ils ont démontré que les FAC avaient fixé une ligne de conduite susceptible de priver certains candidats de la possibilité de s'enrôler en raison de leur état de santé. Ils ont aussi démontré que les FAC avaient rejeté la demande de réenrôlement de M. Dorais sur la base de leur norme médicale d'enrôlement, en s'appuyant sur les renseignements médicaux fournis par M. Dorais lui-même. Cependant, M. Dorais et la Commission n'ont pas réussi à prouver que les FAC rejettent systématiquement les candidats ayant des antécédents de TSPT lié au service militaire ou de TSPT en général ni que M. Dorais a été victime de préjugés ou de stéréotypes systémiques défavorables aux personnes ayant reçu un diagnostic de TSPT.

[15] En ce qui concerne les motifs justifiables énoncés dans la LCDP :

- a) La norme médicale d'enrôlement des FAC est une exigence professionnelle justifiée lorsqu'elle est appliquée de manière appropriée. Pour cette raison, elle est justifiée et ne constitue pas un acte discriminatoire au sens de l'alinéa 10a) de la LCDP.
- b) Cependant, les FAC n'ont pas équitablement évalué l'état de santé de M. Dorais en vue de déterminer si elles pouvaient répondre à ses besoins sans subir une contrainte excessive, comme l'exigent les paragraphes 15(2) et 15(9) de la LCDP, avant de rejeter sa demande. En ne procédant pas à une évaluation équitable et en rejetant de ce fait la demande de réenrôlement de M. Dorais, les FAC se sont livrées à des actes discriminatoires au sens de l'alinéa 7a) de la LCDP. Pour ces motifs, M. Dorais a droit à une réparation.

## **II. Faits saillants et contexte**

### **A. Service militaire de M. Dorais (1993–2001)**

[16] Dès son jeune âge, M. Dorais s'est intéressé au service militaire. Enfant, il s'est joint aux Cadets de l'Aviation royale du Canada. Plus tard, il a vu des reportages sur les soldats canadiens déployés à l'étranger et, comme il le dit lui-même, il a eu la piqûre. Dès la fin de ses études secondaires, il s'est enrôlé à temps partiel dans la Première réserve des FAC. Il a terminé l'instruction de base et a joint la 15<sup>e</sup> Compagnie médicale de la Première réserve (aujourd'hui 15<sup>e</sup> Ambulance de campagne), à Edmonton (Alberta). En avril 1994, alors qu'il avait vingt ans, M. Dorais a été déployé en Croatie en tant qu'adjoint médical, où il a participé à des interventions médicales d'urgence.

[17] M. Dorais est revenu au pays et a continué à exercer ses fonctions d'adjoint médical dans la Première réserve. En 1998, il a été muté à la Force régulière des FAC. Il a suivi une formation et a travaillé pendant trois ans comme technicien de systèmes d'information et de communications terrestres.

[18] En 2001, M. Dorais a été libéré des FAC avec une mention honorable et des médailles pour avoir servi comme soldat de la paix canadien et pour avoir participé à la Force de protection des Nations Unies en Croatie. Pour M. Dorais, son dossier de service militaire était une source de fierté. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'il a décidé, 15 ans plus tard, de présenter une nouvelle demande d'enrôlement dans les FAC dans l'espoir de redevenir un soldat.

### **B. Événements survenus pendant le déploiement de M. Dorais et les effets qu'ils ont eus sur lui**

[19] Le déploiement de M. Dorais a été marqué par des expériences difficiles et tragiques. En effet, il a été témoin de traumatismes lors d'un accident d'entraînement et au cours d'un déploiement à l'étranger, et il était en fonction lorsque deux membres des FAC ont perdu la vie.

[20] À son retour de Croatie, M. Dorais a eu du mal à surmonter le traumatisme causé par ce qu'il avait vu et vécu. Selon ses dires, au fil des sept années qui ont suivi son déploiement, alors qu'il continuait à servir dans les FAC, il s'est retrouvé dans un [TRADUCTION] « état psychologique désastreux ». Il a rapidement éprouvé des problèmes de santé mentale, mais il ne comprenait pas ce qui lui arrivait. Il a consulté des médecins, pris des antidépresseurs et connu des difficultés personnelles. Il a cherché à obtenir des soins médicaux, mais il n'a reçu que des diagnostics de dépression situationnelle et d'anxiété.

[21] M. Dorais a donc décidé d'aller voir un psychologue des FAC, qui lui a dit qu'il souffrait probablement d'un TSPT et qu'il devrait consulter un psychiatre. Cependant, à ce moment-là, M. Dorais croyait que consulter un psychiatre revenait à mettre fin à sa carrière de soldat. Comme il l'a expliqué au cours de son témoignage, [TRADUCTION] « [il] se considérai[t] comme un dur à cuire et voulai[t] le rester ».

### **C. Libération des FAC (2001) et diagnostic de TSPT**

[22] M. Dorais a été libéré des FAC en 2001. Il a alors déménagé à Calgary, où il a suivi des cours et travaillé comme agent chargé de l'application des règlements. Ce n'était pas ce qu'il espérait faire. Ainsi, comme il souffrait de plus en plus de problèmes émotionnels, il a suivi la recommandation du psychologue des FAC et il est allé rencontrer le Dr Leo Elwell, un psychiatre des FAC.

[23] M. Dorais ne sait pas exactement quand le Dr Elwell a établi qu'il souffrait d'un TSPT, mais c'était en 2001 ou 2002. Selon le Dr Elwell, M. Dorais avait développé un TSPT après avoir été exposé à des événements traumatisants pendant son service dans les FAC. Il a noté que M. Dorais avait aussi eu beaucoup de mal à passer de la vie militaire à la vie civile, quoique, de son côté, M. Dorais ait déclaré que ses symptômes de santé mentale avaient commencé à se manifester alors qu'il était encore membre des FAC.

#### **D. Tentative de suicide (2003)**

[24] En juillet 2003, M. Dorais a tenté de se suicider par surdose de médicament. Il n'en garde que très peu de souvenirs, si ce n'est qu'il s'est retrouvé dans une ambulance et qu'il a vu un psychiatre.

#### **E. Titres de compétence en soins infirmiers (2005–2016)**

[25] Une fois rétabli, M. Dorais est retourné aux études. Il a obtenu un diplôme d'études collégiales en soins infirmiers psychiatriques en 2005, un diplôme collégial en soins infirmiers en 2007, un diplôme universitaire en soins infirmiers en 2011 et un certificat en soins infirmiers en santé du travail vers 2016.

#### **F. Emploi comme infirmier (depuis 2008)**

[26] M. Dorais a commencé à travailler comme infirmier à temps plein en 2005. En 2008, il a commencé à travailler pour Service correctionnel Canada (SCC) comme superviseur des soins infirmiers dans des établissements à sécurité maximale d'Edmonton. Il a continué à travailler à temps plein pour SCC, exception faite de ses congés d'études et de maladie.

#### **G Traitement médical (2003–2016)**

[27] Après sa tentative de suicide, M. Dorais a continué à prendre des antidépresseurs et à consulter le Dr Elwell. En 2003, ce dernier a indiqué que M. Dorais suivait également une thérapie de groupe, mais je considère que, de 2003 à 2019, M. Dorais n'a suivi aucun traitement régulier autre que la prise d'antidépresseurs.

##### **i. Traitement psychiatrique**

[28] M. Dorais a consulté le Dr Elwell jusqu'en 2011 ou 2012, c'est-à-dire jusqu'à ce que ce dernier cesse de traiter des patients atteints de TSPT. Un document rédigé par le Dr Elwell en 2003 a été versé au dossier. Aucun autre document attestant du traitement prodigué par le Dr Elwell entre 2004 et 2012 n'a été versé. Or, les notes d'évolution du

Dr Elwell ou un rapport de congé auraient permis de remédier à l'insuffisance de la preuve sur le traitement psychiatrique reçu par M. Dorais.

[29] M. Dorais a déclaré que le Dr Elwell lui a envoyé un courriel, à peu près au moment où il a cessé de lui prodiguer des soins médicaux, dans lequel il indiquait que la santé de son patient était bonne. Ce courriel n'a pas été déposé en preuve, et il n'existe aucune autre preuve indépendante de l'état de santé mentale de M. Dorais en 2012. Il ne suffit pas pour confirmer l'avis médical qu'avait le Dr Elwell en 2012 que M. Dorais dise avoir reçu un courriel de ce médecin.

[30] Il n'y a pas non plus de preuve indépendante quant au traitement médical que M. Dorais a reçu une fois que le Dr Elwell a cessé de le traiter vers 2012 et jusqu'à ce que M. Dorais voit un médecin généraliste. Autrement dit, le témoignage de M. Dorais est le seul élément de preuve quant à son état de santé entre 2003 et 2015.

## **ii. Soins médicaux prodigués par un médecin généraliste**

[31] En janvier 2015, M. Dorais a été pris en charge par le Dr E. Buchner, médecin généraliste. La seule preuve du traitement médical prodigué par le Dr Buchner réside dans les formulaires des FAC que celui-ci a remplis pour la demande de réenrôlement de M. Dorais, dont il sera question ci-après.

### **H. Demande de réenrôlement dans les FAC (octobre 2015 à avril 2016)**

[32] Après avoir été libéré des FAC en 2001, avoir connu des problèmes de santé en 2003, avoir étudié pour devenir infirmier, puis avoir exercé cette profession de 2005 à 2016, M. Dorais souhaitait réintégrer les FAC comme infirmier. Il travaillait alors à temps plein comme infirmier dans un milieu exigeant et avait trouvé une certaine stabilité dans sa vie personnelle. Il souhaitait réintégrer les FAC dans le but de se réconcilier avec lui-même. En 2015, il a entamé les démarches en vue de réintégrer les FAC à titre de membre à temps partiel de la Première réserve.

[33] M. Dorais a communiqué avec l'unité de réserve dans laquelle il avait servi dans les années 1990. Il a déclaré qu'il estimait être apte à occuper un poste d'officier en soins infirmiers et qu'un poste était vacant. Il s'est soumis à une évaluation de la condition physique et à un test d'aptitude et il a déposé sa demande. Les recruteurs des FAC étaient convaincus que M. Dorais répondait aux exigences propres au poste d'infirmier, mais pour pouvoir obtenir le poste, M. Dorais devait faire l'objet d'une évaluation médicale et recevoir la confirmation d'emploi.

[34] Ainsi, les renseignements médicaux fournis par M. Dorais ont été examinés en fonction de la norme médicale minimale établie par les FAC pour les recrues, tenues également de satisfaire aux exigences relatives à l'instruction de base. Cette norme est plus rigoureuse que celle qui s'applique au poste d'officier en soins infirmiers, auquel M. Dorais souhaitait être affecté.

### **I. Principe de l'universalité du service, normes opérationnelles des FAC et système des catégories médicales**

[35] Je tiens d'abord à décrire les normes médicales que les FAC appliquent lorsqu'elles évaluent les candidats à l'enrôlement, ainsi que les politiques connexes. Il s'agit de la Norme médicale commune à l'enrôlement (la « NMCE ») et des politiques suivantes :

- a) Instruction 11/04 publiée sous l'autorité du sous-ministre adjoint (Ressources humaines — Militaires) (l'« instruction 11/04 »), Normes médicales applicables aux Forces armées canadiennes.
- b) Les Normes médicales applicables aux Forces armées canadiennes (PFC 154) (les « Normes médicales applicables aux FAC (PFC 154) »).
- c) Directives et ordonnances administratives de la défense (DOAD) 5023-0, Universalité du service (« DOAD 5023-0 »).
- d) DOAD 5002-1, Enrôlement.

e) DOAD 5023-1, Normes opérationnelles minimales liées à l'universalité du service.

Pour faciliter la lecture, je désignerai ces politiques collectivement sous le nom de « politiques médicales connexes ».

### **i. Principe de l'universalité du service**

[36] Le terme « universalité du service » désigne l'ensemble des principes qui régissent le service des membres des FAC. Il trouve son fondement dans la *Loi sur la défense nationale*, L.R.C. (1985), ch. N-5, qui prévoit que les membres des forces régulière et de réserve des FAC sont soumis à l'obligation de service légitime, c'est-à-dire qu'ils doivent accomplir toutes les tâches de nature militaire et tâches de service public (paragraphe 33(1), (2) et (4) de la *Loi sur la défense nationale*; *Canada (Procureur général) c. Irvine*, 2005 CF 122, au par. 6 [*Irvine CF*], conf. par 2005 CAF 432).

[37] L'universalité du service repose sur trois « principes essentiels ». Premièrement, peu importe leur métier ou leur profession, les membres des FAC sont d'abord et avant tout des soldats. Deuxièmement, le soldat doit être prêt à servir en tout temps, en tout lieu et dans toutes les conditions. Troisièmement, l'obligation est universelle en ce sens qu'elle s'applique à tous les membres des FAC (*Irvine CF*, au par. 6, citant *Irvine c. Forces armées canadiennes*, 2004 TCDP 9, au par. 31).

[38] Le principe de l'universalité du service est intégré à la LCDP. Aux termes du paragraphe 15(9) de la LCDP, le paragraphe 15(2), selon lequel il doit être démontré que les mesures destinées à répondre aux besoins d'une personne constituent, pour les FAC, une contrainte excessive, « s'applique sous réserve de l'obligation de service imposée aux membres des Forces canadiennes, c'est-à-dire celle d'accomplir en permanence et en toutes circonstances les fonctions auxquelles ils peuvent être tenus ».

[39] Les FAC ont appliqué la NMCE à M. Dorais, et la manière dont elles l'ont fait est au cœur de la présente affaire. M. Dorais et la Commission se demandent s'il est vraiment nécessaire, en vertu de l'obligation de l'universalité du service, d'appliquer une norme

médicale aussi rigoureuse que la NMCE à l'ensemble des candidats. D'après les FAC, la NMCE est liée au principe de l'universalité du service et constitue la norme que tous les candidats doivent respecter. D'après M. Dorais et la Commission, il devrait suffire qu'un candidat réponde aux normes médicales requises pour le poste qu'il souhaite occuper au sein des FAC, sans nécessairement satisfaire à toutes les exigences de la NMCE.

## **ii. Application du principe de l'universalité du service dans les politiques médicales connexes**

[40] Le directeur — Politique de santé — des FAC peut, en vertu de la *Loi sur la défense nationale* et des règlements connexes, élaborer des ordonnances et des directives, appelées Directives et ordonnances administratives de la défense (DOAD), afin d'orienter la prise de décisions médicales.

[41] Les DOAD précisent comment le principe de l'universalité du service est intégré aux normes opérationnelles minimales des FAC. La DOAD 5023-0, *Universalité du service*, prévoit ce qui suit :

- a) La mission des FAC consiste à défendre le Canada, ses intérêts et ses valeurs, tout en contribuant à la paix et à la sécurité à l'échelle internationale.
- b) Pour s'acquitter de cette mission, les FAC doivent disposer de vastes pouvoirs et de la latitude nécessaire pour mettre à profit les compétences de leurs membres. Selon cette DOAD, l'article 33 de la Loi sur la défense nationale constitue le fondement législatif de ces pouvoirs, et le paragraphe 15(9) de la LCDP en reconnaît « l'importance fondamentale », l'obligation de prendre des mesures d'adaptation étant assujettie au principe de l'universalité du service.
- c) Le principe de l'universalité du service, aussi appelé principe du « soldat d'abord », sous-entend que les membres des FAC doivent être en mesure d'exécuter les tâches militaires d'ordre général, ainsi que les tâches communes liées à la défense et à la sécurité, en plus des tâches de leur groupe professionnel. Ainsi, les membres doivent être « en bonne condition physique,

aptes au travail et déployables pour aller effectuer des tâches opérationnelles générales ».

[42] L'obligation prévue dans la DOAD 5023-0, selon laquelle les membres des FAC doivent être « en bonne condition physique, aptes au travail et déployables », se rapporte à la question de savoir si l'universalité du service exige que tous les candidats satisfassent aux exigences de la NMCE.

[43] Selon l'annexe C des Normes médicales applicables aux FAC (PFC 154), la norme de condition physique pour l'universalité du service est fondée sur six « tâches militaires communes », lesquelles sont des « tâches essentielles et exigeantes physiquement que tous les membres des Forces armées canadiennes (FAC) devraient pouvoir exécuter ».

[44] La DOAD 5023-1, *Normes opérationnelles minimales liées à l'universalité du service*, énonce les « normes opérationnelles minimales liées à l'universalité du service ». Elle exige que tous les membres de la Force régulière et de la Première réserve des FAC respectent les normes suivantes :

- a) Pour satisfaire à la norme de la condition physique, les membres des FAC doivent être capables de ramper à plat ventre ou sur les mains et les genoux, d'évacuer des blessés par voie maritime, de creuser des tranchées, d'évacuer des blessés et de transporter des sacs de sable. D'après l'Énoncé de tâches communes à tous les membres des FAC, à l'Annexe B des Normes médicales applicables aux FAC (PFC 154), ces tâches représentent « l'exigence opérationnelle minimale s'appliquant à tous les militaires en service ».
- b) Pour pouvoir être aptes au travail, les membres des FAC doivent être en mesure d'effectuer des tâches communes militaires, notamment « utiliser et entretenir une arme personnelle ». De plus, les membres ne doivent avoir aucune « contrainte à l'emploi pour raisons médicales » (dont il est question plus loin) qui les empêcherait d'effectuer les principales tâches opérationnelles communes.

c) Pour pouvoir être déployables, les membres des FAC doivent « ne pas avoir de contrainte à l'emploi pour raisons médicales ou d'autres types de contraintes à l'emploi qui empêcheraient le déploiement », c'est-à-dire qu'ils doivent pouvoir accomplir des tâches dans toute une gamme de zones géographiques, de conditions climatiques et d'environnements physiques, être déployés à court préavis, travailler selon un horaire de travail irrégulier ou pendant des heures prolongées, prendre des repas selon un horaire irrégulier ou prendre des repas limités (et, dans certains cas, être privés de repas), voyager en tant que passagers dans divers modes de transport, accomplir des tâches dans des conditions de stress mental et physique, accomplir des tâches avec un soutien médical minimal ou nul et travailler efficacement sans prendre de médicaments essentiels.

### **iii. Système des catégories médicales**

#### **a) Les FAC attribuent une catégorie médicale à chaque candidat et à chaque membre**

[45] Les FAC ont incorporé dans leur système de catégories médicales les décisions relatives aux normes opérationnelles minimales à respecter pour satisfaire au principe de l'universalité du service. En 2004, le gouvernement du Canada a publié l'instruction 11/04 à propos des normes médicales applicables aux FAC (PFC 154). Dans cette instruction, on explique que les FAC déterminent la « catégorie médicale » d'un membre selon les résultats de l'examen médical et de l'évaluation effectuée en conformité avec la PFC 154. Après l'examen médical, le médecin des FAC attribue les contraintes à l'emploi pour raisons médicales (les « contraintes à l'emploi pour raisons médicales »). L'instruction 11/04 énonce l'objet de ces contraintes, les facteurs à considérer pour les attribuer et le fait qu'elles sont conçues de manière à être « propres à chacun ». À partir des résultats de l'examen médical et des contraintes à l'emploi pour raisons médicales, le médecin des FAC détermine la catégorie médicale du membre, qui résume son état de santé générale en fonction de six facteurs, dont les facteurs « géographiques » et « professionnels » décrits

en détail ci-dessous. Dans cette instruction, il est aussi question de la catégorie médicale minimale que les candidats doivent obtenir pour pouvoir s'inscrire.

[46] Les Normes médicales applicables aux FAC (PFC 154) contiennent davantage de détails sur le système des catégories médicales et la NMCE. Les FAC utilisent ce guide médical pour évaluer l'état de santé de chacun des candidats et membres en service, puis leur attribuer une catégorie médicale en fonction des résultats. La catégorie médicale se veut un résumé des renseignements relatifs à l'aptitude à l'emploi et au déploiement d'une personne et permet au commandant d'avoir un aperçu de l'état de santé des membres sous son commandement.

[47] La catégorie médicale est une série de lettres et de chiffres. Chaque lettre représente un facteur évalué :

- Acuité visuelle (« V »)
- Vision des couleurs (« CV »)
- Ouïe (« H »)
- Facteur géographique (« G »)
- Facteur professionnel (« O »)
- Facteur d'aptitude au vol (« A »)

[48] Chaque chiffre est une cote attribuée au facteur médical. Au moment d'attribuer les cotes, le médecin des FAC détermine si la personne a des contraintes à l'emploi pour raisons médicales et dans quelle mesure ces contraintes peuvent nuire à sa capacité d'exercer ses fonctions en toute sécurité, compromettre la santé et la sécurité d'autrui ou nuire à l'efficacité opérationnelle des FAC. À partir de ces renseignements, le médecin attribue une cote pour chacun des facteurs médicaux, « 1 » étant la cote la plus élevée et « 5 » la moins élevée.

[49] Les résultats de cet examen médical correspondent à la catégorie médicale de la personne (par exemple, V3 CV1 H2 G3 O2 A4).

[50] Pour que les commandants des FAC aient une idée du contexte dans lequel s'inscrit la catégorie médicale d'une personne, ils sont aussi informés des contraintes à l'emploi pour raisons médicales.

**b) Chaque groupe professionnel des FAC est soumis à des exigences relatives à une catégorie médicale**

[51] À chaque groupe professionnel des FAC correspond une catégorie médicale. Les FAC déterminent les fonctions propres à chaque groupe, ainsi que les activités essentielles à l'exercice de ces fonctions, et elles établissent une norme médicale minimale que les membres doivent respecter pour pouvoir exercer cette profession. Les groupes professionnels et les catégories médicales correspondantes sont énumérés à l'annexe E des Normes médicales applicables aux FAC (PFC 154). Chaque groupe a aussi un numéro d'identification, appelé « Identification de la structure des groupes professionnels militaires » (« ID SGPM »).

[52] Lorsque M. Dorais a présenté sa demande aux FAC, son groupe professionnel de préférence était celui des « soins infirmiers », lequel est désigné comme étant ID SGPM 00195 dans la PFC 154. Pour obtenir un poste d'officier en soins infirmiers, il faut avoir une catégorie médicale minimale de V4 CV3 H3 G3 O2 A5. Les cotes G3 et O2 applicables à ce groupe professionnel revêtent une importance particulière pour deux raisons, qui seront expliquées plus loin : les FAC ont jugé que M. Dorais ne satisfaisait pas aux exigences associées à ces deux cotes, et la cote G requise pour les officiers en soins infirmiers diffère de celle prévue dans la NMCE.

**c) La catégorie médicale que les candidats doivent obtenir est celle de la « norme médicale commune à l'enrôlement »**

[53] Dans la version de 2016 de la DOAD 5002-1, *Enrôlement*, il est question du processus d'évaluation des candidats et d'enrôlement des recrues. À l'instar de la DOAD 5023-1, *Normes opérationnelles minimales liées à l'universalité du service*, la DOAD 5002-1 stipule que les membres doivent respecter les normes opérationnelles minimales pour satisfaire au principe de l'universalité du service et que, pour respecter la

norme médicale relative à l'état de santé, il faut respecter la norme médicale commune à l'enrôlement, soit le profil V4, CV3, H2, G2, O2, A5 décrit dans le document « Normes médicales applicables aux Forces canadiennes ». Selon les Normes médicales applicables aux FAC (PFC 154), la NMCE constitue la norme minimale à laquelle doivent satisfaire, dans un premier temps, tous les candidats au recrutement ainsi que tous les candidats souhaitant intégrer la Force régulière ou la Première réserve des FAC.

[54] Les cotes G2 et O2 exigées par la NMCE représentent une norme plus élevée que les cotes G et O requises pour certains groupes professionnels militaires. Les cotes G3 et O2 requises pour le groupe professionnel des officiers en soins infirmiers correspondent à une norme moins rigoureuse.

[55] Par ailleurs, dans d'autres documents des FAC, la NMCE et le principe de l'universalité du service sont présentés comme s'ils étaient interreliés :

- a) Conformément aux Instructions permanentes d'opération pour les évaluations médicales de dépistage lors du recrutement (les « Instructions pour les évaluations de dépistage »), tous les candidats qui postulent à un emploi dans les FAC doivent subir un examen médical et se voir attribuer une catégorie médicale avant leur enrôlement afin de « s'assurer qu'ils respectent la politique de l'universalité du service et la norme médicale commune à l'enrôlement (NMCE) ». Dans ces Instructions pour les évaluations de dépistage, on retrouve également les renseignements devant figurer dans la lettre qui est envoyée à ceux qui « ne respectent pas la politique de l'universalité du service et, par conséquent, la NMCE ».
- b) Un document intitulé « Processing at CRFC Medical Sections » (Traitement dans les sections médicales des CRFC) contient des instructions similaires.
- c) Une présentation PowerPoint intitulée « Recruiting Medical Office (RMO) Annual Review 2015 » (Examen annuel 2015 du Bureau médical de recrutement), datée de janvier 2016, indique que le Bureau médical de recrutement (BMR) doit [traduction] « s'assurer que les candidats répondent à l'exigence de l'universalité du service et à la norme médicale commune à l'enrôlement (NMCE) ».

#### **d) Les facteurs G et O de la NMCE**

[56] À l'annexe A des Normes médicales applicables aux FAC (PFC 154) sont exposées les conditions médicales correspondant à chacun des facteurs de la NMCE. Je décris comment les facteurs G et O sont définis, quelles sont les conditions associées à chaque cote G et O, les cotes G et O que les FAC ont attribuées à M. Dorais et les exigences G et O qui doivent être respectées pour travailler comme officier en soins infirmiers.

##### **1. Le facteur géographique**

[57] Le facteur géographique (G) correspond à l'évaluation de la proximité physique qu'un membre des FAC doit maintenir par rapport à des services médicaux. L'évaluation tient compte du risque de récurrence du problème médical du membre, de même que du niveau de soins médicaux requis, le cas échéant.

[58] D'après les Normes médicales applicables aux FAC (PFC 154), les conditions correspondant aux cotes G2, G3 et G4 sont les suivantes :

- a) G2 est la cote requise par la NMCE. Elle est attribuée à une personne qui ne fait l'objet d'aucune restriction d'ordre géographique pour des raisons médicales, qui est jugée en santé et qui n'a besoin, au plus, que de services médicaux usuels, périodiques ou prévus pas plus souvent que tous les douze mois.
- b) La cote G3 est requise pour être officier en soins infirmiers. Elle est attribuée à une personne :
  - i. qui a besoin de soins médicaux prévus, mais pas plus souvent que tous les six mois;
  - ii. qui fait l'objet d'une restriction découlant d'un état médical ne présentant pas de risque inacceptable pour sa santé et/ou sa sécurité ni pour celles d'autrui dans le milieu de travail;

- iii. qui a besoin et qui prend des médicaments d'ordonnance dont l'arrêt imprévu (en raison d'une indisponibilité) n'entraînerait pas de risque inacceptable pour sa santé et/ou sa sécurité (p. ex. thyroïde, pression sanguine stable);
  - iv. qui peut nécessiter une évaluation médicale spécifique avant d'être sélectionnée pour une mission;
  - v. qui devrait avoir besoin seulement des soins médicaux de base en cas de récurrence ou d'exacerbation d'un problème de santé connu; et/ou
  - vi. pour laquelle le risque évalué et le niveau de soins requis correspondent à une zone en « vert » dans la matrice des risques médicaux (expliquée ci-après) de l'annexe F des Normes médicales applicables aux FAC (PFC 154).
- c) Les FAC ont attribué une cote G4 à M. Dorais. Cette cote est attribuée à une personne qui nécessite généralement un suivi médical planifié plus fréquent que tous les six mois et/ou pour laquelle le niveau de risque évalué correspond à une zone en « jaune » dans la matrice des risques médicaux (la « matrice »).

[59] Les FAC ont appelé le lieutenant-colonel Aaron Minkley à témoigner au sujet, entre autres, de la matrice. Les parties n'étaient pas toutes en accord avec le témoignage du lieutenant-colonel Minkley.

[60] Le lieutenant-colonel Minkley est membre des FAC depuis 2002 et médecin depuis 2005. Il a fait sa résidence en médecine familiale et une formation de niveau supérieur en médecine du travail. Il a déjà occupé un poste de médecin de l'air dans les FAC, un poste de médecin-chef de l'escadre et un poste de médecin de l'air chargé des normes médicales au sein de l'Aviation royale canadienne. De 2018 à 2020, il était l'officier supérieur d'état-major des normes médicales de la Direction des politiques médicales des FAC. Il était donc responsable de tout le personnel médical du Bureau médical des recrues et de la Direction des normes médicales, ainsi que de tout le personnel chargé d'évaluer l'état de santé des familles devant être affectées à l'étranger. Au moment de l'audience, le lieutenant-colonel Minkley était médecin-chef du Commandement des opérations interarmées du

Canada depuis 2020, c'est-à-dire qu'il était responsable des soins de santé prodigués à tous les membres des FAC déployés à l'échelle nationale et internationale, à l'exception des Forces d'opérations spéciales. Il a également été déployé à cinq reprises en tant que médecin militaire.

[61] Le lieutenant-colonel Minkley a témoigné sur plusieurs jours, et M. Dorais et la Commission l'ont contre-interrogé. Une grande partie du témoignage fait l'objet d'une ordonnance de confidentialité, car le lieutenant-colonel Minkley a évoqué la situation confidentielle d'une personne désignée comme « l'individu A ».

[62] La Commission a fait valoir que le lieutenant-colonel Minkley n'était pas un témoin fiable, notamment parce qu'il avait parlé de la situation de l'individu A. J'ai soigneusement examiné cet élément de preuve et les observations qu'ont formulées les parties à ce sujet. Je ne peux pas donner plus de détails compte tenu de l'ordonnance de confidentialité, mais j'estime que le témoignage du lieutenant-colonel Minkley était globalement crédible et fiable et que la partie de son témoignage portant sur l'individu A, y compris la description des faits qu'il a donnée lors de son interrogatoire principal et qu'il a modifiée lors du contre-interrogatoire, n'a pas eu pour effet de compromettre la fiabilité globale de son témoignage. Par ailleurs, comme il a une vaste expérience en tant que médecin militaire, qu'il a acquis, de par son expérience personnelle, une connaissance approfondie des normes médicales des FAC et qu'il a participé directement à l'examen des politiques médicales qui sont au cœur de la présente affaire, son témoignage s'est avéré utile.

[63] Le lieutenant-colonel Minkley n'a pas témoigné en tant que témoin expert. Pour cette raison, la Commission a fait valoir que le témoignage de ce dernier devait se limiter aux faits et que le Tribunal ne devait pas tenir compte des parties de son témoignage dans lesquelles il exprimait une opinion professionnelle, par exemple au sujet de l'état de santé de M. Dorais et de la catégorie médicale que les FAC lui avaient attribuée. En ce qui concerne le témoignage du lieutenant-colonel Minkley dans la présente décision, je suis convaincu qu'il s'appuyait sur des renseignements dont il avait une connaissance directe et sur son expérience en tant que médecin-chef des FAC.

[64] Les FAC ont aussi affirmé que le Tribunal avait rendu des décisions inéquitable du fait qu'il a limité le témoignage du lieutenant-colonel Minkley portant sur la NMCE et les politiques médicales connexes, ainsi que sur la façon dont les FAC les avaient appliquées à M. Dorais. J'accepte toutefois ces décisions. Il ne m'appartient pas de les réexaminer et, de toute façon, je les trouve raisonnables.

[65] Je reviens donc à la preuve relative au facteur G et au rôle de la matrice.

[66] En 2008, les FAC ont élaboré la matrice afin d'évaluer les risques médicaux dans les dossiers complexes. En résumé :

- a) La matrice vise à prédire la probabilité de récurrence de la pathologie d'un membre ainsi que ses conséquences opérationnelles. Selon l'annexe F des Normes médicales applicables aux FAC (PFC 154), l'objectif consiste à « parvenir à un équilibre entre un degré de risques acceptable et la sécurité du militaire, en tenant compte de la non-disponibilité potentielle du niveau de soins de santé requis pour la pathologie en question, tout en prenant également en considération les effets sur la mission opérationnelle ».
- b) La matrice vise donc à prédire la probabilité de récurrence de la pathologie sur une période de dix ans et exprime cette probabilité sous forme de pourcentage : moins de 10 %, de 10 à 19 %, de 20 à 50 % et plus de 50 %. Elle vise également à évaluer la gravité de la pathologie en fonction du besoin d'attention médicale et de la capacité du militaire à prendre part à la mission des FAC.
- c) En fonction de ces facteurs, la matrice indique le niveau de risque par une couleur : le vert correspond à un risque médical faible, c'est-à-dire que le militaire peut contribuer grandement aux FAC; le jaune correspond à un risque médical modéré, c'est-à-dire que le militaire peut contribuer de façon acceptable; et le rouge correspond à un risque médical élevé, c'est-à-dire qu'il faut faire preuve de prudence.
- d) Comme je l'ai déjà indiqué, le vert (risque faible) est associé à une cote G3, et le jaune (risque modéré) à une cote G4. Aucune couleur n'est associée à la

cote G2, car une personne ayant cette cote ne fait l'objet d'aucune restriction géographique.

[67] Le lieutenant-colonel Minkley a déclaré que la matrice intègre les études publiées sur l'évaluation des risques et qu'il s'agit d'un modèle fondé sur des données probantes. Je reconnais que la matrice constitue un outil utile pour évaluer les risques, mais il importe de souligner qu'une telle évaluation doit reposer sur des renseignements fiables afin de pouvoir produire des résultats utiles.

## **2. Le facteur professionnel**

[68] Le facteur O correspond à l'évaluation que font les FAC de la capacité d'une personne à satisfaire aux exigences physiques et mentales d'un poste et à gérer le stress associé à l'environnement militaire.

[69] Dans les Normes médicales applicables aux FAC (PFC 154), les cotes O2, O3 et O4 sont expliquées comme suit :

- a) O2 est la cote requise par la NMCE. C'est également la cote requise pour être un officier en soins infirmiers. Elle est attribuée au militaire qui n'a aucune contrainte à l'emploi pour raisons médicales.
- b) La cote O3 est attribuée au militaire auquel des contraintes à l'emploi pour raisons médicales sont imposées clairement et avec précision, pouvant ainsi empêcher le militaire de participer pleinement aux tâches militaires communes.
- c) Les FAC ont attribué une cote O4 à M. Dorais. Cette cote est attribuée à une personne :
  - i. qui est incapable de tolérer le stress psychologique inhérent à un milieu opérationnel;
  - ii. qui est généralement restreinte aux travaux légers (p. ex. au travail général de bureau, notamment la livraison du courrier, des colis et des fournitures et le maintien d'un entrepôt);

- iii. qui est incapable d'accomplir une ou plusieurs des tâches indiquées dans l'Énoncé des tâches communes (annexe B de la PFC 154);
- iv. qui est incapable de travailler pendant une journée complète de huit heures et/ou qui est jugé apte au travail par quarts à condition que les quarts soient stables.

[70] En 2016, les FAC disposaient de lignes directrices provisoires visant à aider les professionnels de la santé à évaluer les patients souffrant de problèmes de santé mentale et à leur attribuer des contraintes à l'emploi pour raisons médicales. Ces lignes directrices provisoires étaient intitulées « Directives relatives à l'application de contraintes à l'emploi pour raisons médicales – troubles de santé mentale ». Elles ne semblaient pas s'appliquer aux candidats, mais elles sont pertinentes puisqu'elles visaient à aider les médecins à appliquer les Normes médicales applicables aux FAC (PFC 154), et qu'elles contiennent des exemples de contraintes à l'emploi pour raisons médicales liées au TSPT. Ces lignes directrices provisoires prévoyaient ce qui suit :

- a) Les militaires risquent davantage de souffrir d'un TSPT que les civils puisqu'ils sont plus souvent exposés à des événements traumatisants.
- b) Certaines personnes atteintes de TSPT se rétablissent spontanément avec le temps, tandis que d'autres guériront grâce à un traitement, et certaines auront une incapacité permanente. Par conséquent, la nécessité d'attribuer une contrainte à l'emploi pour raisons médicales varie énormément.
- c) Le militaire qui a un diagnostic présumé ou confirmé devrait se voir attribuer des contraintes temporaires afin de prévoir suffisamment de temps pour l'évaluation et le traitement. Il est souvent nécessaire d'attribuer de telles contraintes pour des périodes de 18 à 24 mois. Pour le facteur G, la contrainte à l'emploi pour raisons médicales qui est suggérée est « G5 : nécessite des soins spécialisés plus souvent que tous les six mois ». Pour le facteur O, celle qui est suggérée est « O4 : inapte au travail dans un contexte opérationnel militaire ».
- d) L'attribution de contraintes à l'emploi pour raisons médicales avec un minimum de restrictions peut être envisagée si le militaire a suivi un traitement approprié

visant à traiter le traumatisme, notamment une forme de thérapie d'exposition, et si, une fois la phase d'entretien du traitement terminée, il a pu participer pleinement aux tâches normales de son poste. Pour ce faire, il faut s'assurer qu'aucun symptôme important ni incapacité ne subsiste, que la médication, le cas échéant, est constante et à la même dose depuis plusieurs mois, et qu'un psychiatre a confirmé que l'état du militaire est stable et que ses symptômes sont en rémission complète.

#### **e) Dérogation possible à la NMCE**

[71] D'après la DOAD 5002-1, dans certaines situations, les FAC peuvent déroger à la NMCE lorsqu'un candidat est « qualifié », c'est-à-dire qu'il est en mesure de servir dans le groupe professionnel pour lequel il fait une demande d'enrôlement sans avoir à suivre de formation, ou « semi-qualifié », c'est-à-dire qu'il a besoin d'une formation complémentaire, qu'il peut acquérir en cours d'emploi. En ce qui concerne M. Dorais, les FAC n'ont pas dérogé à la NMCE, comme il est expliqué ci-après.

#### **f) Résumé : positions des parties, principe de l'universalité du service, normes opérationnelles minimales des FAC, système des catégories médicales et NMCE**

[72] En résumé :

- a) Du point de vue des FAC, le principe de l'universalité du service veut que les membres des FAC soient en bonne condition physique et en mesure d'effectuer les tâches militaires d'ordre général, en plus des tâches particulières à leur profession.
- b) La position des FAC est donc la suivante : la NMCE et les politiques médicales connexes constituent une application du principe de l'universalité du service. Ces instruments exigent que les membres des FAC soient en mesure d'effectuer les principales tâches militaires, notamment utiliser une arme, qu'ils puissent accomplir ces tâches avec peu ou pas de soutien médical et sans médicament

« essentiel » et qu'ils ne présentent aucune contrainte à l'emploi pour raisons médicales qui les empêcherait d'effectuer ces tâches.

- c) La norme médicale commune à l'enrôlement à laquelle tous les candidats doivent satisfaire est V4, CV3, H2, G2, O2, A5. Les FAC considèrent que, selon les politiques médicales connexes, l'application de la NMCE est nécessaire au respect du principe de l'universalité du service.
- d) Selon les cotes G2 et O2 de la NMCE, une personne doit pouvoir effectuer n'importe quelle tâche n'importe où dans le monde, sans avoir besoin de soins médicaux pour des affections usuelles ou chroniques plus souvent qu'à tous les douze mois.
- e) Dans certains cas, les FAC peuvent déroger à la NMCE, mais elles ne l'ont pas fait dans le cas de M. Dorais.
- f) Selon M. Dorais et la Commission, les FAC ont appliqué leurs normes médicales de manière discriminatoire. Par ailleurs, les FAC n'ont pas à appliquer strictement la NMCE et les politiques médicales connexes pour mettre en œuvre le principe de l'universalité du service; une telle manière de procéder est discriminatoire.

## **J. Évaluation médicale de M. Dorais**

[73] Je reviens donc aux faits qui ont trait à l'évaluation médicale de M. Dorais. Le processus d'évaluation médicale ainsi que les échanges qui ont eu lieu entre M. Dorais et les techniciens médicaux des FAC lors de l'examen médical constituent des éléments importants du présent dossier. Je les examine plus en détail plus loin, mais je les résume comme suit :

- a) Le 7 avril 2016, M. Dorais a rencontré des techniciens médicaux dans un centre de recrutement des FAC. Les techniciens ont examiné M. Dorais, ont noté ses antécédents médicaux et ont rédigé un rapport d'examen.

- b) Un technicien médical principal a déclaré que le diagnostic de TSPT de M. Dorais nuirait probablement à sa demande. J'examine les faits entourant cette déclaration plus en détail ci-dessous. M. Dorais a néanmoins poursuivi le processus de demande.
- c) Le technicien médical a remis à M. Dorais des formulaires qu'il devait faire remplir par son médecin général, le Dr Buchner, notamment une demande de renseignements sur le TSPT. Le Dr Buchner a donc rempli les formulaires, et M. Dorais les a renvoyés au centre de recrutement.
- d) Le technicien médical a recommandé que M. Dorais se voie attribuer la catégorie médicale V1, CV1, H1, G4, O3, A5 (non souligné dans l'original).
- e) Le technicien médical a envoyé le dossier de recrutement de M. Dorais au BMR de la Direction des politiques médicales afin qu'il rende une décision. Le Dr Jeffrey Murphy, un évaluateur médical du BMR, a examiné le dossier et a attribué à M. Dorais la catégorie médicale V1, CV1, H1, G4, O4, A5 (non souligné dans l'original). Comme les cotes G4 et O4 ne répondaient pas aux exigences des cotes G2 et O2 de la NMCE, M. Dorais ne satisfaisait pas aux critères médicaux d'admissibilité à l'enrôlement.

#### **K. Demande rejetée (novembre 2016 à février 2017)**

[74] Le 4 novembre 2016, le BMR a envoyé sa première lettre de décision à M. Dorais. Il y était question des antécédents de douleurs lombaires récurrentes et de TSPT/dépression de M. Dorais, de sa précédente surdose et des médicaments qui lui étaient prescrits. Dans cette lettre, il était écrit que M. Dorais présentait toujours un risque accru de récurrence des symptômes, surtout s'il devait se retrouver dans un environnement militaire générateur de stress, et qu'il ne satisfaisait donc pas à la norme médicale de réenrôlement.

[75] Dans sa lettre, le BMR informait M. Dorais de ses options : il pouvait fournir de [TRADUCTION] « nouveaux renseignements médicaux pertinents » au Centre de recrutement

des Forces canadiennes pour qu'il réexamine son dossier, ou expliquer pourquoi il n'était pas d'accord avec la décision et demander un « second examen ».

[76] Le 12 décembre 2016, M. Dorais a demandé un second examen. Il a expliqué en détail les raisons de sa demande. Il n'a pas fourni d'autres renseignements provenant de ses médecins. Toutefois, il a dit qu'il en aurait fourni si les FAC le lui avaient demandé.

[77] Le Dr Murphy a réexaminé le dossier. Le 3 février 2017, le BMR a de nouveau conclu que M. Dorais ne répondait pas à la norme médicale de réenrôlement. La deuxième décision était essentiellement identique à la première, si ce n'est qu'il n'était pas fait mention des douleurs récurrentes au bas du dos.

[78] M. Dorais n'a pas interjeté appel de la deuxième décision. Il pensait ne rien pouvoir faire de plus pour changer la décision. Deux mois plus tard, M. Dorais a déposé une plainte auprès de la Commission.

#### **L. Demande de réenrôlement de Robert Claypool (décembre 2019 à mars 2020)**

[79] Le Tribunal a aussi reçu des éléments de preuve concernant la demande de réenrôlement de Robert Claypool. Ces éléments ont été présentés à l'appui de l'allégation selon laquelle les FAC avaient pour habitude de rejeter les candidats ayant déjà reçu un diagnostic de TSPT sans même évaluer leur état de santé. À l'instar de M. Dorais, M. Claypool était un ancien membre des FAC. En 1986 et 1987, il avait servi dans la Première réserve en tant que cuisinier. De 1988 à 2000, il a servi dans la Force régulière à titre d'opérateur radio, avec une interruption de service en 1995 et 1996. Il a été déployé dans le golfe Persique pendant environ quatre mois en 1990-1991, en Croatie d'avril à octobre 1992 et en Bosnie de janvier à juillet 1997. Il a été libéré de la Force régulière en août 2000. En 2001, M. Claypool a commencé à travailler comme agent correctionnel dans un établissement correctionnel d'Edmonton (Alberta). Il occupait toujours ce poste en décembre 2019 quand il a déposé sa demande de réenrôlement.

[80] M. Claypool savait qui était M. Dorais, car ils avaient travaillé dans les mêmes établissements correctionnels. Il a déclaré qu'ils avaient été collègues pendant environ trois ans, à partir de 2008, mais qu'ils ne se connaissaient pas bien. Puis, vers

décembre 2017, M. Claypool a lu un article de journal portant sur la demande de réenrôlement de M. Dorais, l'a reconnu, l'a contacté sur les réseaux sociaux et a échangé quelques messages avec lui. Ils n'ont plus été en contact jusqu'en mai 2019, lorsque M. Claypool a été muté à l'établissement correctionnel où travaillait M. Dorais. Ils ont échangé d'autres messages sur les réseaux sociaux entre octobre et décembre 2019. M. Claypool a envoyé un message à M. Dorais au sujet de sa propre demande de réenrôlement. À la demande de M. Dorais, il a également assisté, à titre de personne de soutien, à une séance de médiation portant sur la plainte pour atteinte aux droits de la personne que M. Dorais avait déposée. M. Claypool a indiqué que des propos tenus lors de la médiation l'avaient amené à demander son réenrôlement. Il a donc déposé sa demande dans les jours qui ont suivi.

[81] M. Claypool a reçu un diagnostic de TSPT en octobre 2017. Selon les renseignements médicaux dont disposaient les FAC en 2020, M. Claypool avait reçu ce diagnostic en raison des effets cumulatifs du stress lié à son travail d'agent correctionnel et, comme sa thérapie l'a révélé, de problèmes découlant de son déploiement en Bosnie en 1992. Il a déclaré avoir développé un TSPT après avoir été plusieurs fois exposé aux tirs ennemis pendant ce déploiement.

[82] M. Claypool a été en arrêt de travail pendant dix mois en 2018 si l'on se fie à sa demande d'indemnisation pour accident du travail. Il a suivi un programme de thérapie pour les traumatismes psychologiques pendant environ cinq mois, a consulté un psychologue de façon ponctuelle en 2018 et a participé à un programme de thérapie d'une semaine en novembre 2019. M. Claypool a dit que les traitements avaient été déterminants dans son rétablissement. Il ne prenait aucun médicament pour traiter son TSPT au moment où il a présenté sa demande de réenrôlement.

[83] M. Claypool a demandé à joindre la Première réserve de la Marine. La preuve démontre que les FAC ont procédé à son examen médical le 8 janvier 2020. Le 13 janvier 2020, le médecin généraliste de M. Claypool a rempli d'autres formulaires d'évaluation médicale. Selon ce médecin, M. Claypool n'avait aucune contrainte qui l'empêchait de travailler au sein des FAC, dans des conditions de stress physique ou mental extrême, dans des régions éloignées. Il a indiqué, dans le formulaire visant à obtenir des

renseignements psychiatriques, qu'un diagnostic de TSPT avait été posé le 26 octobre 2017. Il a également précisé que M. Claypool avait suivi une psychothérapie et qu'il avait pris des médicaments, mais qu'il avait cessé d'en prendre en avril 2018. Il a aussi indiqué que le risque de récurrence était [TRADUCTION] « nul » et que les capacités d'adaptation et la tolérance au stress de M. Claypool étaient « bonnes ». Dans un autre formulaire, il est question d'un diagnostic d'acouphènes. Le médecin indique qu'il s'agit d'une perte auditive légère permanente. M. Claypool n'a reçu aucun traitement à cet égard; le suivi consistait à faire un test auditif une fois par an. Le pronostic est [TRADUCTION] « incertain » et la contrainte de M. Claypool est la suivante : « éviter les bruits très forts ».

[84] Le 25 février 2020, le Dr Murphy a examiné la demande de M. Claypool. Selon les notes du Dr Murphy, M. Claypool présente des antécédents de TSPT liés à son emploi d'agent correctionnel et présente toujours un risque accru de récurrence des symptômes, surtout s'il était soumis aux exigences d'un environnement militaire. Aucun autre problème de santé n'est mentionné. Le Dr Murphy a décidé d'attribuer à M. Claypool les cotes G4 et O2 et de le déclarer [TRADUCTION] « incapable de satisfaire à la NMCE ».

[85] Le 19 mars 2020, le technicien médical principal qui avait procédé à l'examen physique de M. Claypool a envoyé un courriel à ce dernier pour l'informer que le BMR avait déterminé qu'il ne répondait pas aux critères de la NMCE, et ce, à cause du [TRADUCTION] « TSPT qu'il avait développé en tant qu'agent correctionnel ». Il était aussi écrit ce qui suit : [TRADUCTION] « Vu la nature particulière de l'environnement militaire, il est évident que ce trouble pourrait poser problème. Le BMR craint une aggravation ou une récurrence, ce qui constituerait un enjeu opérationnel pour les FAC ».

[86] Dans le courriel, il était indiqué que, si M. Claypool souhaitait porter la décision en appel, il pouvait demander à être évalué par un psychiatre ou un psychologue, mais que le technicien médical [TRADUCTION] « ne pouvait pas garantir que le BMR infirmerait sa décision sur la base des renseignements supplémentaires qui lui seraient fournis sous forme de lettre ou de rapport » et que, « par expérience, les candidats ayant des antécédents de TSPT n'étaient malheureusement pas retenus ». Il était aussi écrit ceci : [TRADUCTION] « Veuillez noter qu'en raison du volume élevé de dossiers médicaux que nous devons traiter et, compte tenu de la pandémie actuelle, nous ne sommes pas en mesure de

répondre aux nombreuses questions qui nous sont posées au sujet de la décision du BMR ». Enfin, il était précisé que M. Claypool n'avait d'autre choix que de retirer sa demande ou de porter la décision en appel.

[87] Il était joint à ce courriel ce qui semblait être la lettre de refus que les FAC avaient l'habitude d'envoyer à cette époque. En conclusion, il était écrit que les FAC avaient examiné les dossiers médicaux de M. Claypool et qu'il ne satisfaisait pas à la NMCE.

[88] M. Claypool a déclaré qu'il n'avait pas porté la décision du BMR en appel parce qu'après avoir lu le courriel du technicien médical, il croyait qu'il ne servirait à rien de le faire. Il n'a pas demandé aux FAC de procéder à une évaluation psychologique ou psychiatrique. Il n'a pas non plus fait de suivi auprès de son médecin ni pris d'autres mesures pour faire avancer sa demande.

### **III. Analyse**

[89] Prouver la discrimination dans un contexte d'emploi se fait en deux temps. Dans un premier temps, il incombe au plaignant d'établir à première vue l'existence de discrimination. Dans un deuxième temps, il incombe à la partie intimée de démontrer que ses actes étaient justifiés suivant la LCDP. Si la discrimination est établie à première vue et que la partie intimée ne réussit pas à justifier ses actes, le Tribunal conclut à l'existence d'un acte discriminatoire au sens de la LCDP. Si la partie intimée justifie ses actes, le Tribunal conclut qu'aucun acte discriminatoire n'a été commis.

#### **A. M. Dorais et la Commission ont-ils établi l'existence d'une preuve *prima facie* de discrimination au sens des alinéas 7a) ou 10a), ou des deux, de la LCDP?**

[90] Pour les motifs exposés ci-dessous, je conclus que, dans un premier temps, M. Dorais et la Commission ont établi l'existence d'une preuve *prima facie* de discrimination en ce qui a trait à certaines allégations, mais pas toutes.

**i. Le critère de preuve *prima facie* de discrimination**

[91] Pour établir l'existence d'une preuve *prima facie* de discrimination, la Cour suprême du Canada a énoncé le critère général suivant :

- a. le plaignant possède une caractéristique protégée par la LCDP;
- b. le plaignant a subi un effet préjudiciable relativement à son emploi;
- c. la caractéristique protégée a constitué un facteur dans la manifestation de l'effet préjudiciable.

(*Moore c. Colombie-Britannique (Éducation)*, 2012 CSC 61, au par. 33)

[92] M. Dorais a allégué avoir été victime de deux actes discriminatoires interreliés au sens de la LCDP : une ligne de conduite ayant eu pour effet d'annihiler ses chances d'emploi (alinéa 10a)) et un refus d'emploi (alinéa 7a)) qui, selon lui, sont tous deux fondés sur le motif de distinction illicite qu'est la déficience. Pour établir l'existence d'une discrimination *prima facie*, M. Dorais doit démontrer qu'il est plus probable qu'improbable :

- a) qu'il avait ou qu'il était perçu comme ayant une déficience;
- b) que les FAC ont refusé de l'employer (alinéa 7a) de la LCDP) et/ou les FAC ont fixé ou appliqué une ligne de conduite susceptible d'annihiler ses chances d'emploi (alinéa 10a) de la LCDP);
- c) qu'une déficience ou une déficience perçue a été un facteur dans :
  - i. le refus des FAC de l'employer;
  - ii. la ligne de conduite susceptible d'annihiler ses chances d'emploi.

[93] La discrimination peut être intentionnelle ou non. M. Dorais soutient que les FAC ont intentionnellement fait preuve de discrimination à son égard. Cependant, il n'est pas nécessaire de prouver l'intention (*Québec (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse) c. Bombardier Inc. (Bombardier Aéronautique Centre de formation)*, 2015 CSC 39 [*Bombardier*], aux par. 40 et 41). La LCDP reconnaît également que les

motifs de distinction illicites peuvent constituer un facteur dans la manifestation de l'effet préjudiciable, même en l'absence d'intention (*Desson c. Gendarmerie royale du Canada*, 2023 TCDP 1, au par. 21, citant *Commission ontarienne des droits de la personne c. Simpsons-Sears*, [1985] 2 RCS 536, 1985 CanLII 18, aux par. 12, 14).

[94] Lorsqu'il n'existe pas de preuves directes évidentes ou claires de discrimination *prima facie*, le Tribunal doit examiner l'ensemble des circonstances et des faits afin d'évaluer si, selon la prépondérance des probabilités, la conclusion de discrimination est plus probable que toute autre conclusion possible. De cette façon, le Tribunal détermine s'il existe une « subtile odeur de discrimination » (*Canada (Human Rights Commission) v. Canada (Attorney General)*, 2024 FC 1404, au par. 19; *Basi c. Cie des chemins de fer nationaux du Canada*, 1988 CanLII 108).

**ii. Premier volet du critère de preuve *prima facie* : M. Dorais a-t-il une déficience ou était-il perçu comme ayant une déficience?**

[95] Oui. La déficience est un motif de distinction illicite (article 3 de la LCDP) et il peut s'agir d'une déficience physique ou mentale, présente ou passée (article 25 de la LCDP). La LCDP « interdit la discrimination au travail basé sur la perception ou l'impression d'une déficience » (*Dupuis c. Canada (Procureur général)*, 2010 CF 511, au par. 25). La Cour d'appel fédérale a d'ailleurs reconnu l'importance des limitations fonctionnelles et des perceptions discriminatoires dans la définition de la déficience : « [l]a déficience au sens juridique consiste en un handicap physique ou mental, qui occasionne une limitation fonctionnelle ou qui est associé à la perception d'un handicap » (*Desormeaux c. Ottawa (Ville)*, 2005 CAF 311, au par. 15, citant *Granovsky c. Canada*, 2000 CSC 28, au par. 34).

[96] Dans le rapport d'examen médical de M. Dorais daté du 7 avril 2016, la première question est « Souffrez-vous d'une maladie ou d'une invalidité, ou vous faites-vous traiter actuellement à cet égard? » La réponse est « oui », puis il est écrit « TSPT » à côté de la question.

[97] Dans les lettres de décision datées du 4 novembre 2016 et du 3 février 2017 que les FAC ont envoyées à M. Dorais au sujet de sa demande de réenrôlement, il est fait mention

de ses antécédents de TSPT et de dépression et il est indiqué qu'il présentait toujours [TRADUCTION] « un risque accru de récurrence des symptômes ».

[98] Cela dit, M. Dorais estime qu'il ne souffrait d'aucune limitation fonctionnelle lorsqu'il a présenté sa demande de réenrôlement. Selon lui, les FAC ont jugé qu'il présentait une limitation fonctionnelle parce qu'il avait reçu un diagnostic de TSPT plus de 13 ans auparavant. Dans la lettre qu'il a rédigée le 12 décembre 2016 pour demander le réexamen de la décision des FAC, M. Dorais mettait en cause la conception du TSPT qu'avaient les FAC, à savoir une conception basée sur des [TRADUCTION] « connotations stéréotypées et punitives », ainsi que sur des « idées préconçues ». Il disait aussi qu'[TRADUCTION] « il n'exist[ait] aucune raison médicale valable justifiant l'exclusion de [sa] candidature dans les FAC ».

[99] Il n'est pas nécessaire de déterminer si M. Dorais avait une limitation fonctionnelle lorsqu'il a présenté sa demande. La preuve confirme que M. Dorais avait déjà reçu un diagnostic de TSPT et qu'il en avait informé les FAC. On peut donc conclure que le motif de distinction illicite de la « déficience » était un facteur. Par ailleurs, la déficience est un motif de distinction illicite au sens des articles 7 et 10 de la LCDP.

**iii. Deuxième volet du critère de preuve *prima facie* : les FAC ont-elles refusé d'employer M. Dorais et/ou ont-elles fixé ou appliqué des lignes de conduite susceptibles d'annihiler les chances d'emploi de M. Dorais?**

[100] Oui, en partie. Lorsque M. Dorais a présenté sa demande, la NMCE et les politiques médicales connexes étaient en vigueur. Dans les lettres de décision des FAC, il est indiqué que M. Dorais ne répondait pas à la norme médicale requise pour l'enrôlement. C'est d'ailleurs la raison que les FAC ont donnée à M. Dorais pour expliquer le refus de sa demande. En effet, la décision était fondée sur le fait que les FAC avaient attribué à M. Dorais les cotes G4 et O4, lesquelles ne correspondaient pas aux cotes G2 et O2 requises par la NMCE.

[101] À la lumière de ces faits, je suis convaincu que les FAC ont refusé d'employer M. Dorais à titre de recrue « réenrolée ». Ainsi, le deuxième volet du critère de la preuve *prima facie* est rempli relativement à l'alinéa 7a) de la LCDP.

[102] Il ressort également de ces faits que la NMCE, les politiques médicales connexes et la façon dont les FAC les ont appliquées à M. Dorais ont eu pour effet d'annihiler les chances de ce dernier de se réenrôler et de se voir offrir un emploi dans les FAC. Ainsi, en ce qui concerne la ligne de conduite des FAC, le deuxième volet du critère de la preuve *prima facie* est rempli relativement à l'alinéa 10a) de la LCDP.

[103] En clair, les FAC appliquent largement la NMCE et les politiques médicales connexes, si bien que le traitement défavorable réservé à M. Dorais est le produit de politiques systémiques et des pratiques liées à leur mise en œuvre. Cependant, comme je l'expliquerai plus en détail plus loin, je ne suis pas convaincu du bien-fondé des allégations avancées par M. Dorais et la Commission, selon lesquelles les FAC avaient pour pratique d'appliquer des stéréotypes et de rejeter systématiquement les candidats ayant des antécédents de TSPT ou de TSPT lié au service. En effet, ces allégations ne sont pas étayées par une preuve suffisamment solide. Or, comme elles ont essentiellement trait à la manière dont la déficience a contribué à la manifestation de l'effet préjudiciable, je les analyserai dans la prochaine partie.

**iv. Troisième volet du critère de preuve *prima facie* : la caractéristique protégée de M. Dorais a-t-elle constitué un facteur dans la manifestation de l'effet préjudiciable?**

[104] Le motif de distinction illicite doit être un facteur dans le traitement défavorable, mais il ne doit pas nécessairement être l'unique facteur. Certes, le motif de distinction illicite doit avoir été l'un des facteurs ayant contribué au traitement défavorable, mais il n'est pas nécessaire d'établir l'existence d'un lien de causalité (*Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada et al. c. Procureur général du Canada (pour le ministre des Affaires indiennes et du Nord canadien)*, 2016 TCDP 2, au par. 25, *Bombardier*, aux par. 45 à 52).

**a) La déficience ou la déficience perçue a-t-elle constitué un facteur dans le refus des FAC d'employer M. Dorais (alinéa 7a) de la LCDP)?**

[105] Oui. D'après les lettres de décision datées du 4 novembre 2016 et du 3 février 2017, les FAC ont rejeté la demande de réenrôlement de M. Dorais parce que ce dernier avait des antécédents de TSPT et de dépression, et parce qu'il risquait de voir ses symptômes réapparaître s'il se retrouvait dans un environnement militaire générateur de stress. Les FAC n'ont pas contesté ce point.

[106] Ainsi, le troisième volet du critère de la preuve *prima facie* de discrimination fondée sur la déficience est rempli relativement à l'alinéa 7a) de la LCDP.

**b) La déficience ou la déficience perçue a-t-elle été un facteur dans la ligne de conduite qui a annihilé les chances d'emploi de M. Dorais (alinéa 10a) de la LCDP)?**

[107] Oui. La preuve permet de conclure que la déficience est un facteur qui a contribué à ce que les normes médicales énoncées dans les politiques des FAC, et leur application par les FAC, aient pour effet d'annihiler les chances d'emploi de M. Dorais.

[108] La NMCE et les politiques médicales connexes établissent la norme que les candidats doivent respecter pour pouvoir s'enrôler. Selon les FAC, M. Dorais présentait toujours une déficience en 2016, compte tenu du diagnostic de TSPT et de dépression, de la surdose de médicaments dont il a été victime et d'autres problèmes médicaux. Les FAC ont mis en œuvre le processus d'évaluation médicale prévu dans les Normes médicales applicables aux FAC (PFC 154) en tenant compte des problèmes médicaux de M. Dorais, en lui imposant des contraintes à l'emploi pour raisons médicales en fonction de ces problèmes et en lui attribuant les cotes G4 et O4. Elles ont ainsi conclu que M. Dorais ne répondait pas aux exigences G2 et O2 de la NMCE.

[109] La preuve me permet de conclure qu'il y a eu discrimination *prima facie* en vertu de l'alinéa 10a) de la LCDP. Il est clair que les FAC ont fixé la NMCE et les politiques médicales connexes et les ont appliquées à M. Dorais et que, de ce fait, elles ont annihilé les chances d'emploi de ce dernier sur la base d'un motif de distinction illicite.

[110] Cela dit, il n'y a pas suffisamment d'éléments de preuve à l'appui de l'allégation selon laquelle les FAC se fondaient sur des stéréotypes et avaient pour pratique systémique de décourager les personnes ayant des antécédents de TSPT ou de TSPT lié au service militaire de présenter une demande, ou de rejeter ces demandes sans même les évaluer dans le respect de leurs politiques. Après avoir examiné la preuve anecdotique à la lumière de l'ensemble de la preuve, je ne souscris pas à cet aspect des allégations formulées au titre de l'alinéa 10a) de la LCDP. Il ne fait aucun doute que la NMCE et les politiques médicales connexes ont été largement appliquées à tous ceux qui ont demandé à s'enrôler dans les FAC et que ces politiques permettent aux FAC de rejeter des demandes pour des raisons médicales. Par ailleurs, je ne dispose pas de suffisamment d'éléments de preuve pour conclure à l'existence d'une pratique généralisée et systémique visant à dissuader les candidats ayant des antécédents de TSPT, ou à une mauvaise application de la NMCE et des politiques médicales connexes. Je ne dispose pas non plus d'éléments de preuve suffisants pour conclure que la NMCE et les politiques médicales connexes véhiculent des stéréotypes ou des préjugés à l'égard du TSPT, ou qu'elles ont eu pour effet d'exclure délibérément les candidats ayant de tels antécédents.

### **1. Position des parties**

[111] M. Dorais a fait valoir ce qui suit :

- a) Les FAC ont délibérément négligé l'évaluation de son état de santé après avoir pris connaissance de ses antécédents de TSPT et elles se sont servies de leurs normes médicales — qu'il décrit comme des [traduction] « directives inoffensives en apparence, mais rédigées de manière à amener subjectivement les évaluateurs médicaux à rendre une conclusion défavorable » — comme un « prétexte fallacieux » pour rejeter sa demande.
- b) Les FAC n'ont pas procédé à des évaluations médicales individualisées, tant pour M. Dorais que pour M. Claypool et la personne désignée comme étant l'individu A, ce qui, compte tenu des témoignages d'experts et des éléments de

preuve documentaire, démontre l'existence de préjugés et de discrimination systémique.

[112] La Commission a fait valoir ce qui suit :

- a) Les évaluations médicales effectuées par les FAC à l'égard des candidats ayant des antécédents de TSPT lié au service sont empreintes de préjugés et de stéréotypes discriminatoires. Les circonstances entourant l'examen de la demande de M. Dorais révèlent que ces préjugés et stéréotypes ont renforcé la perception selon laquelle il présentait un [traduction] « handicap ».
- b) M. Dorais s'est vu attribuer les cotes G4 et O4, ce qui reflète l'application d'une norme plus rigoureuse aux candidats ayant un TSPT, comparativement à ceux qui ne présentent aucun trouble de santé mentale ni autre problème de santé.
- c) Le fait que les FAC n'aient pas demandé à M. Dorais des renseignements médicaux précis sur ses antécédents médicaux et son traitement témoigne d'une tendance à exclure systématiquement les candidats ayant un TSPT lié au service.
- d) Le fait que les FAC ont refusé, en 2020, la demande de réenrôlement de M. Claypool constitue une preuve irréfutable du traitement défavorable réservé aux candidats ayant un TSPT.

[113] Les FAC ont fait valoir ce qui suit :

- a) La discrimination systémique à l'égard des candidats ayant un TSPT n'a pas été prouvée.
- b) La décision rendue au sujet du risque de récurrence des symptômes de M. Dorais était fondée sur plusieurs problèmes médicaux, notamment une tentative de suicide.
- c) La norme d'enrôlement repose sur une évaluation individualisée des conditions médicales propres à chaque candidat et, d'après les données probantes et les

résultats de recherche, des personnes ayant un TSPT peuvent être admises dans les FAC.

- d) Le Dr D.G. Passey, témoin expert, a affirmé avoir traité avec succès le TSPT d'un individu et avoir écrit une lettre aux FAC en son nom, à la suite de quoi cet individu a pu se réenrôler. Cette preuve appuie la position des FAC selon laquelle les personnes ayant un TSPT ne sont pas systématiquement exclues.
- e) Les circonstances entourant le refus de la demande de M. Claypool diffèrent grandement de celles liées à la demande de M. Dorais et ne constituent pas un exemple d'acte discriminatoire.
- f) Le seuil de preuve requis pour établir l'existence d'une discrimination systémique est élevé, et ni M. Dorais ni la Commission n'ont présenté les éléments de preuve substantiels nécessaires pour conclure à une exclusion systématique des candidats ayant un TSPT.

## **2. La preuve ne démontre pas que les FAC ont intentionnellement refusé des candidats ayant des antécédents de TSPT**

[114] Je ne souscris pas à l'argument selon lequel les normes médicales d'enrôlement des FAC constituent des [TRADUCTION] « directives rédigées de manière à amener subjectivement » les évaluateurs médicaux à refuser les candidats ayant des antécédents de TSPT ou de TSPT lié au service. J'interprète cet argument comme une allégation selon laquelle les FAC auraient intentionnellement adopté des pratiques visant à exclure les candidats ayant des antécédents de TSPT. Je conclus qu'aucun élément de preuve convaincant ne démontre que les FAC ont conçu ou appliqué la NMCE et les politiques médicales connexes dans le but d'exclure intentionnellement les candidats ayant un TSPT, qu'il soit lié au service ou non.

[115] La preuve ne me permet pas de conclure, selon la prépondérance des probabilités, que les FAC avaient l'intention délibérée d'exclure les candidats ayant des antécédents de TSPT.

[116] La majeure Eastwood est l'officière de sélection du personnel de recrutement au Quartier général du Groupe de recrutement des FAC. Elle est chargée de superviser les activités de recrutement et de s'assurer qu'elles respectent les politiques, d'interpréter les politiques afin de soutenir l'application des processus de recrutement, de surveiller la qualité de ces processus et de gérer les dossiers complexes. J'estime que le témoignage de la majeure Eastwood était crédible et digne de foi.

[117] En contre-interrogatoire, les avocates de la Commission ont demandé à la majeure Eastwood si elle reconnaissait que la NMCE visait à ce que les FAC ne recrutent que des personnes sans déficience, problème de santé ou limitation médicale. La majeure Eastwood a répondu par la négative. À son avis, la NMCE vise à garantir que les candidats soient en mesure de réussir l'instruction sans se blesser.

[118] Les avocates de la Commission ont posé des questions similaires au lieutenant-colonel Minkley. Elles ont laissé entendre que les FAC n'avaient pas précisé quels renseignements médicaux elles souhaitaient obtenir de M. Dorais, car elles n'étaient pas intéressées à en savoir plus sur lui en raison de ses antécédents de TSPT lié au service. Elles ont déclaré que les FAC avaient rejeté la demande de M. Dorais parce qu'elles avaient pour politique générale de rejeter les candidats souffrant d'un TSPT lié au service. Le lieutenant-colonel Minkley a exprimé son désaccord. Il a affirmé que les FAC ne traitent pas les candidats ayant des antécédents de TSPT différemment de ceux qui souffrent de tout autre problème de santé et que la lettre de refus des FAC, dans laquelle les candidats sont informés qu'ils peuvent soumettre tout [TRADUCTION] « nouveau renseignement pertinent », n'a pas pour objet d'empêcher quiconque de s'enrôler dans les FAC.

[119] M. Dorais a également laissé entendre au lieutenant-colonel Minkley que les FAC avaient rejeté sa demande à cause de ses antécédents de TSPT. Ce dernier a répondu que les FAC n'avaient pas rejeté sa demande parce qu'il souffrait d'un TSPT, mais parce que son examen médical avait révélé de multiples symptômes physiques et psychologiques et que les FAC avaient conclu qu'il présentait un risque élevé de récurrence.

[120] Par ailleurs, je ne dispose d'aucune preuve documentaire qui me permette de croire qu'il est plus probable qu'improbable que les FAC aient intentionnellement rejeté des demandes d'enrôlement de candidats ayant des antécédents de TSPT.

[121] Dans l'ensemble, je conclus que les FAC n'avaient pas pour pratique de concevoir ou d'appliquer intentionnellement la NMCE ni les politiques médicales connexes de manière à refuser l'enrôlement aux candidats ayant des antécédents de TSPT.

**3. Rien ne prouve que les FAC aient instauré une pratique fondée sur des préjugés ou des stéréotypes inconscients qui aurait entraîné un refus systémique et systématique des candidats ayant des antécédents de TSPT**

[122] Je reconnais que la discrimination systémique ne nécessite pas d'intention et qu'elle peut résulter de « l'effet conjugué d'attitudes empreintes de préjugés et de stéréotypes, souvent inconscients, et de politiques et pratiques généralement adoptées sans tenir compte des caractéristiques des membres de groupes visés par l'interdiction de la discrimination » (*Dorais c. Forces armées canadiennes*, 2021 TCDP 13, au par. 55, citant *Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse c. Gaz métropolitain inc.*, 2008 QCTCP 24, au par. 36). Je ne suis toutefois pas convaincu que des préjugés ou des stéréotypes liés au TSPT aient conduit au rejet systématique des candidats ayant des antécédents de TSPT, y compris M. Dorais.

[123] Selon la Commission, c'est à cause de ces préjugés que les FAC n'ont pas demandé à M. Dorais de fournir des renseignements médicaux précis sur ses antécédents et son traitement, qu'elles lui ont attribué les cotes G4 et O4 et qu'elles ont imposé aux candidats souffrant d'un TSPT une norme globalement plus élevée que celle imposée à ceux qui ne présentent pas de troubles de santé mentale ou de problèmes de santé connexes.

[124] M. Dorais a également indiqué que le fait que les FAC n'aient pas procédé à des évaluations médicales individualisées — ni pour lui, ni pour M. Claypool, ni pour l'individu A — prouve que la pratique consistant à refuser les candidats ayant des antécédents de TSPT était fondée sur des préjugés et une discrimination systémique. Cependant, je ne vois pas la preuve relative aux évaluations médicales et les décisions rendues par les FAC de la

même manière. J'estime que le traitement que les FAC ont réservé à M. Dorais était propre à sa demande et fondé sur les éléments particuliers qu'elle comportait. De même, je conclus que les situations de M. Claypool et de l'individu A étaient elles aussi particulières, et que les décisions que les FAC ont rendues à leur sujet étaient fondées sur leur propre situation.

[125] En ce qui concerne M. Claypool, il avait aussi des antécédents de TSPT, mais la preuve relative à sa demande est très différente de celle relative à la demande de M. Dorais :

- a) Les antécédents médicaux sont distincts. Dans le rapport d'examen médical de M. Dorais, il est fait mention du service militaire qu'il a effectué de 1993 à 2001, d'un diagnostic de TSPT posé vers 2002, d'une tentative de suicide commise en 2002 et d'antécédents de dépression et de douleurs dans le bas du dos. Dans le cas de M. Claypool, il est indiqué qu'il a servi de 1986 à 2000, qu'il a reçu un diagnostic de TSPT à la fin de 2017 à cause des effets cumulatifs du stress lié à son emploi d'agent correctionnel et qu'il a suivi un traitement, notamment une thérapie d'exposition. Ce traitement a permis de constater qu'il souffrait toujours de séquelles d'une mission des FAC en Croatie en 1992.
- b) Les FAC ont indiqué avoir rejeté la demande de M. Dorais en raison de sa tentative de suicide, tandis que le rejet de la demande de M. Claypool reposait uniquement sur ses antécédents de TSPT.
- c) Dans la décision rendue au sujet de la demande de M. Dorais, les FAC ont indiqué que ce dernier prenait toujours des antidépresseurs, mais dans la décision rendue au sujet de la demande de M. Claypool, il n'est pas question de médicaments et, selon la preuve, M. Claypool avait cessé de prendre des antidépresseurs avant de présenter sa demande.

[126] La preuve relative aux communications que les FAC ont adressées à M. Claypool au sujet de ses antécédents de TSPT se distingue nettement de celle relative aux communications qu'elles ont eues avec M. Dorais :

- a) Selon le témoignage de M. Dorais, le sergent McLagan, technicien médical, lui a dit lors de l'examen médical : [traduction] « les Forces renvoient les personnes atteintes d'un TSPT, pourquoi laisseraient-elles des personnes atteintes d'un tel trouble rejoindre leurs rangs? ». Selon la Commission, la déclaration du sergent McLagan laisse entendre que les candidats ayant des antécédents de TSPT sont traités différemment de ceux qui n'en ont pas.
- b) Le sergent McLagan a témoigné au sujet de sa rencontre avec M. Dorais. Bien qu'il ne se souvienne ni de M. Dorais ni de leur conversation, il a indiqué qu'il aurait exprimé son point de vue de façon franche et honnête, en s'appuyant sur sa propre expérience, au sujet de l'évaluation médicale de M. Dorais.
- c) Selon un document daté de février 2016, intitulé « Discuss Screening and Assessment Techniques » (Analyse des techniques de dépistage et d'évaluation), les techniciens médicaux ne sont pas autorisés à [traduction] « rejeter un candidat ou à lui dire qu'il n'est pas apte » et « tout le monde a le droit de présenter une demande et de passer les examens médicaux », même en cas de problème de santé important. Il est également indiqué que [traduction] « [si] le candidat demande votre avis, vous pouvez lui dire que, d'après votre expérience personnelle, les cas comme le sien sont généralement jugés inaptes, mais que vous n'êtes pas celui qui prend la décision finale ».

[127] Je suis convaincu que les techniciens médicaux sont autorisés à faire part aux candidats de leur opinion sur le résultat de l'évaluation médicale et qu'ils peuvent formuler des recommandations aux évaluateurs médicaux du BMR, sans toutefois prendre de décisions quant à la catégorie médicale d'un candidat. Rien n'indique que M. Dorais ait demandé l'avis du sergent McLagan, mais j'accepte le témoignage de ce dernier selon lequel il aurait normalement exprimé son point de vue sur le sort réservé à la demande. Compte tenu de l'ensemble de la preuve, je ne suis pas convaincu que cette déclaration, prise isolément, témoigne, selon la prépondérance des probabilités, d'une pratique systémique des FAC visant à refuser les candidats ayant des antécédents de TSPT.

[128] Dans les lettres de décision que le BMR a envoyées à M. Dorais, il est écrit que l'une de ses options en matière d'appel consistait à fournir de [TRADUCTION] « nouveaux renseignements médicaux pertinents ». M. Dorais a témoigné qu'il ne comprenait pas clairement le sens de cette expression. Or, selon le document intitulé « Processing at CFRC Medical Sections » (Traitement dans les sections médicales du CRFC), le BMR insère systématiquement cette information dans les lettres de refus adressées aux candidats. Le libellé indiquant que le candidat peut présenter de « nouveaux renseignements médicaux pertinents » laisse floue la marche à suivre pour interjeter appel, mais j'estime que l'intention des FAC était d'informer les candidats qu'ils pouvaient fournir ces renseignements, et non d'exclure ceux ayant des antécédents de TSPT. Le témoignage du lieutenant-colonel Minkley, dont il est question ci-dessus, corrobore également la conclusion selon laquelle la lettre, malgré sa formulation ambiguë, ne s'inscrivait pas dans le cadre d'une pratique systémique visant à dissuader M. Dorais, ainsi que les autres candidats présentant des problèmes de santé similaires, de poursuivre leur démarche.

[129] En ce qui concerne les communications que les FAC ont adressées à M. Claypool, il faut savoir que M. Claypool a reçu un courriel de la part d'un autre technicien médical des FAC plus de trois ans après que M. Dorais eut reçu sa première lettre de décision. Dans ce courriel, il était indiqué que les FAC avaient rejeté sa demande en raison d'un [TRADUCTION] « TSPT lié à ses fonctions d'agent correctionnel ». Il était également précisé que, pour porter la décision en appel, il était recommandé de se soumettre à une évaluation psychiatrique ou psychologique, mais que le technicien médical ne pouvait pas garantir que le BMR infirmerait sa décision sur la base de ces renseignements supplémentaires et que, [TRADUCTION] « selon l'expérience, les candidats ayant des antécédents de TSPT [n'étaient] malheureusement pas retenus ».

[130] Selon la Commission, le contenu du courriel laisse entendre que les candidats ayant des antécédents de TSPT sont traités différemment de ceux qui n'en ont pas. Dans son témoignage, M. Claypool a affirmé qu'il pensait qu'il aurait l'occasion de consulter un psychiatre ou un psychologue des FAC dans le cadre du processus de recrutement, mais qu'après avoir lu que les candidats atteints d'un TSPT n'étaient pas retenus, il avait conclu

que ce serait une perte de temps que de demander un rapport psychiatrique ou psychologique, et que c'était la raison pour laquelle il n'avait pas porté la décision en appel.

[131] La preuve comprenait un témoignage concernant la capacité des techniciens médicaux des FAC à offrir un « accompagnement » aux candidats au sujet de leur demande. Cet accompagnement pouvait prendre différentes formes, allant d'une explication par courriel à une rencontre individuelle. Il devait s'appuyer sur l'expérience des techniciens et visait à aider les candidats à se faire une idée réaliste des démarches à entreprendre.

[132] Le libellé du courriel adressé à M. Claypool prêtait à différentes interprétations et aurait dû être formulé plus clairement. Dans les circonstances entourant le refus de sa demande, l'interprétation de M. Claypool était justifiée. Je note également que le technicien médical a envoyé ce courriel à M. Claypool à une période où le centre de recrutement des FAC limitait ses services en raison de la pandémie de COVID. Cela dit, je conclus qu'il est plus probable qu'improbable que le technicien médical, en écrivant que, [TRADUCTION] « selon [son] expérience », les candidats ayant des antécédents de TSPT n'étaient pas retenus, cherchait à conseiller M. Claypool, mais cet énoncé ne démontre pas l'existence d'une pratique systémique des FAC visant à discriminer les candidats ayant de tels antécédents.

[133] MM. Dorais et Claypool avaient tous deux des antécédents de TSPT, mais la preuve quant à savoir si leurs expériences appuient l'allégation selon laquelle des stéréotypes systémiques ont été appliqués et que les candidats ayant des antécédents de TSPT ont été systématiquement rejetés demeure non concluante. Cette preuve doit être appréciée à la lumière de l'ensemble des éléments présentés.

[134] J'ai aussi tenu compte de la preuve documentaire confidentielle et du témoignage concernant la situation de l'individu A. M. Dorais et la Commission ont longuement contre-interrogé le lieutenant-colonel Minkley à propos de son témoignage, et la Commission a présenté ses observations orales. Tout bien considéré, j'estime que la preuve concernant l'individu A tend uniquement à étayer la conclusion selon laquelle les FAC peuvent procéder à des évaluations individualisées en fonction de la situation de chaque candidat et modifier la catégorie médicale lorsque les circonstances le justifient. Je ne peux conclure, d'après la

preuve concernant l'individu A, que les FAC avaient une pratique fondée sur des préjugés généralisés ou sur une discrimination systémique envers les candidats ayant des antécédents de TSPT.

#### **4. La preuve d'expert ne permet pas de conclure que les candidats ayant des antécédents de TSPT sont rejetés de manière systémique et systématique**

[135] Le rapport d'expert et le témoignage du Dr Passey, psychiatre et ancien officier, ont également été versés au dossier. En 2021, lorsque la présente affaire a été entendue, le Dr Passey comptait près de 41 ans d'expérience en tant que médecin, dont 26 ans en tant que psychiatre. Il a servi dans les FAC pendant 22 ans. Il a été médecin militaire généraliste dans les FAC pendant dix ans. Entre 1981 et 1987, il a effectué des évaluations médicales et attribué des catégories médicales (notamment aux recrues des FAC). Après 1991, il était notamment chargé de formuler des recommandations pour les catégories médicales. Il a été chef du personnel médical et des services médicaux dans un hôpital des FAC en 1990-1991, chef des services de santé mentale dans une base des FAC de 1995 à 1997 et psychiatre pour un groupe médical des FAC de 1997 à 2000. Après avoir quitté l'armée en 2000, le Dr Passey s'est spécialisé dans l'évaluation et le traitement des membres actifs des FAC, des membres actifs de la GRC et d'anciens membres des FAC et de la GRC.

[136] Je me pencherai ici uniquement sur les parties du témoignage du Dr Passey qui ont trait à l'allégation selon laquelle les FAC auraient pour politique générale de refuser les candidats atteints d'un TSPT.

[137] Dans son témoignage, le Dr Passey a déclaré que les FAC ont pour politique de libérer pour raisons médicales les membres actifs qui présentent un problème de santé et qui ne peuvent pas satisfaire aux exigences de la catégorie médicale de leur groupe professionnel. Cependant, ce témoignage concernant la libération pour raisons médicales de membres actifs ne vient pas appuyer la position de M. Dorais et de la Commission selon laquelle il existe une pratique systémique consistant à refuser les **candidats** ayant des antécédents de TSPT. Le Dr Passey n'a évoqué aucune situation particulière, et aucun fait

ne me permet de juger de la pertinence qu'une telle information pourrait avoir dans la présente affaire.

[138] Lors du contre-interrogatoire, les avocates des FAC ont demandé au Dr Passey si, à sa connaissance, il existait une politique générale visant à empêcher l'embauche de personnes souffrant d'un TSPT. Il a répondu : [TRADUCTION] « aucune politique écrite ». Ce témoignage semble indiquer que les FAC auraient une politique non officielle ou une pratique comparable, mais le Dr Passey n'a présenté aucun fait pour corroborer cette affirmation. Ce témoignage n'est pas convaincant et je n'y accorde aucun poids.

[139] Le Dr Passey a également cité des cas, vers 2010 ou 2012, où des membres libérés pour raisons médicales en raison d'un TSPT ont pu se réenrôler après avoir été traités et après qu'il eut transmis aux FAC des renseignements à ce sujet. Selon les FAC, le témoignage du Dr Passey démontre que des antécédents de TSPT ne constituent pas un facteur déterminant pour le réenrôlement. Je souscris à cette position.

[140] Les FAC ont appelé la Dre Andrea Tuka à témoigner à titre d'experte. Cette dernière a été médecin militaire généraliste de 2003 à 2005, et elle a été déployée en Afghanistan. En tant que psychiatre, elle a servi au Centre de soins pour trauma et stress opérationnels des FAC de 2009 à 2011, et elle a de nouveau été déployée en Afghanistan en 2010. Depuis 2011, la Dre Tuka est cheffe de clinique des Services de santé mentale/Centre de soins pour trauma et stress opérationnels des FAC à Victoria (C.-B.). Elle a diagnostiqué et traité des membres souffrant de troubles de santé mentale, notamment de TSPT et de dépression. Elle conseille également le médecin général des FAC sur des questions d'ordre clinique en psychiatrie et élabore des politiques liées aux soins psychiatriques cliniques et à la santé mentale. À la date de son témoignage en 2021, elle avait mené environ 40 [TRADUCTION] « examens techniques de suicide » pour les FAC.

[141] En contre-interrogatoire, M. Dorais a demandé à la Dre Tuka si des membres des FAC avaient réussi à se remettre de leur TSPT et à réintégrer leur groupe professionnel d'origine. Celle-ci a répondu que certains membres s'étaient effectivement remis de leur TSPT après avoir suivi un traitement, mais qu'elle ignorait s'ils avaient poursuivi leur service dans leur groupe professionnel d'origine. Elle a tenu pour acquis que bon nombre d'entre

eux avaient été contraints de changer de métier — notamment les fantassins ou sapeurs de combat — s'ils voulaient continuer à servir malgré leurs contraintes et éviter de revivre leur traumatisme dans le cadre de leur travail. Bien que ce témoignage concernait des membres des FAC atteints de TSPT et non des candidats ayant des antécédents de TSPT, la preuve selon laquelle les FAC ont permis à des membres atteints de TSPT de se faire traiter et de réintégrer leurs fonctions appuie également la conclusion selon laquelle le TSPT ne constitue pas en soi une raison d'empêcher une personne de servir dans les FAC.

[142] En résumé, la preuve d'expert ne corrobore pas l'idée selon laquelle les stéréotypes ou les préjugés inconscients dont sont victimes les personnes ayant des antécédents de TSPT sont à l'origine de la NMCE et des politiques médicales connexes ou qu'ils ont donné lieu à une pratique systémique au sein des FAC, soit de refuser systématiquement les candidats atteints de TSPT.

**5. La recherche ne permet pas de conclure que les FAC ont pour pratique de rejeter les candidats ayant des antécédents de TSPT de manière systémique et systématique**

[143] Dans ses observations finales, la Commission fait référence, en guise de contexte, à un rapport publié en 2012 par l'ombudsman du ministère de la Défense nationale (« MDN ») et des Forces canadiennes, intitulé « Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit » (le « rapport de 2012 »). Ce rapport est fondé sur le premier rapport de l'ombudsman, publié en 2002, dans lequel était évaluée la capacité des FAC à relever le défi que constitue le TSPT, ainsi que sur des rapports de suivi publiés en 2002 et en 2008. Le rapport de 2012 est donc le troisième rapport de suivi portant sur la façon dont le MDN et les FAC relèvent le défi que constituent le TSPT et les autres traumatismes liés au stress opérationnel. Comme son titre l'indique, le rapport de 2012 a pour objectif de donner une description exacte et équitable de la capacité du MDN et des FAC à dépister, à prévenir et à traiter le TSPT et les autres traumatismes liés au stress opérationnel. Dans ce rapport, l'ombudsman donne « un aperçu clair et révélateur du chemin parcouru par le MDN et les FC en ce qui concerne sa capacité visée en matière de santé mentale au fil du temps » (rapport de 2012,

à la p. 8), mais il s'agit d'une « représentation instantanée à un moment précis dans le temps » (rapport de 2012, à la p. 8). Il rappelle les recommandations formulées dans les rapports précédents et en présente de nouvelles.

[144] La Commission s'est appuyée sur le rapport de 2012 pour étayer sa position selon laquelle l'attitude négative des supérieurs et des pairs envers les personnes souffrant de problèmes de santé mentale et l'auto-stigmatisation des membres souffrant de tels problèmes constituent toujours des obstacles majeurs à l'accès à des soins de santé adéquats au sein des FAC. Toutefois, dans la section « Contexte », il est écrit que même si la capacité des FAC en matière de santé mentale n'est pas parfaite et qu'il reste encore beaucoup de travail à accomplir, le « dévouement inlassable des professionnels de la santé, des fournisseurs de soins, des gestionnaires, du personnel de bureau et des pairs, permettant d'assurer la prestation des soins, a été le seul élément constant tout au long de la présente analyse » (rapport de 2012, à la p. 9). Cette conclusion ne vient pas appuyer l'inférence que la Commission me demande de tirer.

[145] Par ailleurs, j'estime que le rapport de 2012 n'est pas utile. Il porte essentiellement sur la capacité des FAC à offrir des traitements en santé mentale, ce qui, à mon avis, ne permet pas de replacer dans son contexte social la présente plainte pour discrimination à l'égard de candidats ayant des antécédents de TSPT ni de déterminer si les normes médicales d'enrôlement et les politiques connexes des FAC sont discriminatoires.

[146] La Commission a aussi renvoyé, à des fins de contexte, à un rapport de recherche de 2021 (le « rapport de 2021 ») intitulé « Factors That Help and Factors That Prevent Canadian Military Members' Use of Mental Health Services » (Facteurs qui incitent les militaires canadiens à se prévaloir des services de santé mentale et ceux qui les dissuadent). Dans ce rapport, les auteurs soulignent que la dépression est plus fréquente au sein des FAC que dans la population générale, mais que les membres des FAC ne recourent pas toujours aux services de santé mentale. Ils expliquent que, même si la culture militaire évolue, elle demeure un obstacle à l'accès aux soins. Ils ajoutent que, en raison de la stigmatisation et de l'autostigmatisation, les membres des FAC hésitent encore à se prévaloir des soins offerts. Ils concluent que des changements (des « progrès ») ont été apportés pour lever les obstacles structurels à l'accès aux soins de santé mentale, mais

qu'il faut poursuivre les recherches pour éliminer les préjugés et la stigmatisation qui entourent les services de soins en santé mentale.

[147] Il ressort du rapport de 2021 que les membres des FAC se heurtent encore à des obstacles lorsqu'ils souhaitent accéder à des services de santé mentale et que la stigmatisation subsiste, ce qui ne signifie pas pour autant que les évaluations médicales des candidats ayant des antécédents de TSPT soient empreintes, même inconsciemment, de préjugés et de stéréotypes. Ce n'est pas parce que des membres des FAC n'ont pas cherché à obtenir un traitement en santé mentale pour des raisons liées à la culture militaire qu'il existe, au sein des FAC, une pratique fondée, même inconsciemment, sur des préjugés et des stéréotypes visant à exclure les candidats ayant des antécédents de TSPT.

[148] La Commission a aussi fait référence à d'autres sources secondaires et à des pages Web. Les FAC ont toutefois fait valoir que ces documents n'avaient pas été versés au dossier et que, par conséquent, ils n'étaient pas admissibles en preuve. Elles ont ajouté qu'il serait donc inéquitable, sur le plan procédural, de les prendre en considération, ce à quoi la Commission a répondu qu'il existait un fondement juridique permettant d'accepter des sources secondaires comme « preuve » du contexte social d'une plainte. La Commission s'appuie sur l'alinéa 50(3)c) de la LCDP, qui autorise le Tribunal à « recevoir [...] des éléments de preuve ou des renseignements par déclaration verbale ou écrite sous serment ou par tout autre moyen qu'il estime indiqué, indépendamment de leur admissibilité devant un tribunal judiciaire ».

[149] La LCDP confère effectivement au Tribunal le pouvoir d'accepter tout élément de preuve ou renseignement qu'il estime indiqué, mais je ne peux accepter des renseignements qui n'ont pas été déposés en preuve et qui n'ont été évoqués que dans le cadre des observations finales. Ces renseignements n'ont pas été pris en compte lors des principaux interrogatoires des témoins de M. Dorais ou de la Commission, et ils n'étaient pas à la disposition des FAC lors de leur contre-interrogatoire. Les FAC n'ont pas non plus pu demander à leurs témoins de témoigner à ce sujet. Pour les FAC, il serait donc inéquitable, sur le plan procédural, que je tienne compte de ces éléments de preuve, même à titre contextuel.

[150] Ni la Commission ni M. Dorais n'ont fait référence à d'autres travaux de recherche pour étayer l'argument selon lequel les FAC font preuve de discrimination systémique à l'égard des candidats ayant des antécédents de TSPT ou qu'elles ont pour pratique de rejeter systématiquement les demandes de ces candidats. Je conviens avec la Commission qu'il arrive que les éléments de preuve contenus dans une plainte individuelle permettent de démontrer l'existence d'une situation de discrimination systémique, mais ce n'est pas le cas en l'espèce.

#### **6. Conclusion sur l'allégation selon laquelle des préjugés et de stéréotypes systémiques auraient conduit à l'exclusion généralisée des candidats ayant des antécédents de TSPT**

[151] J'ai soigneusement examiné la preuve relative aux allégations de discrimination systémique soulevées par M. Dorais et la Commission. Les antécédents de TSPT de M. Dorais ont certainement constitué un facteur dans la décision des FAC de refuser son réenrôlement. Cependant, la preuve ne suffit pas à me convaincre que des préjugés ou des stéréotypes ont influencé la décision que les FAC ont prise concernant la demande de M. Dorais. Elle ne suffit pas non plus à me convaincre que les FAC ont appliqué une politique d'« exclusion générale » à l'encontre des candidats ayant des antécédents de TSPT.

##### **i. Conclusion sur la discrimination *prima facie***

[152] M. Dorais et la Commission ont établi une preuve *prima facie* de discrimination en ce qui a trait au rejet par les FAC de la demande de M. Dorais (alinéa 7a) de la LCDP) et aux politiques appliquées qui définissent et mettent en œuvre la norme médicale applicable à l'enrôlement (alinéa 10a) de la LCDP). Les antécédents de TSPT de M. Dorais ont été pris en compte dans l'évaluation qui a été faite de sa demande au titre de la NMCE et des politiques médicales connexes, et ont constitué un facteur dans le rejet de sa demande de réenrôlement. Toutefois, M. Dorais et la Commission ont formulé d'autres allégations de discrimination systémique qui n'ont pas été corroborées. Ils n'ont pas réussi à établir une preuve *prima facie* de discrimination en ce qui a trait aux allégations selon lesquelles (1) la

NMCE et les politiques médicales connexes visent à exclure les candidats atteints d'un TSPT, (2) les stéréotypes et les préjugés à l'égard de ces candidats sont omniprésents dans les pratiques qu'adoptent les FAC à leur égard, ou (3) les FAC rejettent systématiquement les demandes des candidats ayant des antécédents de TSPT ou de TSPT lié au service.

**B. Les FAC ont-elles justifié le fait qu'elles appliquent la NMCE à tous les candidats, qu'elles ont appliqué la NMCE et les politiques médicales connexes à M. Dorais et qu'elles ont refusé son réenrôlement (article 15 de la LCDP)?**

**i. Cadre législatif**

**a) Justification**

[153] Dès lors que le plaignant a démontré l'existence d'une preuve *prima facie* de discrimination, on passe à la deuxième étape, qui consiste à déterminer s'il y a eu acte discriminatoire au sens de la LCDP. Ensuite, il revient aux FAC de justifier leur conduite et leur décision en invoquant les exemptions prévues par la LCDP ou celles développées par la jurisprudence (*Bombardier*, au par. 37).

[154] Les FAC doivent prouver qu'il est justifié, aux termes de l'article 15 de la LCDP, pour elles de se fonder sur la NMCE pour évaluer les candidats, quel que soit le poste que ces derniers souhaitent occuper au sein des FAC, et d'appliquer cette norme et les politiques médicales connexes à M. Dorais. Si les FAC n'y parviennent pas, le Tribunal conclura à l'existence d'un acte discriminatoire au sens de l'alinéa 10a) de la LCDP.

[155] Par ailleurs, si les FAC ne justifient pas leur décision de refuser d'employer M. Dorais, le Tribunal conclura, en vertu de l'alinéa 7a) de la LCDP, à l'existence d'un acte discriminatoire du fait que la déficience a été un facteur dans le refus d'employer M. Dorais (*Bombardier*, au par. 37).

[156] Pour démontrer que la NMCE et les politiques médicales connexes, la façon dont elles ont été appliquées à M. Dorais ainsi que la décision de rejeter la demande de ce dernier sont justifiées au regard de la LCDP, les FAC doivent prouver qu'il est plus probable qu'improbable que ces mesures :

- a) ont été adoptées ou prises dans un but rationnellement lié à l'exécution du travail d'une recrue;
- b) ont été prises avec la conviction sincère qu'elles étaient nécessaires à l'atteinte de l'objectif;
- c) étaient raisonnablement nécessaire à la réalisation de l'objectif. Pour prouver que les mesures sont raisonnablement nécessaires, les FAC doivent démontrer qu'il ne leur était pas possible de répondre aux besoins de M. Dorais sans subir une contrainte excessive.

(Colombie-Britannique (*Public Service Employee Relations Commission*) c. *BCGSEU*, 1999 CanLII 652 (CSC), [1999] 3 R.C.S. 3 [*Meiorin*] au par. 54)

[157] Je désignerai ce critère comme étant le « critère *Meiorin* ».

#### **b) Mesure d'adaptation et contrainte excessive**

[158] Pour trouver un compromis, conformément à l'article 15 de la LCDP, il faut que les parties qui participent à la recherche aient connaissance des faits relatifs à la discrimination (*Air Canada v. Marcovecchio*, 2024 FC 1639, au par. 58 [*Marcovecchio*], citant *Central Okanagan School District No. 23 c. Renaud*, 1992 CanLII 81 (CSC), [1992] 2 RCS 970, à la p. 994 [*Renaud*]).

[159] La personne qui demande une mesure d'adaptation en raison d'une déficience doit fournir à l'employeur suffisamment de renseignements pour lui permettre de s'acquitter de son obligation d'adaptation (*Marcovecchio*, au par. 63, citant *Renaud*, à la p. 994). Pour déterminer ce qui constitue des renseignements suffisants, il faut tenir compte des faits et du caractère individualisé du processus d'adaptation. L'employeur doit, à tout le moins, disposer de suffisamment de renseignements pour comprendre la gravité de la déficience de la personne en ce qui concerne ses tâches et son environnement (*Marcovecchio*, aux par. 64 et 65; *Centre universitaire de santé McGill (Hôpital général de Montréal) c. Syndicat des employés de l'Hôpital général de Montréal*, 2007 CSC 4 (CanLII), [2007] 1 RCS 161, au par. 22).

[160] Lorsque naît l'obligation d'adaptation, la recherche d'une mesure d'adaptation fait intervenir plusieurs parties. Les deux parties ont l'obligation d'aider à en arriver à un compromis convenable (*Marcovecchio*, au par. 61, citant *Renaud*, à la p. 994).

[161] L'étendue de l'obligation d'adaptation de l'employeur est elle aussi propre à chaque cas. Ainsi, pour déterminer l'étendue de l'obligation, il faut établir que l'employeur subirait une contrainte excessive. Il n'est pas nécessaire de prouver qu'il est impossible de répondre aux besoins d'un employé ou, comme dans le cas présent, un employé potentiel. L'employeur n'est pas tenu de modifier ses conditions de travail de façon fondamentale, mais il doit faire preuve de souplesse et éviter d'appliquer ses normes de manière rigide, d'autant plus qu'une telle approche permet à une personne de travailler sans imposer de contrainte excessive à l'employeur (*Hydro-Québec c. Syndicat des employé-e-s de techniques professionnelles et de bureau d'Hydro-Québec, section locale 2000 (SCFP-FTQ)*, 2008 CSC 43, [2008] 2 RCS 561, aux par. 12 à 18).

[162] Les normes doivent être aussi inclusives que possible. Il peut être nécessaire de procéder à une certaine évaluation individuelle afin de prouver qu'il était impossible de prendre une mesure d'adaptation sans causer une contrainte excessive à l'employeur. L'omission de prendre des mesures d'adaptation peut être établie en prouvant que la norme a été fixée arbitrairement, ou que l'évaluation individuelle a été refusée de manière déraisonnable (*British Columbia (Superintendent of Motor Vehicles) c. British Columbia (Council of Human Rights)*, 1999 CanLII 646 (CSC), au par. 22 [*Grismer*]). Par contre, le fait que la norme imposée exclue certaines catégories de personnes ne constitue pas de la discrimination si la politique ou la pratique en cause est raisonnablement nécessaire à la réalisation d'un but ou objectif approprié et si la mesure d'adaptation a été incorporée dans la norme sans qu'il en résulte une contrainte excessive (*Grismer*, au par. 21).

[163] Si l'employeur adopte une norme absolue, celle-ci doit être étayée par une preuve convaincante qui lie le refus catégorique d'accorder même la possibilité de prendre une mesure d'adaptation à un risque excessif en matière de sécurité. Si l'employeur peut démontrer que la mesure d'adaptation ne peut être prise sans compromettre la sécurité ou qu'elle impose quelque autre forme de contrainte excessive, il peut alors maintenir l'interdiction absolue. Sinon, il est tenu de composer avec le demandeur en lui donnant la

possibilité de démontrer qu'il ne présente aucun risque excessif en matière de sécurité (*Grismer*, aux par. 41 à 45).

[164] Si un employeur n'a effectué aucune analyse sur la prise de mesures d'adaptation possibles ou n'a pas cherché à accorder de telles mesures lors de la présentation d'une demande en ce sens par un employé, il lui sera probablement très difficile de convaincre un tribunal, éléments de preuve à l'appui, qu'il n'aurait pas pu fournir de mesures d'adaptation à l'employé sans subir une contrainte excessive. C'est là l'effet bien réel et très concret du fait que le fardeau de la preuve en ce qui concerne l'existence d'une exigence professionnelle justifiée incombe à l'employeur (*Canada (Procureur général) c. Cruden*, 2013 CF 520, au par. 70 [*Cruden CF*], citant *Koepfel c. Canada (Ministère de la Défense nationale)*, 1997 CanLII 1443, aux par. 212 à 228).

[165] En règle générale, le Tribunal peut examiner la procédure adoptée dans le cadre du processus d'adaptation comme outil pratique qui permet d'établir si un employeur a réussi à prouver — selon la preuve au dossier — l'existence d'une contrainte excessive (*Cruden CF*, au par. 69).

[166] Le principe de l'universalité du service influe sur l'analyse de la justification. Ce principe est reconnu à l'article 15(9) de la LCDP, qui confirme que l'obligation d'adaptation est assujettie au principe selon lequel les « membres des Forces canadiennes [doivent] accomplir en permanence et en toutes circonstances les fonctions auxquelles ils peuvent être tenus ». Il n'est pas possible de contester cette obligation qu'ont les FAC à l'égard des candidats, mais il est possible de contester la façon dont le principe de l'universalité du service est appliqué. M. Dorais et la Commission ont soulevé la question de savoir si ce principe justifiait le fait que la NMCE et les politiques médicales connexes s'appliquent à toutes les recrues. Ils ont aussi remis en question la manière dont les FAC ont appliqué la NMCE et les politiques médicales connexes à M. Dorais.

[167] S'agissant de l'évaluation médicale de M. Dorais, l'obligation d'adaptation requiert que les FAC conduisent, dans chaque cas, une évaluation juste de l'ensemble de la preuve à leur disposition (*Best c. Canada (Procureur général)*, 2011 CF 71, aux par. 26 à 29, confirmé par 2011 CAF 351; *Canada (Forces canadiennes) c. Irvine*, 2005 CAF 432, au

par. 5 [*Irvine CAF*]). Le Tribunal doit déterminer si l'application par les FAC des normes présentées comme des exigences professionnelles justifiées était en réalité discriminatoire. L'obligation qui consiste à décider si des mesures d'adaptation suffisantes ont été prises ne peut être remplie sans une analyse minutieuse de la décision médicale (*Irvine CF*, au par. 12, citant *Irvine*, au par. 43, et *Irvine CF*, au par. 24; confirmé par *Irvine CAF*). Les évaluations médicales arbitraires, hâtives, imprudentes ou insuffisantes risquent de ne pas satisfaire au critère de la justification.

**1. Positions des parties sur les justifications concernant l'application de la NMCE et des politiques médicales connexes à toutes les recrues, y compris M. Dorais, et le rejet de sa demande de réenrôlement**

[168] Selon M. Dorais, la NMCE n'est pas une politique raisonnable et elle ne devrait pas être appliquée aux candidats qui ont sélectionné un groupe professionnel dans leur demande. Il soutient en outre que les FAC n'ont pas adopté cette politique de bonne foi et qu'elles n'ont pas correctement examiné sa demande au regard de la NMCE, mais ont plutôt utilisé la NMCE comme un [TRADUCTION] « prétexte fallacieux » pour rejeter sa demande parce qu'il souffrait d'un TSPT et de dépression.

[169] La Commission soutient qu'il n'est pas nécessaire d'appliquer la norme médicale prévue pour les nouvelles recrues au poste d'infirmier auquel M. Dorais a postulé, et que le processus suivi par les FAC pour évaluer la demande d'enrôlement de M. Dorais était discriminatoire, d'une part parce qu'il a été mené de manière inadéquate, et d'autre part, parce que les FAC n'ont pas individualisé leur évaluation en fonction des faits propres à sa situation.

[170] Les FAC affirment que la NMCE satisfait aux exigences de la LCDP en matière d'exigence professionnelle justifiée. Elles soutiennent également que la NMCE et les politiques médicales connexes sont justifiées compte tenu du principe de l'universalité du service, de l'article 15(9) de la LCDP, ainsi que du volume de demandes qu'elles reçoivent.

[171] Les FAC affirment également avoir procédé à une évaluation appropriée et individualisée de la demande de M. Dorais sur la base des renseignements médicaux que

ce dernier avait fournis et que cette évaluation a permis de confirmer que M. Dorais ne satisfaisait pas aux exigences de la NMCE.

## **2. Résumé des conclusions concernant la justification**

[172] Sur la base des motifs exposés ci-dessous, je conclus ce qui suit :

- a) Les FAC ont démontré que la NMCE est une exigence professionnelle justifiée, en tant que norme médicale que doivent respecter tous les candidats. La NMCE et les politiques médicales connexes ne sont pas discriminatoires au sens de l'alinéa 10a) de la LCDP si les FAC les appliquent de manière appropriée, c'est-à-dire si elles évaluent de manière équitable l'état de santé des candidats.
- b) Cependant, les FAC n'ont pas prouvé qu'elles avaient procédé à une évaluation prudente et équitable de l'état de santé de M. Dorais. M. Dorais a informé les FAC de son diagnostic de TSPT. Les FAC avaient donc l'obligation de prendre des mesures d'adaptation à son égard, mais, en évaluant sa demande d'enrôlement, elles n'ont prévu aucune mesure tenant compte de sa déficience, jusqu'à ce qu'il en résulte, pour elles, une contrainte excessive. Lors de l'évaluation médicale de la demande de M. Dorais, il n'aurait pas constitué une contrainte excessive pour les FAC d'informer M. Dorais des renseignements médicaux précis dont elles avaient besoin pour déterminer si ses problèmes de santé avaient été traités avec succès et s'il présentait des contraintes à l'emploi liées au TSPT. Le fait de ne pas avoir fait cette démarche pendant le processus de demande constitue un manquement à l'obligation de prendre des mesures adaptées à la déficience de M. Dorais. Par conséquent, les FAC n'ont pas justifié leur évaluation de M. Dorais ni leur décision de rejeter sa demande.

**ii. Analyse visant à déterminer si la NMCE et les politiques médicales connexes, l'application de la NMCE à M. Dorais et le rejet de la demande de réenrôlement de M. Dorais étaient justifiés**

**a. Partie 1 : Les objectifs sont rationnellement liés au travail d'une recrue des FAC**

[173] Les FAC soutiennent qu'il y avait trois objectifs à l'adoption de la NMCE et que ces objectifs sont liés au rendement au travail des recrues des FAC. Ces objectifs sont les suivants :

1. la NMCE vise à faire en sorte que les candidats soient admissibles à l'emploi dans le plus grand nombre possible de groupes professionnels militaires;
2. la NMCE vise à faire en sorte que les recrues possèdent la capacité physique et mentale pour suivre l'instruction de base;
3. la NMCE vise à faire en sorte que les recrues puissent avoir accès à des armes prohibées en toute sécurité.

[174] Les deuxième et troisième objectifs visent également à réduire au minimum le risque de préjudice pour les recrues.

[175] Comme il est expliqué ci-dessous, il ressort de la preuve que les FAC ont adopté la NMCE et les politiques médicales connexes en vue d'atteindre ces objectifs et qu'il existe un lien rationnel entre les objectifs et le travail que doit faire une recrue. Il existe également un lien rationnel dans la situation de M. Dorais, qui avait demandé un poste d'officier en soins infirmiers, pour lequel les FAC prévoient des exigences de catégorie médicale différentes de celles de la NMCE.

**1. L'un des objectifs de la NMCE consiste à faire en sorte que les candidats soient admissibles à l'emploi dans le plus**

**grand nombre possible de groupes professionnels militaires**

[176] Selon les politiques des FAC, la NMCE permet aux recrues d'être admissibles à l'emploi dans un large éventail de groupes professionnels militaires :

- a) Il est indiqué dans l'instruction 11/04 portant sur les normes médicales applicables aux FAC (PFC 154) qu'il est nécessaire d'appliquer la NMCE aux recrues « afin de leur ouvrir la porte à un très vaste éventail de professions ».
- b) Dans la DOAD 5023-1, on trouve les normes opérationnelles que doivent respecter tous les membres de la Force régulière et de la Première réserve. Comme les normes opérationnelles sont les mêmes pour tous, les membres des FAC peuvent occuper plein de postes différents.
- c) Dans l'Énoncé de tâches communes à tous les membres des FAC qui se trouve à l'annexe B de la PFC 154, on trouve les exigences opérationnelles minimales qui s'appliquent à tous.
- d) À l'annexe C de la PFC 154, les « tâches militaires communes » sont définies comme étant la norme minimale de condition physique pour l'universalité du service. On y établit un lien entre les tâches exigeantes physiquement que tous les membres des FAC doivent pouvoir exécuter et les « principes essentiels » de l'universalité du service, selon lesquels un soldat doit être prêt à servir en tout temps, en tout lieu et dans toutes les conditions (Irvine CF, au par. 6).
- e) Les normes médicales applicables aux FAC (PFC 154) stipulent également que, d'après les objectifs des FAC, « tous les militaires sont tenus de servir dans divers emplacements géographiques et dans des conditions environnementales variées » et que « les candidats doivent répondre à [la NMCE] afin de demeurer admissibles à l'emploi dans le plus grand nombre possible d'ID SPGM ».

[177] Dans son témoignage, la majeure Eastwood a confirmé que la NMCE vise à faire en sorte que les candidats puissent être admissibles au plus grand nombre de groupes

professionnels possible. Elle a donné l'exemple de l'enrôlement d'une personne qui aurait exprimé une préférence pour un groupe professionnel particulier, mais qui, en raison d'une blessure, doit être réaffectée. Elle a également évoqué d'autres situations où, après la fin du processus de demande, le groupe professionnel militaire choisi par le candidat cesse d'être offert. Comme les exigences de la NMCE sont rigoureuses, les FAC peuvent, dans une telle situation, offrir au candidat d'autres possibilités d'emploi. Faire en sorte que les candidats soient admissibles à de nombreux postes permet à la fois de répondre au désir de ces derniers de s'enrôler et aux besoins opérationnels des FAC.

[178] Le Dr Passey a déclaré que la raison pour laquelle les cotes G2 et O2 sont exigées lors de l'enrôlement, c'est pour que les recrues puissent répondre aux critères de tous les groupes professionnels militaires. Il a ajouté que la NMCE s'avère utile lorsque les recrues n'ont pas encore choisi de profession ou lorsque les FAC ne savent pas trop où les placer. Le Dr Passey est d'avis que les FAC n'auraient pas dû appliquer la NMCE à M. Dorais et aux autres candidats qui avaient exprimé leur préférence pour un groupe professionnel. Il ressort toutefois de son témoignage que la NMCE a pour objet général de permettre aux candidats d'être admissibles à l'emploi dans le plus grand nombre possible de groupes professionnels.

[179] M. Dorais et la Commission ont fait valoir qu'il n'y avait aucun lien rationnel entre les exigences rigoureuses de la NMCE et les exigences professionnelles du poste d'officier en soins infirmiers auquel ce dernier avait postulé. La Commission a ajouté que les exigences de la NMCE pour les cotes G2 et O2 sont déraisonnables puisque M. Dorais et les autres candidats choisissent le groupe professionnel auquel ils souhaitent être affectés et les FAC affectent régulièrement les recrues au groupe professionnel souhaité. Par conséquent, dans le cas de M. Dorais, la norme d'enrôlement appropriée aurait dû être celle applicable au poste d'officier en soins infirmiers, soit la catégorie médicale G3 O2, au lieu de la NMCE plus élevée G2 O2. Comme il a été mentionné plus haut, le Dr Passey appuie cette position.

[180] M. Dorais et la Commission ont présenté cet argument comme s'il était fondé sur l'absence de **lien rationnel** entre les exigences strictes de la NMCE et les responsabilités professionnelles d'un officier en soins infirmiers. Cependant, si je comprends bien, l'argument porte sur le fait que la NMCE n'est pas **nécessaire** pour un candidat qui postule

à un poste d'officier en soins infirmiers. Je vais examiner cet argument plus loin, dans la troisième partie du critère *Meiorin*.

[181] La preuve me permet de conclure que les FAC ont adopté la NMCE et les politiques médicales connexes afin que les recrues soient admissibles à l'emploi dans le plus grand nombre possible de groupes professionnels et qu'il existe un lien rationnel entre cet objectif et le travail que les FAC attendent d'une recrue.

**2. L'un des objectifs de la NMCE consiste à faire en sorte que les recrues possèdent la capacité physique et mentale pour suivre l'instruction de base**

[182] La preuve me permet également de conclure que la NMCE vise à faire en sorte que les recrues possèdent la capacité physique et mentale pour suivre l'instruction de base.

[183] L'instruction de base est une exigence essentielle pour occuper un emploi au sein des FAC et pour accéder à un groupe professionnel militaire. Dans le guide d'entrevue qu'un conseiller en carrières militaires a rempli après l'entrevue de M. Dorais en février 2016, il est indiqué que le conseiller a informé M. Dorais qu'il serait libéré des FAC s'il échouait l'instruction menant à la qualification militaire de base.

[184] La majeure Eastwood a déclaré que la NMCE permet aux recrues de suivre l'instruction de base sans grand risque de blessure ou d'aggravation d'un problème de santé. Selon la majeure Eastwood, les FAC veulent avant tout éviter que les recrues se blessent pendant l'instruction de base.

[185] La majeure Eastwood a établi une distinction entre les risques liés à l'instruction de base et ceux liés à l'exécution des tâches d'un groupe professionnel auquel les FAC affectent les membres une fois qu'ils ont terminé l'instruction de base. Elle a donné l'exemple de recrues qui, pendant l'instruction, exécutent les tâches essentielles communes des FAC (les tâches essentielles opérationnelles communes décrites dans la DOAD 5023-1, *Critères minimaux d'efficacité opérationnelle liés à l'universalité du service*), mais qui pourraient ne pas les exécuter par la suite dans le cadre de leur emploi dans un groupe professionnel. Si une recrue ne peut accomplir ces tâches, elle ne satisfait pas aux

exigences de l'instruction. Selon la majeure Eastwood, si les recrues satisfont aux exigences de la NMCE, elles seront en mesure d'accomplir ces tâches pendant l'instruction de base.

[186] Le lieutenant-colonel Minkley a également déclaré ce qui suit :

- a) Les exigences G2 et O2 de la NMCE intègrent la capacité de satisfaire aux exigences opérationnelles minimales énoncées dans l'Énoncé de tâches communes (annexe B de la PFC 154) et dans la DOAD 5023-1.
- b) Lorsque le BMR évalue un candidat, il détermine si celui-ci peut suivre l'instruction de base en toute sécurité, eu égard aux difficultés inhérentes à celle-ci. Ce faisant, il évalue aussi le risque que les problèmes de santé du candidat réapparaissent pendant l'instruction de base.
- c) Les cotes de la NMCE sont fixées de manière restrictive en fonction des circonstances particulières de l'instruction de base (qui vise à reproduire le stress associé à un déploiement) et du stress qu'elle engendre.

[187] Le lieutenant-colonel Minkley a aussi déclaré que, pour déterminer la catégorie médicale d'un candidat, les médecins des FAC évaluent si le candidat peut suivre l'instruction de base en toute sécurité, eu égard aux difficultés inhérentes à celle-ci, même si ce n'est pas précisé dans la politique. Selon lui, cela illustre bien le fait que les FAC doivent continuellement évaluer la NMCE et discuter des changements à y apporter, mais il précise qu'aucune décision n'a été prise et qu'il est impossible de prédire l'issue des discussions.

[188] M. Dorais a fait valoir que ce témoignage sur l'évolution des objectifs de la NMCE démontre que les FAC ont pour objectif sous-jacent de ne retenir que les candidats qu'elles jugent aptes. Je ne suis pas de cet avis. À mon sens, il est légitime que les FAC réévaluent régulièrement leurs politiques d'enrôlement, même si le processus est long. Je ne suis pas convaincu que les mécanismes internes de révision des politiques des FAC visent à exclure les candidats ayant des antécédents TSPT.

[189] La Commission a expliqué qu'il n'y avait pas de données pour appuyer l'argument des FAC selon lequel elles avaient adopté la NMCE pour éviter que les recrues se blessent

pendant l'instruction de base et que, sans donnée, la preuve concernant l'objectif de la NMCE était impressionniste et devait être utilisée avec circonspection.

[190] Je ne partage pas cet avis. Des données scientifiques ont été versées en preuve pour appuyer cet objectif de la NMCE. Un rapport daté de mai 2010, intitulé *Étude prospective de l'attrition dans le programme d'instruction élémentaire des Forces canadiennes*, contenait des renseignements provenant d'une étude visant à cerner les principaux facteurs prédictifs de l'attrition dans le programme d'instruction de base. Le lieutenant-colonel Minkley a témoigné qu'il s'agissait, à sa connaissance, de la première analyse indépendante portant sur les facteurs influant sur la capacité d'une recrue à terminer l'instruction de base.

[191] Il était indiqué dans le sommaire des observations du rapport que « certains des facteurs prédictifs les plus forts de l'attrition dans le programme d'instruction élémentaire avaient un lien avec l'état de santé » et que « les recrues qui [avaient] déclaré un état de santé moyen ou mauvais ou des symptômes somatiques d'une sévérité moyenne ou élevée avaient environ deux fois plus de risques d'être libérées de l'instruction élémentaire que celles qui affichaient un excellent état de santé ou des symptômes somatiques d'une sévérité minimale, respectivement ». Selon le lieutenant-colonel Minkley, les symptômes somatiques renvoient à une sensation générale de fatigue, de malaise ou de mal-être.

[192] Il est indiqué dans le rapport que les « résultats de la présente étude favorisent en général les facteurs psychologiques plutôt que les aspects physiques (santé et mode de vie) comme facteurs prédictifs des résultats de l'instruction élémentaire ». Dans la section « Répercussions » du rapport, il est écrit qu'« [e]n faisant ressortir l'importance de la santé psychologique et de la personnalité, les résultats présentés dans le rapport sont particulièrement pertinents pour la sélection et la formation des recrues ». Dans le résumé, il est indiqué que les résultats « montrent que, pour réussir l'instruction élémentaire, il est important d'avoir une bonne santé et une personnalité résiliente ».

[193] Cette étude a recueilli des données sur les facteurs qui influent sur la capacité des recrues à réussir l'instruction de base. Elle appuie la preuve selon laquelle la NMCE vise à faire en sorte que les recrues soient aptes sur le plan médical à la suivre.

[194] Au vu de la preuve, je suis convaincu que l'un des objectifs de la NMCE consiste à recruter des candidats aptes à répondre aux exigences de l'instruction de base, et qu'il existe un lien rationnel entre cet objectif et le travail d'une recrue des FAC.

**3. L'un des objectifs de la NMCE consiste à faire en sorte que les recrues puissent avoir accès à des armes prohibées en toute sécurité**

[195] Selon la DOAD 5023-1, *Critères minimaux d'efficacité opérationnelle liés à l'universalité du service*, pour que les membres des FAC soient « aptes au travail », ils doivent savoir « utiliser et entretenir une arme personnelle ».

[196] Dans l'Énoncé des tâches communes (annexe B de la PFC 154), il est également indiqué que la capacité à « manipuler de façon sécuritaire une arme individuelle et [à] l'utiliser efficacement » constitue une exigence opérationnelle minimale pour tous les militaires en service et un facteur que le personnel médical peut prendre en considération au moment de déterminer les contraintes à l'emploi d'un militaire.

[197] Dans le guide d'entrevue que le conseiller en carrières militaires a rempli après l'entrevue de M. Dorais, il est indiqué que le conseiller a informé M. Dorais que, peu importe son groupe professionnel, son grade ou son poste, il serait tenu de transporter et d'utiliser une arme personnelle et qu'il pourrait être amené à utiliser une arme dans le cadre d'une opération militaire pour se protéger ou pour infliger des blessures à autrui.

[198] Il ressort du témoignage du lieutenant-colonel Minkley que la capacité de satisfaire aux exigences opérationnelles minimales prévues dans la DOAD 5023-1 et dans l'Énoncé des tâches communes est prise en compte dans les cotes G2 et O2 de la NMCE. Le lieutenant-colonel Minkley a précisé qu'il existe un principe universel selon lequel tous les membres des FAC doivent pouvoir utiliser une arme à feu en toute sécurité, sans risque pour eux-mêmes ni pour autrui. Il a ajouté que, s'il existe une raison médicale de croire qu'un membre pourrait être incapable de manier une arme prohibée, celui-ci ne satisfait pas à cet élément du principe de l'universalité du service et ne peut être enrôlé.

[199] Dans la preuve relative à la réduction des risques pour la sécurité des nouvelles recrues, l'importance de la prévention du suicide était également soulignée. À la lumière des éléments de preuve ci-dessous concernant les tendances suicidaires au sein des FAC, je reconnais qu'il est essentiel de réduire au minimum le risque de préjudice pour que les recrues puissent utiliser des armes en toute sécurité.

[200] Après 2016, les FAC ont élaboré l'annexe G de la PFC 154, aussi désignée dans la preuve comme étant les [TRADUCTION] *Lignes directrices combinées du Conseil clinique sur les contraintes à l'emploi pour des raisons médicales* (les « Lignes directrices du Conseil clinique sur les contraintes à l'emploi »), afin de donner des lignes directrices aux cliniciens des FAC qui doivent évaluer des conditions médicales. Ce document n'était pas en vigueur au moment où M. Dorais a présenté sa demande aux FAC, mais il comporte des renseignements utiles sur les risques de suicide :

- a. En 2016, 85,7 % des hommes de la Force régulière qui sont décédés par suicide présentaient au moins un facteur de stress lié au travail et/ou à la vie personnelle, et plus de la moitié d'entre eux présentaient au moins trois facteurs de stress avant leur décès.
- b. Les patients ayant des antécédents de comportement suicidaire sont de 5 à 6 fois plus susceptibles de faire une nouvelle tentative.
- c. Le risque de suicide augmente chez les patients qui ont accès à une arme, surtout une arme à feu.
- d. Chaque année, les FAC procèdent à un examen des suicides.
- e. Le dossier médical devait contenir des copies à jour des évaluations de santé mentale des patients, des plans de traitement, des notes d'évolution, des registres d'hospitalisation, des visites à l'urgence, des consultations médicales et des sommaires de congé d'hôpital, ainsi que des renseignements sur la fréquence du suivi médical aux fins de traitement et de surveillance.

[201] Les Lignes directrices du Conseil clinique sur les contraintes à l'emploi définissent les modalités à suivre pour déterminer les contraintes à l'emploi des membres des FAC et

leur catégorie médicale. Il est précisé, par exemple, qu'une cote G2 doit être attribuée à un membre n'ayant jamais fait de tentative de suicide ou ayant fait une seule tentative il y a longtemps et qui, après une évaluation par un psychiatre ou un psychologue, a été considéré comme présentant un risque de récurrence accru, mais négligeable.

[202] La Dre Tuka a témoigné qu'il y avait eu une augmentation significative du taux de diagnostics de TSPT chez les membres des FAC entre 2002 et 2013, après la fin de la mission militaire du Canada en Afghanistan. Elle a estimé qu'à la base des FAC de Victoria, en Colombie-Britannique, il y avait environ une tentative de suicide par mois ou tous les deux mois.

[203] Il ressort d'un rapport de recherche versé en preuve que l'un des facteurs prédictifs les plus forts d'une tentative future et d'un décès par suicide est le fait d'avoir déjà commis une tentative de suicide. La Dre Tuka a accepté la conclusion du rapport selon laquelle le risque d'idéation et de comportement suicidaires est plus élevé au cours des deux premières années suivant une première tentative de suicide et que 70 % des personnes qui ont tenté de se suicider ne feront pas d'autre tentative. Cependant, elle a également mentionné qu'une tentative de suicide reste un facteur de risque même après plusieurs années et qu'il est important de connaître les détails de chaque tentative pour mieux évaluer le risque de récurrence.

[204] J'accepte l'avis de la Dre Tuka selon lequel le fait que le risque de comportement suicidaire diminue avec le temps ne constitue pas un motif suffisant pour modifier l'évaluation du risque réel de suicidalité. Je conclus qu'il est essentiel d'évaluer ce risque lorsqu'une personne présente une demande dans le but de servir dans les FAC à titre de recrue puisqu'une recrue doit, pendant l'instruction de base, pouvoir avoir accès à une arme personnelle et être en mesure de l'utiliser et de l'entretenir.

[205] Il ressort de la preuve que le fait de veiller à ce que les recrues aient un accès sécuritaire aux armes constitue un objectif de la NMCE et que cet objectif est rationnellement lié aux fonctions que les recrues sont appelées à exercer.

**4. Les FAC ont pris la décision d'attribuer des cotes G4 et O4 et de rejeter la demande de M. Dorais à des fins rationnellement liées à l'exécution du travail d'une recrue.**

[206] Les FAC ont appliqué la NMCE et les politiques médicales connexes pour évaluer la demande de M. Dorais et ont, ce faisant, attribué à ce dernier les cotes G4 et O4 et rejeté sa demande. Pour les mêmes motifs, je conclus que les décisions des FAC, soit d'attribuer à M. Dorais les cotes G4 et O4 et de rejeter sa demande, ont été prises à des fins rationnellement liées au travail d'une recrue. Je ne suis pas convaincu qu'il y ait eu un objectif discriminatoire.

[207] La Commission a fait valoir qu'il n'existait aucun lien rationnel entre l'attribution des cotes G4 et O4 à M. Dorais et la preuve médicale dont disposait le Dr Murphy, évaluateur médical au BMR, lorsqu'il a attribué ces cotes. Je conclus toutefois que les objectifs qui sous-tendent ces décisions sont les mêmes que ceux déjà mentionnés, soit l'aptitude au travail, la condition physique et la sécurité. L'évaluation médicale du Dr Murphy a une incidence sur le degré des mesures d'adaptation mises en place par les FAC pour répondre aux besoins de M. Dorais, ce dont je traite plus loin. En l'espèce, l'analyse porte sur les objectifs poursuivis par les FAC lorsqu'elles ont adopté les politiques en cause et ont rejeté la demande de M. Dorais, ainsi que sur le lien entre ces objectifs et l'exécution du travail d'une recrue.

**b. Partie 2 : Les FAC ont-elles adopté la NMCE et les politiques médicales connexes, les ont-elles appliquées à M. Dorais et ont-elles rejeté la demande de ce dernier en croyant sincèrement que ces mesures étaient nécessaires à l'atteinte de leurs objectifs?**

[208] Oui. La preuve me permet de conclure que les FAC ont adopté la NMCE et les politiques médicales connexes en croyant sincèrement en leurs objectifs.

[209] La NMCE et les politiques médicales connexes trouvent leur fondement dans l'obligation légale, prévue par la *Loi sur la défense nationale*, de service légitime. Elles reposent également sur le principe de l'universalité du service énoncé au paragraphe 15(9) de la LCDP et confirmé dans la jurisprudence de la Cour fédérale et de la Cour d'appel

fédérale. Il est donc justifié que les FAC aient des politiques et des processus établissant les modalités d'application de ces obligations légales. Ces politiques définissent les normes opérationnelles selon lesquelles les membres des FAC doivent être en bonne forme physique, aptes au travail et aptes au déploiement. Elles définissent les tâches que les membres des FAC doivent être en mesure d'accomplir pour satisfaire aux normes opérationnelles. Elles énoncent les exigences du système des catégories médicales et intègrent les normes opérationnelles en les traduisant en cotes médicales auxquelles le candidat doit se conformer pour être admis.

[210] La preuve me permet également de conclure que les FAC ont fait des recherches sur la NMCE et qu'elles en examinent régulièrement les exigences. Selon la preuve, des recherches étayent les exigences opérationnelles minimales exposées dans l'Énoncé de tâches communes (annexe B de la PFC 154). Dans la « Foire aux questions » qui figure dans l'appendice joint à l'Énoncé de tâches communes, il est indiqué que les chiffres précisés dans certaines tâches obligatoires (par exemple, transporter une civière sur une distance de 750 mètres), sont tirés d'une étude de validation menée par une équipe de spécialistes en médecine sportive et en physiologie de l'exercice.

[211] Le lieutenant-colonel Minkley a aussi témoigné au sujet du rôle des groupes de travail ou des comités d'examen des FAC, ainsi que de sa participation à ceux-ci. Ces comités élaborent les contraintes à l'emploi pour raisons médicales qui sous-tendent la catégorie médicale de tout un chacun. Les experts cliniques qui siègent à ces comités examinent les données médicales relatives à chaque affection, déterminent comment évaluer une personne atteinte de l'affection et établissent un cadre permettant de déterminer la gravité de chaque affection. Ils rédigent des politiques qui sont soumises à l'approbation du Conseil clinique des FAC, lequel compte parmi ses membres des médecins principaux et le médecin général des FAC, et qui orientent les médecins du BMR lorsqu'ils sont appelés à prendre des décisions en matière de catégorie médicale. Ce processus collaboratif a mené à la production des Lignes directrices du Conseil clinique sur les contraintes à l'emploi.

[212] En ce qui concerne les examens périodiques de la NMCE, le lieutenant-colonel Minkley a déclaré que, depuis 2019, il participe à un groupe de travail qui, depuis

au moins 2012, est chargé de réévaluer la NMCE, les politiques connexes et le principe de l'universalité du service, et ce, conformément à la directive gouvernementale qui vise à trouver des moyens de permettre à une personne qui ne satisfait pas au principe de l'universalité du service de continuer à travailler au sein des FAC.

[213] La preuve me permet de conclure que les FAC ont agi de manière honnête et de bonne foi en suivant un processus complexe, depuis le principe de l'universalité du service jusqu'aux exigences de catégorie médicale prévues par la NMCE et les politiques médicales connexes.

[214] Selon M. Dorais, les FAC ont utilisé la NMCE [TRADUCTION] « comme un prétexte fallacieux pour écarter [sa] demande d'emploi en s'appuyant sur des directives inoffensives en apparence, mais rédigées de manière à amener subjectivement les évaluateurs médicaux à rendre une conclusion défavorable ». M. Dorais laisse donc entendre que les FAC n'ont pas agi de bonne foi lorsqu'elles ont adopté la NMCE. Je suis convaincu qu'aucun élément de preuve probant ne vient étayer cette position.

[215] La Commission a également fait valoir que les FAC n'avaient pas adopté la NMCE ni agi envers M. Dorais d'une manière qui laissait croire qu'elles croyaient sincèrement que les mesures prises étaient nécessaires à l'atteinte de leurs objectifs. Or, la preuve citée par la Commission à l'appui de cette position se rapporte plutôt à la question de savoir si les FAC ont déployé des efforts suffisants pour adapter leur processus d'évaluation à la situation de M. Dorais. Par exemple, la Commission a affirmé que le fait que les FAC n'aient pas précisé dans les lettres de décision adressées à M. Dorais quels autres documents médicaux celui-ci devait fournir prouvait que les FAC n'avaient pas fait preuve d'honnêteté et de bonne foi dans l'évaluation de sa demande. Cet argument porte sur le degré d'effort consenti par les FAC pour mettre en place des mesures d'adaptation, et non sur la question de savoir si les FAC avaient adopté de bonne foi la norme d'enrôlement et si elles croyaient sincèrement qu'elles devaient rejeter la demande de M. Dorais pour atteindre leurs objectifs. J'examine cet argument plus loin, dans la troisième partie de l'analyse issue de l'arrêt *Meiorin*.

[216] Je suis convaincu que la preuve appuie la conclusion selon laquelle les FAC ont agi en croyant sincèrement qu'il était nécessaire d'adopter la NMCE, de l'appliquer à M. Dorais et de rejeter sa demande pour réaliser leurs objectifs.

**c. Partie 3 : La NMCE et les politiques médicales connexes sont-elles nécessaires à l'atteinte des objectifs des FAC, et aurait-il été possible de répondre aux besoins de M. Dorais sans imposer une contrainte excessive aux FAC?**

[217] Je me penche maintenant sur la question de savoir si les politiques qui définissent la norme médicale que doivent respecter les candidats, y compris la NMCE et l'ensemble des politiques médicales connexes, sont nécessaires en vertu de l'article 15 de la LCDP. Je conclus qu'elles le sont.

[218] Après avoir expliqué pourquoi la NMCE et les politiques médicales connexes sont nécessaires, j'examine maintenant le caractère suffisant de l'évaluation médicale que les FAC ont effectuée dans le dossier de M. Dorais, ainsi que les présumées lacunes de cette évaluation.

**1. La NMCE et les politiques médicales connexes sont-elles nécessaires, même dans le cas d'un candidat qui a postulé pour un poste d'officier en soins infirmiers?**

[219] Oui. À la lumière de la preuve, la NMCE et les politiques médicales connexes sont nécessaires, puisqu'elles visent à faire en sorte que les recrues soient admissibles à l'emploi dans le plus grand nombre possible de groupes professionnels, qu'elles soient aptes à suivre l'instruction de base et qu'elles puissent avoir accès à des armes en toute sécurité. Ces politiques sont aussi nécessaires à la mise en œuvre du principe de l'universalité du service.

[220] La DOAD 5023-0, *Universalité du service*, exige que les membres des FAC soient « en bonne condition physique, aptes au travail et déployables ». La DOAD 5023-1, *Normes opérationnelles minimales liées à l'universalité du service*, applique le principe de l'universalité du service du fait que les membres de la Force régulière et de la Première

réserve doivent satisfaire à des normes minimales définies. Selon les Instructions pour les évaluations de dépistage, tous ceux qui postulent à un emploi dans les FAC doivent subir un examen médical et se voir attribuer une catégorie médicale. Cette obligation vise à s'assurer qu'ils respectent la politique de l'universalité du service et la NMCE. Les Normes médicales applicables aux FAC (PFC 154) décrivent en détail les évaluations médicales.

[221] Selon M. Dorais, la NMCE ne sert qu'à limiter l'accès aux FAC et à l'instruction de base. Il a déclaré qu'il s'agissait d'une politique déraisonnable et excessivement rigide selon laquelle seules les personnes en parfaite santé pouvaient être admises dans les FAC, même si cette exigence était levée après l'admission. Comme les cotes G et O de la NMCE sont plus difficiles à obtenir que celles requises pour un poste d'officier en soins infirmiers, il estimait que cette exigence n'était pas justifiée dans son cas. Toutefois, la preuve n'appuie pas sa position.

[222] Comme je l'ai déjà indiqué, la preuve n'appuie pas l'allégation selon laquelle il existerait une politique d'exclusion générale. J'ai également conclu que les FAC ont adopté la NMCE à des fins qui sont rationnellement liées au travail d'une recrue et que la preuve démontre que des personnes aux profils divers peuvent satisfaire aux exigences de la NMCE. Ces conclusions tendent à appuyer l'opinion selon laquelle la NMCE ne vise pas à exclure systématiquement les candidats ayant des antécédents de TSPT, mais qu'elle est plutôt appliquée de manière souple et nuancée à leur égard.

[223] La Commission a demandé à la majeure Eastwood si la NMCE visait à garantir que les FAC ne recrutent que des personnes jeunes, en bonne santé physique et exemptes de toute condition ou contrainte médicale. La majeure Eastwood a répondu par la négative. Elle a déclaré qu'elle connaissait des candidats dans la quarantaine et au début de la cinquantaine qui avaient satisfait aux exigences de la NMCE.

[224] Le lieutenant-colonel Minkley a témoigné au sujet d'une recherche qui montre qu'environ 4 % des recrues qui sont acceptées pour l'instruction de base sont atteintes d'un TSPT et que 4 % d'entre elles souffrent de dépression. Cette preuve est tirée d'un rapport de 2019 intitulé *Descriptive Analyses of the Recruit Health Questionnaire, 2013–2015 Cohort* (Analyse descriptive du questionnaire sur la santé des recrues : cohorte de 2013-

2015), dans lequel sont analysés les résultats d'un questionnaire sur la santé que les FAC remettent aux recrues et aux élèves-officiers, sur une base volontaire, au cours des premières semaines de la qualification militaire de base, et ce, depuis 2003. Ce rapport fournit des renseignements sur la santé des recrues ayant commencé l'instruction de base entre 2013 et 2015 et présente une comparaison avec la cohorte de 2010 à 2012. Il vise à aider les FAC à comprendre [TRADUCTION] « qui sont les recrues des FAC et quelles sont leurs caractéristiques démographiques, sanitaires et psychosociales lorsqu'elles entrent dans les FAC ».

[225] Selon le tableau 8 du rapport, la proportion de cas probables de recrues souffrant de TSPT est passée d'environ 2,2 % en 2010-2012 à environ 3,9 % en 2013-2015. La proportion de cas probables de dépression dans la cohorte 2013-2015 était d'environ 4,7 %, celle des cas probables d'autres troubles anxieux était d'environ 1,4 % et celle des cas probables de trouble panique était d'environ 0,9 %.

[226] Selon le lieutenant-colonel Minkley, le rapport démontre que des candidats ayant reçu un diagnostic de TSPT ont été acceptés dans les FAC. Il n'est toutefois pas précisé dans le rapport si les recrues ont divulgué leur diagnostic au cours du processus de traitement de leur demande, mais je trouve que ces renseignements corroborent la conclusion selon laquelle des recrues atteintes de TSPT ont été en mesure de satisfaire aux exigences de la NMCE et de s'enrôler dans les FAC.

[227] J'ai également évoqué plus haut le témoignage du Dr Passey, qui a déclaré avoir traité des membres qui avaient été libérés des FAC en raison d'un TSPT, mais qui ont pu se réenrôler après le traitement.

[228] M. Dorais s'est aussi appuyé sur le témoignage d'expert du Dr Passey, selon lequel la norme d'enrôlement applicable à M. Dorais devrait être fondée sur une cote G3, et non G2, puisque la cote G3 correspond à la norme requise pour le groupe professionnel visé. Selon le Dr Passey, il n'est pas nécessaire d'appliquer la NMCE aux candidats qui ont indiqué vouloir intégrer un groupe professionnel dont la catégorie médicale est moins exigeante.

[229] Le Tribunal a reconnu le Dr Passey comme expert en psychiatrie, particulièrement en matière de TSPT et de TSPT en contexte militaire. Le Dr Passey possède une vaste expérience, et son témoignage m'a aidé à comprendre les enjeux. Cependant, à la question de savoir si tous les candidats aux FAC doivent obligatoirement satisfaire aux exigences G2 et O2 de la NMCE, je ne partage pas l'avis du Dr Passey.

[230] Comme je l'ai déjà expliqué, le Dr Passey a déclaré que l'exigence relative à l'obtention des cotes G2 et O2 lors de l'enrôlement tient au fait que ces cotes permettent aux recrues de travailler dans tous les groupes professionnels militaires, mais que cette norme n'est pas justifiée lorsqu'un candidat vise un groupe professionnel en particulier. Au paragraphe 20 de son rapport d'expert, le Dr Passey a écrit ce qui suit : [TRADUCTION] « Il n'est aucunement logique sur le plan clinique d'exiger un profil G2O2 lors de l'enrôlement, non seulement dans le cas de M. Dorais, mais aussi dans celui de tout autre candidat qui souhaite occuper un poste d'officier en soins infirmiers ou un autre poste pour lequel les militaires en service peuvent avoir un profil G3O3 [corrigé en G3O2 pendant le témoignage du Dr Passey] [...] ». Il est également indiqué que [TRADUCTION] « [cette exigence] constitue un obstacle déraisonnable en matière de santé mentale, qui n'est étayé par aucune preuve médicale, étant donné qu'actuellement, les officiers en soins infirmiers peuvent avoir un profil G3O3 [corrigé en G3O2], qu'ils peuvent continuer à travailler dans les FAC et qu'ils ne sont pas libérés pour des raisons médicales en raison d'un profil G3O3 [corrigé en G3O2] ».

[231] En toute déférence, je ne suis pas du même avis. Il est vrai que les FAC affectent habituellement les recrues aux groupes professionnels auxquels elles souhaitent être affectées, mais elles les assignent à d'autres groupes professionnels lorsque cela s'avère nécessaire. La majeure Eastwood a donné des exemples, notamment lorsqu'une personne exprime une préférence pour un groupe professionnel, mais qu'elle doit être réaffectée en raison d'une blessure. Cet exemple illustre l'importance de maintenir une norme d'enrôlement rigoureuse, puisque les membres peuvent être appelés à servir dans différents groupes professionnels.

[232] Le principe de l'universalité du service constitue le fondement de cette exigence. Dans son témoignage, la majeure Eastwood confirme que les cotes G2 et O2 de la NMCE reposent sur le principe selon lequel chaque membre des FAC doit être prêt à servir en tout

temps, en tout lieu et en toutes circonstances, et ce, même si le candidat a initialement exprimé une préférence professionnelle et que les FAC affectent habituellement les membres au groupe professionnel de leur choix.

[233] Si la norme médicale à l'enrôlement était fondée sur la catégorie médicale requise pour le groupe professionnel choisi par le candidat, je ne suis pas convaincu que les FAC pourraient respecter le principe de l'universalité du service. D'après la liste des catégories médicales requises pour les divers groupes professionnels des FAC qui figure à l'annexe E des Normes médicales applicables aux FAC (PFC 154), environ la moitié des groupes professionnels exigent des cotes G2 et O2. Si la norme médicale à l'enrôlement était fondée sur la catégorie médicale requise pour le groupe professionnel choisi par le candidat, les recrues admissibles à l'enrôlement sur la base de cotes inférieures à G2 et O2 ne pourraient pas travailler dans bon nombre de groupes professionnels et seraient exclues de toute possibilité de réaffectation à ceux-ci. L'approche ainsi proposée pour l'enrôlement ne cadre pas avec la preuve concernant l'harmonisation entre la NMCE et le principe de l'universalité du service. Certes, il ressort de la preuve que des groupes de travail des FAC examinaient la relation entre la NMCE et l'universalité du service, mais aucun changement n'était encore en vigueur lorsque le Tribunal a instruit la plainte.

[234] Le Dr Passey s'est également dit d'avis qu'il n'était pas logique sur le plan clinique d'exiger que chaque candidat satisfasse aux exigences de la NMCE alors que certains membres satisfont à l'exigence du principe de l'universalité du service, mais ne possèdent pas les cotes G2 et O2. La Commission a fait valoir un argument similaire, affirmant que la NMCE n'est pas nécessaire pour assurer le respect du principe de l'universalité du service, car certains membres des FAC ayant des antécédents de TSPT servent toujours dans les FAC — et doivent donc respecter les exigences liées à l'universalité du service — même s'ils n'ont pas les cotes G2 et O2.

[235] Sur ce point, je ne suis pas non plus du même avis, et ce, pour deux raisons.

[236] Premièrement, j'ai accepté la preuve selon laquelle les exigences G2 et O2 de la NMCE visent à garantir que les nouvelles recrues puissent suivre l'instruction de base en toute sécurité. Pour cette raison, il est tout à fait justifié pour les FAC d'exiger d'une recrue

(en l'occurrence, un candidat au poste d'officier en soins infirmiers) qu'elle satisfasse aux exigences G2 et O2 de la NMCE et de permettre à un officier en soins infirmiers en service de maintenir une norme moins rigoureuse.

[237] Je ne crois pas qu'il soit pertinent de comparer la situation des candidats aux FAC à celle des membres actifs des FAC pour étayer l'argument selon lequel la NMCE n'est pas une politique nécessaire. Les candidats aux FAC n'ont pas terminé leur instruction de base et ne peuvent pas commencer à exercer leurs fonctions militaires avant de l'avoir terminée. Les membres actifs, quant à eux, ont terminé leur instruction de base et se sont vu attribuer un poste. Considérant les différences dans les attentes professionnelles et dans les exigences physiques et mentales imposées à ces deux groupes, il est raisonnable que les FAC traitent ces groupes différemment.

[238] La majore Eastwood et le lieutenant-colonel Minkley ont déclaré que la NMCE a pour objectif d'évaluer le risque qu'un candidat souffre d'une récurrence ou d'une aggravation d'un problème de santé pendant l'instruction de base, ce qui pourrait nuire à sa capacité de terminer l'instruction, d'exercer ses fonctions ou compromettre sa sécurité ou celle des autres membres des FAC. Ces raisons sont valables et expliquent l'écart entre les exigences de la NMCE et celles des catégories médicales établies en fonction des groupes professionnels pour les membres des FAC ayant terminé l'instruction de base.

[239] Deuxièmement, la preuve confirme que, même si certains membres actifs des FAC développeront des problèmes de santé et se verront attribuer des contraintes à l'emploi ainsi que des cotes médicales qui ne satisfont pas aux exigences de leur groupe professionnel, leur capacité de demeurer en service peut se maintenir pendant une période limitée :

- a) Dans l'instruction 11/04, une distinction est faite entre les contraintes à l'emploi pour raisons médicales qui sont temporaires et celles qui sont permanentes.
- b) Dans les Normes médicales applicables aux FAC (PFC 154), il est précisé que les cotes de la catégorie médicale d'un membre peuvent être modifiées temporairement jusqu'à ce que son état de santé se stabilise suffisamment pour

lui permettre de retrouver ses cotes antérieures et qu'une période de douze mois est généralement prévue pour établir un pronostic fiable.

- c) Dans la version provisoire des Directives relatives à l'application de contraintes à l'emploi pour raisons médicales – troubles de santé mentale, il est indiqué que les membres des FAC ayant un diagnostic présumé ou confirmé de TSPT devraient se voir attribuer des contraintes à l'emploi, et ce, pour une période de 18 à 24 mois afin de leur permettre de suivre un traitement.
- d) Dans son témoignage, la Dre Tuka a confirmé que, si l'état de santé d'un membre ne s'améliore pas après 18 à 24 mois de traitement, son dossier est envoyé au directeur des politiques médicales afin que des contraintes à l'emploi permanentes soient attribuées. Dans les cas complexes de santé mentale, un comité composé notamment de psychiatres militaires participe à l'attribution des contraintes permanentes.
- e) Selon la majeure Eastwood, un membre qui s'est vu attribuer les cotes G4 et O4 peut présenter des observations s'il estime que sa catégorie médicale a été attribuée à tort et, si ses cotes sont maintenues, il peut continuer à servir pendant une période limitée, pouvant aller jusqu'à trois ans, afin de bénéficier d'une réadaptation professionnelle et de faciliter sa transition hors des FAC.

[240] Je conclus qu'il existe des raisons valables d'avoir une norme médicale commune pour les candidats aux FAC qui diffère de celle qui s'applique aux membres actifs. Il existe également des raisons valables pour que les FAC mettent en place des politiques permettant aux membres actifs qui développent des problèmes de santé de continuer à servir pendant une certaine période, même si leurs cotes ne satisfont plus aux exigences de leur groupe professionnel ou au principe de l'universalité du service. La mise en place de politiques adaptées aux limitations fonctionnelles des membres en service ne suffit pas à démontrer que les exigences G2 et O2 de la NMCE constituent un [TRADUCTION] « obstacle déraisonnable en matière de santé mentale » ni que cette norme n'est pas nécessaire pour garantir que l'état de santé des recrues permette de respecter le principe de l'universalité du service.

[241] En résumé, je conclus que la NMCE et les politiques médicales connexes étaient nécessaires à l'atteinte des objectifs. La preuve me permet de conclure qu'elles sont suffisamment liées au principe de l'universalité du service établi dans la *Loi sur la défense nationale* et défini dans la décision *Irvine CF*. Au paragraphe 15(9) de la LCDP, il est indiqué que l'obligation d'adaptation s'applique « sous réserve de l'obligation de service imposée aux membres des Forces canadiennes, c'est-à-dire celle d'accomplir en permanence et en toutes circonstances les fonctions auxquelles ils peuvent être tenus ». Ce n'est pas parce qu'il existe une obligation d'adaptation que les FAC doivent accepter des candidats dont l'évaluation médicale, effectuée en bonne et due forme, révèle qu'ils ne sont pas en mesure de respecter les exigences liées au principe de l'universalité du service. Je reconnais que la NMCE est la norme médicale appropriée pour tous les candidats aux FAC, à condition que l'évaluation médicale soit correctement réalisée et qu'elle ne soit pas arbitraire, hâtive, imprudente ou insuffisante (*Irvine CF*, au par. 21).

[242] L'alinéa 15(1)a) et les paragraphes 15(2) et 15(9) de la LCDP justifient l'adoption de la NMCE et des politiques médicales connexes, ainsi que leur application à toutes les nouvelles recrues. Il est justifié que les FAC appliquent la NMCE pour évaluer l'état de santé de tous les candidats. Par conséquent, le fait que les FAC aient fixé ou appliqué ces politiques ne constitue pas un acte discriminatoire au sens de l'alinéa 10a).

**2. Étant donné que la NMCE et les politiques médicales connexes ont été jugées nécessaires, aurait-il été possible pour les FAC d'offrir des mesures d'adaptation à M. Dorais sans toutefois subir une contrainte excessive?**

[243] Oui. Comme il est expliqué ci-dessous, M. Dorais a communiqué suffisamment de renseignements sur ses antécédents médicaux au cours du processus d'évaluation médicale pour que les FAC soient tenues de prendre des mesures d'adaptation jusqu'à ce qu'il en résulte, pour elles, une contrainte excessive. Je décris ci-dessous les mesures d'adaptation requises et les raisons pour lesquelles elles n'auraient pas causé de contrainte excessive.

### **a) Le processus de candidature des FAC**

[244] Dans son témoignage, la majeure Eastwood a décrit le processus de candidature des FAC tel qu'il était en 2016. Quiconque souhaitait s'enrôler dans les FAC devait présenter une demande en ligne. En règle générale, lorsqu'une personne souhaitait s'enrôler dans une unité de la Première réserve, on transmettait sa demande à l'unité de réserve visée. Si l'unité jugeait le candidat potentiel, elle envoyait le dossier à un détachement du Centre de recrutement des Forces armées canadiennes, qui constituait le principal point de contact et le centre de traitement des demandes. Le détachement procédait à un test d'aptitude, un test de personnalité, à une vérification du casier judiciaire et à d'autres contrôles de fiabilité. Si ces tests et contrôles étaient réussis, un conseiller en carrières militaires des FAC menait une entrevue, discutait du groupe professionnel pour lequel le candidat avait exprimé une préférence et évaluait l'aptitude générale de ce dernier. Pour une demande visant une unité de réserve, les FAC évaluaient aussi la « compatibilité personne-emploi », la plupart de ces postes étant concurrentiels.

[245] Après l'entrevue, une évaluation médicale était réalisée indépendamment des autres étapes du processus de recrutement. Les Instructions pour les évaluations de dépistage et le document intitulé « Processing at CRFC Medical Sections » (Traitement dans les sections médicales des CRFC) décrivent le processus d'évaluation médicale.

[246] En résumé, tous les candidats que le détachement juge aptes sur le plan administratif à poser leur candidature doivent subir un examen médical et se voir attribuer une catégorie médicale avant l'enrôlement afin de s'assurer qu'ils satisfont aux exigences de l'universalité du service et de la NMCE.

[247] En général, à la partie I de l'évaluation médicale, le candidat remplit un questionnaire médical avec l'aide d'un technicien médical subalterne, puis passe un examen de la vue, un test auditif (audiogramme) et un examen de la vision des couleurs.

[248] À la partie 2, un technicien médical supérieur examine les renseignements recueillis à la partie 1, rencontre le candidat, recueille ses antécédents médicaux et effectue une évaluation physique et mentale. Au besoin, il remet des formulaires supplémentaires (LMF) au candidat pour que son médecin généraliste ou un spécialiste les remplisse, puis reçoit

et examine ces formulaires. Sur la foi de ces renseignements, le technicien médical formule des recommandations concernant la catégorie médicale du candidat et transmet le dossier au BMR pour décision.

[249] Dans certains cas, il peut arriver que l'enrôlement du candidat soit recommandé après la partie 2, en attendant que soit donnée l'approbation après la partie 3. Cependant, d'après les instructions d'opération, il n'est pas possible de recommander l'enrôlement d'un candidat ayant des antécédents ou un diagnostic de tout problème de santé qui pourrait faire en sorte que le candidat soit déclaré, de façon temporaire ou permanente, médicalement inapte à servir dans les FAC, notamment des problèmes psychologiques/psychosociaux, abus d'alcool ou de drogues, troubles épileptiques, colite ulcéreuse, asthme et toute allergie pouvant provoquer une réaction anaphylactique.

[250] À la partie 3, un évaluateur médical chargé du recrutement au sein du BMR examine le dossier médical du candidat, détermine les contraintes à l'emploi pour raisons médicales qui s'appliquent et définit la catégorie médicale. En 2016, le BMR envoyait une lettre de décision pour informer le candidat s'il satisfaisait à la NMCE. Si le candidat ne répondait pas aux critères, des paragraphes types tirés des Instructions pour les évaluations de dépistage étaient ajoutés à la lettre pour expliquer les prochaines étapes à suivre. Le candidat pouvait également discuter avec un technicien médical du centre de recrutement.

[251] Le volume de demandes d'enrôlement est élevé, mais les données varient quant au nombre de demandes que le BMR traite chaque année :

- a) Le Dr Long Truong, ancien directeur de la Direction des politiques médicales au sein du BMR, a déclaré que son groupe traitait jusqu'à 20 000 demandes d'enrôlement par année.
- b) Dans un courriel daté de 2019, la majeure Susan Atherley, en réponse à des questions de la Commission, précisait que les FAC recevaient 39 000 demandes électroniques par année et que, sur ce nombre, 11 000 candidats passaient un examen médical.

- c) Dans son témoignage, le lieutenant-colonel Minkley a déclaré que le BMR recevait entre 12 000 et 16 000 dossiers par année, dont 5 000 à 6 000 comportaient des renseignements sur un trouble mental sous-jacent et nécessitaient un examen. Entre 2015 et 2017, il y avait entre quatre et six analystes médicaux équivalents temps plein au BMR.
- d) Le Dr Murphy a estimé que le BMR recevait plus de 10 000 dossiers par année et que, en 2016, le BMR comptait 3,5 employés, dont deux médecins chargés d'examiner les dossiers plus complexes.

[252] Que le nombre d'évaluations médicales en 2016 ait été de 10 000 ou se soit rapproché de 20 000, le volume de travail des évaluateurs demeurait élevé.

## **b) Le processus de candidature pour M. Dorais**

### **I. La candidature de M. Dorais à une unité de la Première réserve**

[253] M. Dorais a présenté une demande auprès des FAC en 2015 afin de devenir membre à temps partiel de l'unité de la 15<sup>e</sup> Ambulance de campagne de la Première réserve. Entre novembre 2015 et janvier 2016, M. Dorais a passé les tests et les contrôles. Le 2 février 2016, un conseiller en carrières militaires a rencontré M. Dorais et a confirmé, comme il est indiqué dans le formulaire d'entrevue, que M. Dorais était admissible et apte à occuper un poste d'officier en soins infirmiers, bien que ce dernier ne pouvait être officiellement admis que s'il satisfaisait à la norme médicale des FAC. La vérification du casier judiciaire était également en suspens, mais a été effectuée par la suite.

[254] M. Dorais croyait avoir réussi toutes les étapes du processus de candidature, et l'unité de réserve qui l'intéressait était prête à lui offrir un poste s'il satisfaisait à la norme médicale. Dans ses observations finales, il a fait valoir qu'il [TRADUCTION] « avançait clairement dans le processus de recrutement avec la supervision et l'accompagnement du caporal-chef Mason, recruteur de la 15<sup>e</sup> Ambulance de campagne, avec la certitude qu'un poste d'officier en soins infirmiers [l']attendait ». Il a notamment déposé en preuve des courriels échangés avec le recruteur de l'unité de réserve en novembre 2015 et du 14 janvier au 3 février 2016. Toutefois, en contre-interrogatoire, M. Dorais a déclaré qu'on

ne lui avait pas dit qu'il était le seul candidat au poste d'officier en soins infirmiers de l'unité de réserve, qu'il ne savait pas combien il y avait de candidats pour ce poste et qu'il avait cru comprendre qu'un poste d'officier en soins infirmiers était disponible, mais qu'il ne pouvait pas affirmer avec certitude que ce poste lui était réservé.

[255] Selon le témoignage de la majore Eastwood, tous les candidats aux FAC signent une offre d'emploi conditionnelle à la fin de leur entrevue afin que les FAC puissent poursuivre les démarches administratives en vue de l'enrôlement. Un document faisant état des démarches administratives des FAC concernant M. Dorais (le « document de suivi administratif ») atteste que M. Dorais a signé une offre d'emploi conditionnelle le jour même de son entrevue. Comme M. Dorais avait postulé auprès d'une unité de réserve, son dossier aurait donc été renvoyé à l'unité avec une recommandation indiquant qu'il était apte et admissible à l'enrôlement. La majore Eastwood a déclaré que les postes en soins infirmiers dans la Force régulière des FAC étaient très convoités et qu'elle n'avait aucune raison de croire qu'il en était autrement dans une unité de réserve. Elle a expliqué que, s'il y avait plusieurs candidats pour un poste, il revenait au commandant de l'unité de réserve de choisir. Selon elle, c'est pourquoi les FAC informent tous les candidats qu'aucun enrôlement n'est garanti avant la remise d'une offre d'emploi ferme.

[256] En contre-interrogatoire, M. Dorais a demandé à la majore Eastwood s'il était raisonnable de dire qu'il aurait [TRADUCTION] « eu le poste » s'il avait satisfait à la norme médicale. Elle a répondu par la négative, car le commandant de l'unité de réserve aurait pu avoir à choisir parmi plusieurs candidats admissibles. Selon elle, il était raisonnable de s'attendre à ce qu'il y ait au moins un poste d'officier en soins infirmiers vacant au sein de la 15<sup>e</sup> Ambulance de campagne, mais il arrive parfois qu'il y ait un décalage entre la perception qu'a le recruteur de la disponibilité d'un poste et la réalité.

[257] Compte tenu de tous les éléments de preuve concernant la disponibilité du poste d'officier en soins infirmiers, je conclus qu'il est plus probable qu'improbable que l'unité de réserve de la 15<sup>e</sup> Ambulance de campagne n'avait pas promis à M. Dorais de lui offrir le poste s'il satisfaisait à la NMCE. Les courriels que le recruteur a envoyés à M. Dorais ne sont pas concluants. Rien dans ces courriels n'indique, contrairement à ce que croyait M. Dorais, qu'un poste d'officier en soins infirmiers l'attendait. Je retiens l'explication de la

majore Eastwood quant au caractère conditionnel de l'enrôlement de M. Dorais, tel qu'il ressort du document de suivi administratif, plutôt que l'interprétation qu'en a faite M. Dorais.

## **II. M. Dorais n'était pas admissible à une dérogation à la NMCE**

[258] Il n'y a pas eu dérogation à la NMCE dans le cas de M. Dorais. La majore Eastwood a affirmé que M. Dorais ne répondait pas au critère selon lequel il doit être un candidat qualifié ou semi-qualifié pour le poste. Selon elle, l'instruction de base est obligatoire pour tous les anciens membres des FAC qui souhaitent se réenrôler comme officiers s'ils n'ont pas d'expérience dans cette fonction ou les qualifications avancées en leadership d'un militaire du rang de grade supérieur, tel qu'un adjudant-maître. M. Dorais voulait s'enrôler comme officier, mais il n'avait ni expérience comme officier ni qualifications en leadership. J'accepte donc que M. Dorais n'ait pas pu déroger à la NMCE pour cette raison.

[259] Autre raison : les qualifications en soins infirmiers de M. Dorais faisaient de lui un candidat admissible à un poste d'officier en soins infirmiers, mais elles ne lui permettaient pas de se soustraire au cours de soins infirmiers qu'il devait suivre après avoir terminé la qualification militaire de base des officiers. Selon la majore Eastwood, pour exercer leur profession dans un contexte militaire, les candidats doivent nécessairement suivre les cours de formation. J'accepte également que M. Dorais n'ait pas pu obtenir une dérogation à la NMCE pour cette raison.

[260] La majore Eastwood a également déclaré que, pour être admissible à une dérogation aux exigences de la NMCE, un candidat doit obtenir les cotes requises pour le groupe professionnel visé. Comme les cotes G et O de M. Dorais étaient inférieures aux exigences requises pour un poste d'officier en soins infirmiers, il n'était pas admissible à la dérogation. Autrement dit, lorsqu'elles permettaient à un candidat de déroger de la NMCE, les FAC considéraient tout de même les cotes requises pour le poste visé par le candidat comme une exigence minimale.

[261] Comme M. Dorais n'était pas admissible à une dérogation à la NMCE pour les raisons décrites ci-dessus, il n'aurait donc pas été admissible à la dérogation, même si son état de santé avait été évalué différemment.

### III. Renseignements préliminaires contenus dans le rapport d'examen médical

[262] Une fois l'entrevue avec le conseiller en carrières militaires terminée, les FAC ont prévu un examen médical pour M. Dorais.

[263] Le 7 avril 2016, M. Dorais s'est présenté à son examen physique au centre de recrutement des FAC. Il a d'abord rencontré la caporale Smith, une technicienne médicale subalterne. La caporale Smith a remis à M. Dorais un formulaire intitulé « Rapport d'examen médical (En vue de l'enrôlement) » (le « rapport »). M. Dorais a lu les questions figurant sur la première page et a coché les cases correspondant à ses réponses. La caporale Smith a regardé le formulaire avec lui et a ajouté des notes à côté de certaines questions, en se basant sur les renseignements fournis par M. Dorais, afin que ce dernier clarifie ses réponses. La preuve ne permet pas de confirmer que la caporale Smith a ajouté les notes manuscrites ou si quelqu'un d'autre l'a fait, mais les faits ne sont pas contestés et je conclus qu'il s'agit bien de ses notes.

[264] À la première page du rapport :

- a) En réponse à la question « Souffrez-vous d'une maladie ou une invalidité, ou vous faites-vous traiter actuellement à cet égard? », M. Dorais a coché « oui ». La caporale Smith a écrit [traduction] « TSPT » à côté de la question.
- b) Au point « Affection ou dépression nerveuse », M. Dorais a coché « oui ». La caporale Smith a ajouté [traduction] « TSPT ».
- c) Au point « Douleur lombaire », M. Dorais a coché « oui ». La caporale Smith a écrit [traduction] « lombalgie ».
- d) En réponse à la question « Prenez-vous des médicaments ou des pilules? », M. Dorais a coché « oui ». La caporale Smith a écrit [traduction] « Trintellix ».
- e) La caporale Smith et M. Dorais ont signé au bas de la page, déclarant par le fait même que les renseignements fournis étaient véridiques, ce qui a mis fin à cette partie de l'entrevue.

#### IV. Examen médical avec le sergent McLagan

- a) « **Les Forces renvoient les personnes atteintes d'un TSPT, pourquoi laisseraient-elles des personnes atteintes d'un tel trouble rejoindre leurs rangs? »**

[265] M. Dorais a ensuite rencontré le sergent McLagan, ancien sergent et technicien médical principal comptant 31 ans d'expérience, aujourd'hui à la retraite. Le sergent McLagan a obtenu les antécédents de M. Dorais, et ceux-ci sont détaillés sur quatre pages du rapport.

[266] Voici ce qui ressort du témoignage de M. Dorais :

- a) Le sergent McLagan est entré dans la pièce et s'est concentré sur les références au TSPT faites dans le rapport.
- b) Le sergent McLagan a dit qu'il entendait être franc avec M. Dorais et a ajouté que le bureau médical de recrutement d'Ottawa allait rejeter sa demande en raison des mentions de TSPT, puis lui envoyer une lettre à cet effet. Il lui a demandé s'il voulait malgré tout poursuivre le processus.
- c) M. Dorais a été déstabilisé que le sergent McLagan fasse une telle remarque à un stade aussi précoce du processus de candidature. Le sergent McLagan a dit : [traduction] « Les Forces renvoient les personnes atteintes d'un TSPT, pourquoi laisseraient-elles des personnes atteintes d'un tel trouble rejoindre leurs rangs? »
- d) M. Dorais a insisté pour poursuivre l'examen, mais la remarque du sergent McLagan lui a causé un certain malaise et un mélange de colère, d'embarras, d'humiliation et de honte. L'entrevue s'est poursuivie et, selon M. Dorais, elle s'est bien déroulée.

[267] Voici ce qui ressort du contre-interrogatoire de M. Dorais :

- a) Les avocates des FAC ont déclaré que le sergent McLagan n'avait pas dit que la demande de M. Dorais serait certainement rejetée par le directeur des politiques médicales en raison de son état de santé, ce à quoi M. Dorais a répondu que le sergent McLagan avait bel et bien tenu ces propos et qu'[traduction] « [il s']en souv[enait] parfaitement, à 100 % ».
- b) M. Dorais se souvient que le sergent McLagan a dit que [traduction] « les Forces renvoient les personnes atteintes d'un TSPT, pourquoi laisseraient-elles des personnes atteintes d'un tel trouble rejoindre leurs rangs? »
- c) M. Dorais n'a pas pris de notes durant son entretien avec le sergent McLagan.
- d) Les avocates des FAC ont affirmé que M. Dorais ne se souvenait de sa conversation avec le sergent McLagan, ce à quoi M. Dorais a répondu qu'il se rappelait de bribes de la conversation et de ce qu'il avait ressenti.

[268] Le sergent McLagan a aussi témoigné au sujet de sa rencontre avec M. Dorais. Il ne se souvenait ni de M. Dorais ni de leurs conversations. Il a ajouté qu'il se considérait comme une personne ouverte et honnête et qu'il aurait exprimé son point de vue sur l'évaluation médicale de M. Dorais de façon franche et honnête, en s'appuyant sur sa propre expérience.

[269] J'accepte que les propos tenus par le sergent McLagan devant M. Dorais se voulaient francs et honnêtes, et qu'ils étaient fondés sur sa propre expérience. Par ailleurs, le témoignage du sergent McLagan concorde avec les renseignements qu'il a fournis à la Commission lors d'une entrevue qu'il a eue avec un agent des droits de la personne le 31 janvier 2019.

[270] Le sergent McLagan a témoigné que, selon son expérience, M. Dorais ne pouvait pas, en raison de ses antécédents médicaux (tentative de suicide et hospitalisation, consultation d'un spécialiste, puis arrêt de traitement, prise de médicaments en raison d'un TSPT) et des renseignements fournis par son médecin de famille, satisfaire aux exigences G et O de la NMCE. Selon lui, consulter un spécialiste était sans doute une perte de temps

et d'argent pour un candidat ayant de tels antécédents, mais rien ne prouve que le sergent McLagan ait fait cette remarque à M. Dorais.

[271] Le sergent McLagan ne se souvenait avoir dit que [TRADUCTION] « les Forces renvoient les personnes atteintes d'un TSPT, pourquoi laisseraient-elles des personnes atteintes d'un tel trouble rejoindre leurs rangs? » Il a déclaré que, à cette époque, les FAC libéraient les membres atteints de TSPT et qu'il avait lui-même été libéré pour ce motif.

[272] D'après le témoignage des témoins, il est plus probable qu'improbable que le sergent McLagan ait fait cette remarque. Le témoignage de M. Dorais à ce sujet était clair, et le sergent McLagan ne se souvenait pas de la rencontre. Cependant, ainsi que je l'ai déjà conclu, cette remarque ne prouve pas que les FAC avaient pour pratique de rejeter les demandes des personnes ayant des antécédents de TSPT.

#### **b) Les références au « TDM » (trouble dépressif majeur) qui figurent dans le rapport**

[273] Il y a eu un autre différend concernant les notes manuscrites ajoutées par le sergent McLagan aux pages 2, 4 et 6 du rapport, où figure l'abréviation « TDM » pour trouble dépressif majeur :

- a) À la page 2, il est écrit « TDM » sous la note selon laquelle M. Dorais a reçu un diagnostic de TSPT vers 2002, et une flèche relie « TSPT » à « TDM ».
- b) À la page 4, dans la liste des antécédents médicaux de M. Dorais, il est écrit : [traduction] « dépression : TDM — 2002 ».
- c) À la page 6, à la partie F, [traduction] « Catégorie médicale recommandée », les notes du sergent McLagan font état de « TSPT » et de « TDM », « TDM » étant de nouveau inscrit sous « TSPT », avec une flèche reliant « TSPT » à « TDM ».

[274] D'après les observations des FAC, il ressort de la preuve que M. Dorais a reçu un diagnostic de TDM en 2002 et que ce diagnostic était lié à un autre diagnostic de TDM posé en 2018 (dont il est question plus loin), soit environ deux ans après que M. Dorais eut présenté sa demande.

[275] Or, dans son témoignage, M. Dorais a déclaré qu'il n'avait pas dit au sergent McLagan qu'il avait reçu un diagnostic de TDM en 2002, qu'il n'avait pas reçu un tel diagnostic et qu'il avait simplement indiqué que la dépression était un symptôme associé au TSPT.

[276] Le sergent McLagan a expliqué qu'il ne se souvenait pas de l'entrevue qu'il avait menée avec M. Dorais, mais que s'il avait mentionné le TDM dans le rapport, c'est parce que ce sujet avait été abordé pendant l'examen.

[277] Voici ce qui ressort du contre-interrogatoire du sergent McLagan :

- a) Dans ses notes, la flèche reliant « TSPT » à « TDM » n'avait aucune signification particulière, qu'il s'agissait simplement de sa méthode de prise de notes et qu'il aurait probablement dû utiliser une barre oblique plutôt qu'une flèche.
- b) M. Dorais a demandé s'il était vrai que, si une personne mentionnait avoir souffert de dépression au cours d'un examen, on considérait qu'elle avait souffert d'un TDM. Le sergent McLagan a répondu : [traduction] « Non, la dépression serait [...] Oui, certainement ». (Non souligné dans l'original)
- c) M. Dorais a répété la question et le sergent McLagan a répondu : [traduction] « pas nécessairement, non. Je veux dire, la dépression, il y a différentes formes de dépression ». Il a ajouté : [traduction] « Pour être honnête, je ne sais pas pourquoi je n'ai pas mis la dépression avec "psych", celui en-dessous, ce petit symbole. Encore une fois, je ne me souviens pas pourquoi j'ai fait ça ». (Non souligné dans l'original)
- d) M. Dorais a demandé quel diagnostic le sergent McLagan lui attribuerait. Ce dernier a répondu : [traduction] « Je dirais qu'il s'agissait d'un TSPT, peut-être, euh, il faudrait revoir le dossier, mais, euh, il y avait peut-être de la dépression là-dedans, des antécédents de dépression, euh, mais TSPT avec dépression ». (Non souligné dans l'original)

[278] Voici ce qui ressort du contre-interrogatoire mené par les avocates des FAC :

- a) Les avocates ont demandé au sergent McLagan pourquoi il était écrit « TDM » sous « TSPT » dans le rapport. Ce dernier a répondu : [traduction] « Parce que c'est probablement ce que le candidat m'a dit ». (Non souligné dans l'original)
- b) Les avocates ont demandé pourquoi, à la quatrième page du rapport, il était écrit [traduction] « dépression : TDM — 2002 ». Le sergent McLagan a répondu : [traduction] « Parce que le sujet a été abordé, comme je l'ai déjà dit ». (Non souligné dans l'original)
- c) Selon le sergent McLagan, il aurait inscrit « TDM » sous « dépression » parce que le candidat avait abordé le sujet, si bien que les renseignements sur le TDM lui auraient été [traduction] « communiqués par le candidat lui-même ». (Non souligné dans l'original)

[279] Après avoir soigneusement examiné tous les éléments de preuve à ce sujet, j'estime qu'il est plus probable qu'improbable que M. Dorais n'ait pas dit au sergent McLagan qu'il avait reçu un diagnostic de TDM en 2002. Le témoignage de M. Dorais selon lequel il n'avait pas reçu de diagnostic de TDM en 2002 est crédible, et le témoignage du sergent McLagan sur la question de savoir si M. Dorais lui avait parlé d'un diagnostic de TDM n'est pas clair. Le sergent McLagan ne se souvenait pas de l'entrevue avec M. Dorais. Les réponses qu'il a données à M. Dorais différaient de celles qu'il a données aux avocates des FAC, et ses réponses à la question de savoir si M. Dorais lui avait dit qu'il avait souffert d'un TDM en 2002 manquaient de cohérence.

### **c) Le médicament prescrit**

[280] Pendant l'examen médical, M. Dorais a révélé qu'il prenait du Trintellix, un médicament prescrit. Il a affirmé que le Trintellix n'était pas couramment utilisé pour traiter un TSPT, mais que son médecin de famille le lui avait prescrit pour éviter qu'il n'éprouve les effets secondaires importants qu'il avait connus avec d'autres médicaments.

[281] Les parties ne s'entendaient pas sur l'affection pour laquelle le Trintellix avait été prescrit et sur la mesure dans laquelle M. Dorais en avait besoin.

[282] La Dre Tuka, l'experte appelée à témoigner par les FAC, a déclaré que la preuve médicale ne permettait pas de savoir clairement pourquoi le Trintellix avait été prescrit et dans quelle mesure M. Dorais en avait besoin pour contrôler ses symptômes.

[283] Le Dr Passey, l'expert appelé à témoigner par la Commission, a quant à lui déclaré qu'il fallait davantage de renseignements pour déterminer si le Trintellix avait été prescrit pour traiter les symptômes du TSPT. Il a expliqué que, la prise de médicaments étant un facteur dans la détermination de la catégorie médicale d'une personne, il fallait obtenir d'autres dossiers médicaux ou un rapport médical pour préciser dans quelle mesure M. Dorais avait besoin de la médication. Il a aussi affirmé que, si M. Dorais avait eu la possibilité de réduire progressivement son traitement et de présenter une nouvelle demande après avoir cessé de prendre la médication, il aurait peut-être pu satisfaire aux exigences de la NMCE et que les FAC auraient dû offrir cette possibilité à M. Dorais.

[284] Les FAC ont fait valoir que rien n'empêchait M. Dorais de consulter lui-même son médecin en vue d'arrêter le traitement et que toute incertitude quant à l'usage prévu du Trintellix aurait été résolue si M. Dorais avait cité son médecin comme témoin. La Commission a soutenu que les FAC auraient pu appeler le médecin de M. Dorais à témoigner. Chaque partie m'a demandé de tirer une inférence défavorable du fait que l'autre partie n'avait pas appelé le médecin à témoigner. Je ne tire toutefois aucune conclusion défavorable. Ces différends factuels auraient pu être réglés si des dossiers médicaux établis à la même époque que la demande de réenregistrement de M. Dorais avaient été versés en preuve, dossiers que chacune des parties était en mesure d'obtenir.

#### **d) Les lettres du médecin de famille**

[285] Le sergent McLagan a remis à M. Dorais deux formulaires à faire remplir par son médecin : le formulaire « Dépistage médical pour recrutement (40 à 50 ans) » et le formulaire « Psychiatrique — Renseignements pour recrutement ». Le Dr Buchner a donc rempli ces formulaires, désignés ci-dessus par l'acronyme « LMF », le 11 mai 2016.

[286] D'après les LMF, M. Dorais a rencontré le Dr Buchner en janvier 2015 et était présent lorsque ce dernier a rempli les formulaires. M. Dorais a témoigné que le Dr Buchner s'était

appuyé sur les renseignements qu'il lui avait fournis, mais qu'il ne se souvenait pas si le Dr Buchner lui avait demandé son avis pour remplir les formulaires.

[287] Voici donc les questions figurant dans le formulaire « Dépistage médical pour recrutement (40 à 50 ans) » ainsi que les réponses du Dr Buchner :

A. Diagnostic : [TRADUCTION] « En santé »

B. Anamnèse pertinente (date de début, investigations, consultations, etc.) :  
[TRADUCTION] « Aucun »

C. Traitement : [TRADUCTION] « Aucun »

D. Suivi requis : [TRADUCTION] « Aucun »

E. Risque de récurrence : [TRADUCTION] : « Aucun »

F. Pronostic : [TRADUCTION] « En santé »

G. Toutes restrictions en ce qui concerne les activités physiques et mentales, étant donné qu'un membre des Forces canadiennes travaille parfois sous des conditions de stress physique/mental intenses dans des régions éloignées :  
[TRADUCTION] « Aucune restriction »

Est-ce que le(la) postulant(e) a des antécédents médicaux/chirurgicaux/psychiatriques pertinents? [TRADUCTION] « TSPT »

Depuis quand suivez-vous le(la) postulant(e)? [TRADUCTION] « Janvier 2015 »

[288] Voici les renseignements figurant dans le formulaire « Psychiatrique — Renseignements pour recrutement » (Pièce R-23) :

A. Diagnostic(s) psychiatrique(s) avec date(s) : [TRADUCTION] « Trouble de stress post-traumatique — diagnostiqué en 2003-2004 »

B. Pensée(s) suicidaire(s), geste(s), date(s)? [TRADUCTION] « Seulement en 2003 »

C. Traitement (médication, psychothérapie, etc.)? [TRADUCTION]  
« Médicament — Trintellix 10 mg par jour »

D. Est-ce que le traitement est actif? (si non, date de fin de traitement)  
[TRADUCTION] « Oui »

E. Un suivi est-il nécessaire? [TRADUCTION] « Oui, il est stable, fonctionne très bien et occupe à temps plein »

F. Quel est le risque de récurrence? [TRADUCTION] « Négligeable »

G. Habileté d'adaptation et de tolérer un niveau de stress élevé? [TRADUCTION]  
« Bonne habileté d'adaptation, travaille bien sous pression »

H. Votre patient est-il/elle à risque de s'auto-mutuler ou de représenter un danger pour autrui? Case cochée « non »

Est-ce que le(la) postulant(e) a des antécédents médicaux/chirurgicaux/psychiatriques pertinents? [Aucune réponse]

Depuis quand suivez-vous le(la) postulant(e)? [TRADUCTION] « Depuis janvier 2015 »

[289] Le sergent McLagan a déclaré qu'il y avait peu de renseignements dans les LMF. Je suis aussi de cet avis. En effet, ces formulaires contiennent trop peu de détails sur l'état de santé de M. Dorais, particulièrement compte tenu de ses antécédents médicaux (tentative de suicide, traitement psychiatrique par le Dr Elwell jusqu'en 2011 ou 2012, et période entre l'arrêt du traitement par le Dr Elwell et le début du traitement par Dr Buchner en 2015). Ils présentent un portrait différent de l'état de santé de M. Dorais en 2016 de celui qui ressort du rapport que le sergent McLagan a rédigé.

#### **V. La recommandation concernant la catégorie médicale de M. Dorais**

[290] Le 17 mai 2016, après avoir reçu les formulaires remplis par le Dr Buchner, le sergent McLagan a recommandé la catégorie médicale V1 CV1 H1 **G4 O3** A5 (non souligné dans l'original).

[291] Le sergent McLagan a témoigné au sujet de sa recommandation. Voici ce qui ressort de son témoignage :

- a) Au départ, le sergent McLagan avait recommandé les cotes G3 et O3, compte tenu des antécédents de M. Dorais, de sa prise quotidienne de médicaments et des renseignements qu'il lui avait fournis lors de l'entrevue. Il a toutefois modifié la cote G3 pour G4, car, d'après son expérience et sa compréhension des Normes médicales applicables aux FAC (PFC 154), la cote G4 était la plus appropriée compte tenu des antécédents et de la prise de médicaments de

M. Dorais. Il appliquait les lignes directrices du BMR lorsqu'il évaluait les candidats souffrant de troubles de santé mentale.

- b) La note du Dr Buchner selon laquelle M. Dorais n'avait [traduction] « aucune restriction » ne s'est pas vu accorder beaucoup de poids, car le Dr Buchner n'a fourni que peu de renseignements. Le Dr Bucher, en indiquant que le risque de récurrence des symptômes du TSPT était [traduction] « négligeable », n'a pas annulé l'effet des autres renseignements; il appartient toutefois à l'analyste des renseignements médicaux du BMR d'en décider.
- c) Même si le Dr Buchner avait indiqué que M. Dorais avait une [traduction] « bonne » habileté d'adaptation et qu'il « travaillait bien sous pression », le sergent McLagan a déclaré que, selon son interprétation des facteurs G et O, le stress inhérent à un milieu opérationnel militaire pouvait constituer un problème pour M. Dorais.
- d) Dans d'autres cas, le BMR a demandé au médecin de famille de donner des précisions ou des renseignements supplémentaires et de diriger le candidat vers un spécialiste. En l'espèce, le sergent McLagan a déclaré qu'il ne pouvait fonder sa recommandation que sur les renseignements que lui avaient transmis le candidat et les médecins traitants de celui-ci.
- e) Pour formuler sa recommandation, il aurait pris en considération tout rapport fourni par M. Dorais, y compris ceux établis par un psychiatre ou un psychologue. Avec du recul, il aurait dû recommander à M. Dorais de faire remplir le formulaire par un psychiatre.

[292] Le sergent McLagan a déclaré que, d'après son expérience et sa connaissance des Normes médicales applicables aux FAC (PFC 154), il savait que M. Dorais ne serait pas en mesure de satisfaire aux exigences relatives aux facteurs G et O de la NMCE compte tenu de ses antécédents médicaux (tentative de suicide et hospitalisation, consultation d'un spécialiste et arrêt du traitement, prise quotidienne de médicaments pour traiter un TSPT) et des renseignements fournis par le Dr Buchner dans les LMF. Il a expliqué qu'il ne revenait

pas au technicien médical de demander des renseignements médicaux supplémentaires et que, bien qu'il ait pu suggérer à M. Dorais d'obtenir un rapport d'un psychologue ou d'un psychiatre, il ne l'a pas fait parce qu'il savait que M. Dorais ne pouvait pas satisfaire aux exigences de la NMCE et que cette démarche lui ferait perdre temps et argent.

[293] Les politiques des FAC appuient la conception qu'a le sergent McLagan du rôle de technicien médical. Dans le document intitulé « Processing at CRFC Medical Sections » (Traitement dans les sections médicales des CRFC), des directives sont données aux techniciens médicaux concernant la préparation des dossiers médicaux des candidats à transmettre à l'évaluateur médical du BMR. Il y est notamment indiqué ce qui suit :

- a) Les membres du personnel médical ne sont pas autorisés à dire à un candidat qu'il est inapte, sur le plan médical, à s'enrôler dans les FAC, ni à inciter le candidat à retirer sa candidature. Le candidat doit pouvoir prendre une décision éclairée sans subir de pression de la part des membres du personnel médical.
- b) Le candidat [traduction] « peut devoir obtenir auprès de son médecin de famille ou d'un spécialiste des renseignements médicaux supplémentaires afin de compléter son dossier avant de l'envoyer au BMR », et « cette démarche peut être longue et coûteuse pour le candidat, puisqu'il doit en assumer tous les frais ».

[294] En outre, il est écrit dans les Instructions pour les évaluations de dépistage que le personnel médical chargé du recrutement ne doit pas « faire de déduction ou de supposition » quant aux renseignements qui pourraient amener le BMR à modifier sa décision de refuser l'enrôlement d'un candidat. Ainsi, ce n'est qu'**une fois que** le BMR a conclu que le candidat ne satisfaisait pas aux exigences de la NMCE que le technicien médical peut exercer son rôle. Or, il en va de même **avant** que le BMR examine le dossier du candidat, c'est-à-dire que le technicien médical ne doit pas chercher à deviner quels renseignements supplémentaires le BMR pourrait exiger pour rendre sa décision.

[295] On trouve dans les Instructions pour les évaluations de dépistage des exemples de ce que ne doit pas faire le sergent McLagan : il ne doit pas indiquer au candidat

d'interrompre la prise de médicaments ou un traitement pendant une certaine période, ou divulguer les résultats d'une évaluation ou d'un test en particulier.

[296] Je suis convaincu qu'il n'appartenait pas au sergent McLagan d'obtenir des renseignements médicaux supplémentaires ou de recommander à M. Dorais en ce sens. Le sergent McLagan a déclaré qu'il aurait pu suggérer à M. Dorais de demander à un psychiatre ou à un psychologue de remplir les LMF, et avec du recul, il a reconnu qu'il aurait dû le faire. Cependant, il n'était pas tenu de le faire en vertu des directives procédurales des FAC.

## **VI. La décision du BMR concernant la catégorie médicale et sa première lettre de décision**

[297] Après avoir formulé sa recommandation concernant la catégorie médicale de M. Dorais, le sergent McLagan a transmis le dossier au BMR pour décision.

[298] Le Dr Murphy a examiné la demande de M. Dorais. Au moment de l'audience, le Dr Murphy était un médecin de famille au civil. Il a commencé à travailler dans les FAC en 2000 et a intégré le BMR en 2009.

[299] Le 24 août 2016, le Dr Murphy a attribué les cotes G4 et O4 à M. Dorais. Sur le rapport, on trouve la mention suivante : [TRADUCTION] « Ne répond pas aux critères de la NMCE (432225). Voir la lettre. »

[300] Le 4 novembre 2016, le BMR a envoyé sa première lettre de décision à M. Dorais. Il s'agit d'une lettre type à laquelle le Dr Murphy a ajouté ses commentaires. Voici les troisième et quatrième paragraphes :

[TRADUCTION]

Nous avons examiné les dossiers médicaux joints à votre demande de réenrôlement dans les Forces canadiennes. **D'après les renseignements que vous avez fournis, vous avez déjà reçu un diagnostic de lombalgie récidivante et de TSPT/dépression, et vous avez déclaré avoir fait une surdose médicamenteuse par le passé. Vous prenez actuellement du Trintellix et présentez toujours un risque accru de récurrence des symptômes, notamment si vous êtes exposé au stress inhérent à un milieu militaire.** Nous avons le regret de vous informer que, pour cette raison,

vous ne satisfaites pas aux normes médicales applicables au réenrôlement. (Non souligné dans l'original.)

Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision relative à votre aptitude physique, voici les voies d'appel : faire parvenir de nouveaux renseignements médicaux pertinents **par l'intermédiaire de la section médicale de votre centre de recrutement des Forces canadiennes (CRFC)**; ou soumettre au Directeur — Politique de santé une demande de réexamen de votre dossier, également **par l'intermédiaire de la section médicale de votre centre de recrutement des Forces canadiennes**, et préciser les aspects de la décision avec lesquels vous êtes en désaccord, et en fournir les raisons. (Souligné dans l'original.)

[301] La décision du Dr Murphy repose sur les contraintes à l'emploi pour raisons médicales qui suivent :

- nécessite un suivi médical périodique, mais pas plus souvent que tous les six mois;
- présente un risque d'exacerbation d'un problème de santé chronique lorsqu'il est exposé à un milieu de travail militaire;
- souffre d'un problème de santé chronique avec un risque de récurrence, dont la fréquence est indéterminée;
- le conditionnement physique est limité en type, durée, intensité ou fréquence;
- est inapte au travail dans un contexte militaire.

[302] Dans son témoignage, le Dr Murphy a expliqué les raisons pour lesquelles il a imposé des contraintes à l'emploi :

- a) M. Dorais nécessite [traduction] « suivi médical périodique, mais pas plus souvent que tous les six mois » parce que, s'il devait être déployé ou travailler dans un milieu militaire instable, il faudrait surveiller son traitement aux antidépresseurs.

- b) Le risque [traduction] « d'exacerbation d'un problème de santé chronique lorsqu'il est exposé à un milieu de travail militaire » est lié au risque accru de dépression et de TSPT.
- c) Le [traduction] « problème de santé chronique avec un risque de récurrence, dont la fréquence est indéterminée » se rapporte aussi au fait qu'il est impossible de prédire le risque qu'une personne atteinte de TSPT court lorsqu'elle se retrouve dans un milieu militaire.
- d) Le [traduction] « conditionnement physique est limité en type, durée, intensité ou fréquence » compte tenu des antécédents de lombalgie récidivante.
- e) M. Dorais est [traduction] « inapte au travail dans un contexte militaire » compte tenu de ses antécédents de dépression et de TSPT, de ses comportements suicidaires et de la prise continue de médicaments.

## **VII. La demande de réexamen de M. Dorais**

[303] Le 12 décembre 2016, M. Dorais a envoyé une lettre d'appel de six pages au Directeur — Politique de santé, afin qu'il réexamine son dossier. Voici un résumé de cette lettre :

- a) M. Dorais a indiqué que les FAC s'appuyaient sur des énoncés généraux concernant l'universalité du service pour justifier des décisions défavorables quant à sa condition médicale, plutôt que sur des renseignements précis démontrant comment ce principe s'appliquait à son dossier médical.
- b) Il est inexact d'invoquer les douleurs récurrentes au bas du dos comme motif de refus. M. Dorais a affirmé ne pas avoir signalé ces douleurs lorsqu'il a fait part de ses antécédents médicaux, et son médecin de famille n'y a pas fait référence non plus.
- c) En ce qui concerne le diagnostic de TSPT :

- i. M. Dorais a déclaré qu'il disposait des [traduction] « outils cognitivo-comportementaux » pour gérer les symptômes du TSPT.
  - ii. Il a écrit que l'application par les FAC de la politique sur l'universalité du service pour libérer des membres pour des raisons médicales ou empêcher des candidats atteints de troubles psychiatriques gérables de s'enrôler ou de se réenrôler est [traduction] « empreinte de connotations stéréotypées et punitives » qui sont dépassées et préjudiciables.
  - iii. Il a fait référence aux expériences vécues lors de son déploiement en 1994, qui sont la cause principale de son diagnostic de TSPT, et au fait qu'il a ensuite reçu des soins appropriés pour traiter son TSPT.
- d) En ce qui concerne la tentative de suicide, M. Dorais a indiqué avoir [traduction] « touché le fond » avant de rebondir. Grâce à la psychothérapie, à la médication, à son sens de l'initiative et à sa motivation, M. Dorais a appris à cerner ses déclencheurs et a développé une plus grande résilience qui lui permet de composer avec les symptômes du TSPT. Il a affirmé qu'il a ainsi pu acquérir un tempérament plus équilibré, parvenir à une stabilité financière et résidentielle, suivre une formation qui lui a permis d'exercer sa profession et se constituer un réseau social très soutenant.
- e) En ce qui concerne les médicaments sur ordonnance, M. Dorais a indiqué qu'il est faux de prétendre qu'il ne peut pas fonctionner ou survivre sans Trintellix. Il le prend par choix, [traduction] « pour renforcer l'efficacité d'autres stratégies de gestion du stress » et pour rester au meilleur de ses capacités. Il a ajouté que, s'il était déployé, il pourrait [traduction] « facilement sauter une ou plusieurs doses sans ressentir d'effets secondaires ou presque », que sa vie ne serait pas en danger, pas plus que celle des autres, et qu'il a déjà composé avec cette condition dans un contexte militaire.

- f) M. Dorais a soutenu qu'il est faux de prétendre qu'il devait être suivi de manière régulière par un médecin en raison de ses problèmes de santé et de sa prise de médicaments.
- g) En ce qui concerne l'affirmation selon laquelle il courait un risque accru de récurrence des symptômes, notamment s'il était exposé au stress inhérent à un milieu militaire, M. Dorais a fait valoir que le Dr Buchner n'avait pas soulevé cette préoccupation dans ses LMF et qu'il travaillait depuis neuf ans comme infirmier dans un environnement extrêmement stressant, c'est-à-dire dans des pénitenciers fédéraux. Il attribue cette stabilité professionnelle au traitement qu'il a reçu pour le TSPT.
- h) En résumé, M. Dorais a indiqué qu'aucune raison médicale importante ne l'empêchait de travailler au sein des FAC. Il a demandé que la décision fasse l'objet d'un réexamen et, à supposer que les FAC maintiennent leur refus, qu'elles lui [traduction] « expliquent de manière plus objective » en quoi le « fait de [le] déclarer à nouveau apte au service militaire représenterait pour elles une contrainte excessive sur les plans de la santé, de la sécurité et des coûts ».

[304] M. Dorais n'a pas joint de dossiers médicaux à sa lettre. Il a déclaré qu'il aurait fourni de nouveaux renseignements médicaux si on le lui avait demandé.

### **VIII. La deuxième lettre de décision du BMR**

[305] Après avoir reçu la lettre de M. Dorais, le Dr Murphy a réexaminé le dossier. Le 9 janvier 2017, il a de nouveau conclu que M. Dorais ne satisfaisait pas à la NMCE. Il n'a apporté aucune modification aux cotes initiales G4 et O4. Il a relevé les antécédents de TSPT et de surdose de M. Dorais, de même que la prise continue de Trintellix. Après examen, il a donc conservé la liste des contraintes à l'emploi pour raisons médicales telle quelle, si ce n'est qu'il a supprimé la mention des douleurs récurrentes au bas du dos.

[306] Voici un extrait de la deuxième lettre de décision du Directeur — Politique de santé, datée du 3 février 2017 :

[TRADUCTION]

Afin de pouvoir être jugés aptes au service militaire, tous les candidats ayant un problème de santé documenté doivent être en mesure de prouver qu'ils n'ont aucun besoin médical (par exemple, qu'ils n'ont pas besoin d'être suivis régulièrement par un médecin et de prendre des médicaments à long terme pour une maladie chronique, ou qu'ils n'ont pas souffert d'une maladie présentant un risque élevé de récurrence). Tous les documents médicaux des candidats désirant être réenrôlés sont revus au cas par cas afin de déterminer l'admissibilité au réenrôlement. Les documents médicaux provenant de leur service antérieur dans les FAC ne sont examinés qu'au besoin.

Nous avons de nouveau examiné les dossiers médicaux joints à votre demande de réenrôlement dans les Forces canadiennes, y compris les renseignements supplémentaires contenus dans votre lettre personnelle datée du 12 décembre 2016. **D'après les documents, vous avez des antécédents de TSPT/dépression et vous avez déjà tenté de vous suicider par surdose de médicaments. Vous prenez actuellement du Trintellix et présentez toujours un risque accru de récurrence des symptômes, notamment si vous êtes de nouveau exposé au stress inhérent à un milieu militaire.** Nous avons le regret de vous informer que, pour cette raison, vous ne satisfaites pas aux normes médicales applicables au réenrôlement. (non souligné dans l'original).

[307] La deuxième lettre est semblable à la première, sauf que les douleurs récurrentes au bas du dos ne sont pas citées comme motif de refus.

[308] Dans la deuxième décision, les voies d'appel sont à nouveau indiquées. Or, M. Dorais n'a pas porté la décision en appel. Il a déclaré que le fait qu'il n'était plus question de douleurs récurrentes au bas du dos montrait que les FAC avaient pris connaissance de sa lettre, mais qu'elles avaient déjà tranché, si bien qu'il pensait ne rien pouvoir faire de plus pour changer la décision.

## IX. Le témoignage du Dr Murphy

[309] Le Dr Murphy a affirmé que la recommandation qu'il avait reçue du sergent McLagan concernant la catégorie médicale n'avait pas influencé sa décision. Lorsqu'on lui a demandé si les cotes G4 et O4 étaient les cotes attribuées par défaut à un candidat ayant des antécédents de TSPT, le Dr Murphy a répondu [TRADUCTION] « absolument pas » et a ajouté qu'aucun diagnostic de santé mentale n'entraîne automatiquement une exclusion.

[310] Le Dr Murphy a déclaré avoir évalué le risque de récurrence des symptômes de M. Dorais en s'appuyant sur son expérience et sa formation, ainsi que sur les critères établis dans les Normes médicales applicables aux FAC (PFC 154), lesquels servent à déterminer si un candidat satisfait aux exigences des cotes G et O prévues par la NMCE. Il a indiqué s'être également référé à l'annexe G de la PFC 154, mentionnée plus haut, mais le lieutenant-colonel Minkley a déclaré que cette annexe n'était pas encore finalisée à ce moment-là. Je donne préséance au témoignage du lieutenant-colonel Minkley sur ce point, étant donné son expertise en élaboration de politiques relatives aux normes médicales des FAC.

[311] Dans son témoignage, le Dr Murphy a affirmé que les antécédents de TSPT, la tentative de suicide et l'usage continu de Trintellix chez M. Dorais avaient été des facteurs déterminants et l'avaient amené à conclure que M. Dorais ne satisfaisait pas à la NMCE. Le fait que le Dr Murphy ait inscrit ces facteurs à la main sur le rapport, à côté de la décision concernant la catégorie médicale et de sa signature, démontre le rôle déterminant de ces facteurs dans sa décision.

[312] Lorsqu'on lui a demandé s'il estimait que des renseignements médicaux supplémentaires auraient été utiles à sa prise de décision, le Dr Murphy a répondu que, bien que le BMR demande fréquemment aux candidats de fournir des renseignements supplémentaires, il ne l'a pas fait pour M. Dorais, car il était évident, selon lui, que M. Dorais ne pouvait pas obtenir les cotes G2 et O2, même avec des renseignements supplémentaires, en raison de ses antécédents de dépression et de TSPT, de sa tentative de suicide et de son usage continu de Trintellix. Le Dr Murphy a ajouté que, même à la lumière des renseignements contenus dans la lettre d'appel de M. Dorais, il ne s'attendait pas à ce que des renseignements supplémentaires puissent influencer sur la décision.

[313] Cependant, lorsqu'on lui a demandé en contre-interrogatoire si M. Dorais pouvait [TRADUCTION] « obtenir la cote G2 » si, hypothétiquement, on ne tenait pas compte de la tentative de suicide qu'il avait faite en 2003 et du fait qu'il prenait encore des médicaments, et que le seul facteur pris en considération était le diagnostic de TSPT, le Dr Murphy a répondu « peut-être ».

[314] À la question de savoir si le technicien médical aurait dû demander à M. Dorais s'il présentait des symptômes de TSPT en 2016, le Dr Murphy a répondu que cette information aurait été utile, mais qu'il ne savait pas si elle aurait eu une incidence sur sa décision.

[315] Interrogé sur la possibilité que M. Dorais puisse obtenir une cote G3 s'il parvenait à réduire progressivement sa médication et à présenter une nouvelle demande d'enrôlement, le Dr Murphy a répondu qu'il était arrivé que les FAC suggèrent à une personne de réduire son traitement médicamenteux et de présenter une nouvelle demande, mais que ce n'était [TRADUCTION] « généralement pas » le cas pour les antidépresseurs ou les médicaments psychiatriques. Il a également précisé que, dans l'hypothèse où un candidat aurait progressivement cessé sa médication sur une période d'un an, les FAC pourraient demander une évaluation psychiatrique, si bien que le candidat pourrait [TRADUCTION] « peut-être » satisfaire aux critères de la cote G3 et que les FAC envisageraient de lui attribuer cette cote. Le Dr Murphy a aussi confirmé que, dans un tel cas de figure, les FAC examineraient la possibilité d'attribuer une cote O2, laquelle signifie que le candidat n'a aucune contrainte à l'emploi pour raisons médicales.

## **X. Conclusions quant à l'application de la NMCE à la demande de M. Dorais**

### **a) Les FAC avaient une obligation d'adaptation à l'égard de M. Dorais**

[316] Le processus décisionnel médical des FAC est complexe et, en 2016, s'inscrivait dans un contexte marqué par une charge de travail particulièrement élevée. Deux médecins seulement examinaient la majorité des dossiers médicaux complexes.

[317] Cependant, même dans ce contexte, j'estime que le processus décisionnel entourant l'état de santé de M. Dorais n'a pas été mené de manière adéquate, de sorte que le BMR n'a pas pu prendre une décision éclairée.

[318] À la lumière des renseignements contenus dans le rapport du sergent McLagan sur l'examen médical de M. Dorais, il appert que ce dernier avait reçu un diagnostic de TSPT/dépression et qu'il prenait des médicaments. Les FAC savaient donc que M. Dorais avait des antécédents de déficience ou pouvaient percevoir qu'il avait une déficience. De

ce fait, elles étaient tenues de prendre des mesures d'adaptation pour M. Dorais. En tant qu'éventuel employeur de M. Dorais, les FAC étaient les mieux placées pour déterminer si, et comment, il était possible de composer avec M. Dorais sans s'ingérer indûment dans les opérations (*Renaud*, à la p. 994). Les FAC avaient l'obligation de composer avec M. Dorais, mais elles n'ont pas entrepris un processus d'adaptation adéquat.

**b) Les FAC ne disposaient pas de suffisamment de renseignements médicaux pour prendre une décision éclairée**

[319] Le Dr Murphy a déclaré que la décision n'aurait pas été différente s'il avait disposé de renseignements médicaux supplémentaires. Toutefois, je conclus que son témoignage sur la façon dont il a évalué les renseignements médicaux de M. Dorais était vague et manquait de précision. Je reconnais que certaines réponses du Dr Murphy portaient sur des situations hypothétiques, mais ce que je retiens de son témoignage, c'est que, selon la prépondérance des probabilités, l'issue de l'évaluation médicale aurait pu être différente si, avant de rendre sa décision, il avait demandé des renseignements médicaux supplémentaires.

[320] Dans son témoignage, le Dr Murphy a fait la distinction entre le rôle que joue le médecin des FAC auprès des membres, c'est-à-dire qu'il entretient une relation médecin-patient continue et a un devoir de diligence, et le rôle plus limité du médecin qui consiste à [TRADUCTION] « examiner les dossiers » des candidats. Dans son rapport d'expert, la Dre Tuka a également établi une distinction entre ces deux rôles. Je reconnais que ces rôles différents créent des relations distinctes, mais il demeure que les FAC ont l'obligation de tenir compte de la déficience d'un candidat jusqu'à ce qu'il en résulte, pour elles, une contrainte excessive.

[321] Selon moi, les renseignements médicaux sur lesquels les FAC se sont appuyées pour prendre leur décision étaient insuffisants. Il n'y avait pas suffisamment de détails sur le TSPT de M. Dorais, sur sa tentative de suicide et sur le traitement en santé mentale qu'il a suivi entre 2003 et 2015. Les FAC disposaient également des LMF que le Dr Bucher avait remplies en 2016, mais elles n'en ont guère tenu compte puisqu'elles étaient peu détaillées. Les FAC auraient dû prendre des mesures pour cerner les renseignements médicaux

supplémentaires dont elles avaient besoin pour prendre une décision éclairée en ce qui concerne la demande de M. Dorais et informer ce dernier qu'il pouvait fournir ces renseignements. Demander des renseignements médicaux supplémentaires avant de rendre sa première décision au sujet de la catégorie médicale de M. Dorais n'aurait pas constitué une contrainte excessive pour les FAC.

[322] La preuve confirme que le BMR avait l'obligation de prendre des mesures pour obtenir un dossier médical complet avant de rendre sa décision.

[323] Le lieutenant-colonel Minkley a affirmé que la capacité d'un médecin des FAC à évaluer la santé et la sécurité d'un candidat ou d'un membre ayant des antécédents de maladie mentale repose sur les circonstances particulières entourant le diagnostic, la description du traitement, la gravité de la maladie, la durée du rétablissement et l'exposition subséquente au stress.

[324] Dans les Instructions pour les évaluations de dépistage, il est précisé que, si le BMR est d'avis que le candidat pourrait respecter les principes de l'universalité du service et la NMCE dans un proche avenir, la lettre « lui indiquera exactement ce qu'il doit faire et à quel moment il doit poser à nouveau sa candidature ». Le Dr Murphy a souligné que le Dr Buchner avait indiqué dans sa LMF que la prise de médicaments faisait partie du plan de traitement de M. Dorais et que ce dernier se portait bien grâce à ce traitement, mais que M. Dorais ne pouvait pas satisfaire à la NMCE s'il continuait à prendre des médicaments. Je suis toutefois convaincu que le BMR aurait dû vérifier si la prise de médicaments constituait une exigence de traitement, comme le pensait le Dr Murphy, ou un choix [TRADUCTION] « pour renforcer l'efficacité d'autres stratégies de gestion du stress », comme M. Dorais l'a lui-même écrit dans sa lettre d'appel. Le Dr Murphy s'est appuyé sur la LMF du Dr Buchner pour étayer son opinion quant au besoin de médication de M. Dorais, mais il n'a pas tenu compte des autres observations du Dr Buchner sur l'état de santé de M. Dorais. Le BMR aurait dû essayer d'obtenir plus de renseignements afin de résoudre cette contradiction avant de rendre sa décision.

[325] Le lieutenant-colonel Minkley a déclaré que les FAC avaient décidé de faire appel au médecin de famille des candidats afin d'obtenir ces renseignements et [TRADUCTION]

« autant de renseignements que possible pour permettre au BMR de prendre une première décision ». Cependant, si le BMR reçoit une LMF contenant des renseignements médicaux non pertinents, il est tout de même tenu de chercher à obtenir les renseignements nécessaires. À mon avis, il doit essayer de clarifier les renseignements portant sur l'état de santé du candidat s'il relève des incohérences.

[326] Le Guide pour l'attribution des CERM aux individus ayant des maladies mentales est entré en vigueur en 2005 et s'appliquait toujours en 2016. Au paragraphe 23, il est écrit qu'un fournisseur de soins de santé mentale des FAC, ou son équivalent civil, qui rencontre un membre pour la première fois au sujet d'un ancien trouble mental « doit consulter les dossiers médicaux existants sur les soins antérieurs » avant de recommander des contraintes à l'emploi pour raisons médicales. Ce guide favorise un retour au travail sécuritaire pour les membres des FAC ayant été absents du travail ou dont les conditions de travail avaient été modifiées en raison d'un trouble mental et donne des directives aux membres du personnel des FAC qui fournissent des services de santé aux membres des FAC. Le Dr Murphy n'a pas fourni de services aux membres, et rien n'indique qu'il était au courant de ce guide. Toutefois, le lieutenant-colonel Minkley a affirmé qu'il est tout aussi important d'obtenir les dossiers médicaux existants sur les soins antérieurs pour déterminer si un candidat est apte à travailler dans un environnement des FAC.

[327] Selon le lieutenant-colonel Minkley, en 2016, les FAC n'avaient pas de politique claire quant aux renseignements que devaient fournir les candidats ayant des antécédents de maladie mentale, et les FAC avaient fait savoir qu'elles jugeaient nécessaire d'adopter une politique à cet égard. Il a déclaré que la plainte de M. Dorais mettait en évidence l'importance d'établir des directives plus précises concernant les renseignements médicaux que doivent fournir les candidats et qu'il serait plus juste pour eux s'ils savaient quels documents le BMR avait besoin pour déterminer le risque de récurrence des affections médicales. Les Lignes directrices du Conseil clinique sur les contraintes à l'emploi ont donc été élaborées afin d'apporter des précisions à cet égard. Dans son témoignage, le lieutenant-colonel Minkley a affirmé qu'il aurait utile que M. Dorais puisse, en 2016, consulter de telles directives afin de savoir de quels renseignements supplémentaires le BMR avait besoin. Toutefois, je suis convaincu que les FAC avaient l'obligation de

demander à M. Dorais les renseignements médicaux supplémentaires évoqués par le lieutenant-colonel Minkley et que cette obligation n'était pas conditionnelle à l'existence, en 2016, d'une politique claire visant à orienter les évaluateurs médicaux du BMR.

[328] Par ailleurs, il ressort des témoignages des experts, la Dre Tuka et le Dr Passey, que les FAC avaient besoin de plus de renseignements médicaux pour évaluer un candidat ayant des antécédents de TSPT et de tentative de suicide de manière équitable. Il en ressort également que les FAC reconnaissaient l'importance de traiter la question de la suicidalité et qu'elles ont consacré des ressources pour guider les cliniciens des FAC dans l'évaluation du risque de suicidalité, notamment dans les Lignes directrices du Conseil clinique sur les contraintes à l'emploi (annexe G de la PFC 154), que les FAC ont élaborées après 2016.

[329] Selon la Dre Tuka, à partir du moment où un candidat a tenté de se suicider, il faut pouvoir consulter le rapport de congé de l'hôpital ou tout autre document médical décrivant les antécédents du candidat afin de prendre une décision éclairée. Au paragraphe 11 de son rapport daté du 8 mars 2021, la Dre Tuka a écrit que [TRADUCTION] « [pour] pouvoir comprendre le risque futur de suicide de M. Dorais et formuler des observations éclairées, il faut examiner les documents médicaux relatifs à son admission à l'hôpital après sa tentative de suicide ».

[330] Dans son rapport, la Dre Tuka indique également qu'il ne faut pas se fier aux brèves observations formulées par le Dr Buchner dans la LMF pour déterminer le risque de récurrence du TSPT. Il aurait fallu obtenir des renseignements sur les antécédents de maladie mentale de M. Dorais et des documents connexes (tels que les antécédents familiaux de maladie mentale).

[331] La Dre Tuka a ajouté qu'il fallait davantage de renseignements afin de mieux comprendre le traitement que M. Dorais avait reçu et pour déterminer s'il avait encore besoin de soins. Elle n'a pas non plus été en mesure de se prononcer sur la gravité des symptômes de M. Dorais puisqu'elle ne disposait d'aucun document contenant des renseignements à ce sujet. De même, au paragraphe 12, elle a écrit ce qui suit :

[TRADUCTION]

« En l'absence de toute documentation médicale des professionnels qui ont

traité M. Dorais, on ne sait actuellement pas quel était son diagnostic, quelle était la gravité des signes et symptômes de sa maladie, quel type de traitement il a reçu, quelle était la fréquence des visites auprès de ses cliniciens et quel était le pronostic retenu lorsqu'il a obtenu son congé ».

[332] Je souscris à l'opinion de la Dre Tuka selon laquelle il est important de connaître les antécédents de tentative de suicide d'une personne et de disposer des notes médicales relatives au traitement afin de comprendre l'ampleur du risque de récurrence. Je souscris également à l'opinion selon laquelle, bien que la tentative de suicide de M. Dorais ait eu lieu treize ans avant son examen médical des FAC, les renseignements médicaux depuis cette tentative demeuraient importants pour évaluer le risque de suicide en 2016. Toutefois, la Dre Tuka a confirmé qu'il n'existait aucune documentation relative aux symptômes de dépression, de TSPT ou de suicidalité de M. Dorais, ni aucun document provenant des cliniciens qui l'ont traité entre 2003 et 2012.

[333] Aux paragraphes 43 et 44 de son rapport, la Dre Tuka énumère six facteurs à prendre en considération dans le cas d'un candidat qui a des antécédents de TSPT, et quatorze facteurs dans le cas d'un candidat qui a des antécédents de TSPT et a fait une tentative de suicide.

[334] Le Dr Passey a également mentionné que les FAC ne disposaient d'aucun renseignement permettant de savoir si M. Dorais présentait des symptômes de TSPT, de dépression ou de suicidalité au moment où il a passé l'examen médical des FAC et qu'elles ne pouvaient donc pas déterminer si M. Dorais avait des symptômes qui l'auraient empêché de remplir correctement ses fonctions d'officier en soins infirmiers. Il a aussi affirmé que, parmi les renseignements médicaux dont disposaient les FAC, auraient dû se trouver un examen de l'état mental et les antécédents psychiatriques, notamment des renseignements sur les événements déclencheurs, le type et la durée du traitement, ainsi que des rapports sur le traitement, le cas échéant.

[335] En ce qui concerne la lettre de refus que les FAC ont adressée à M. Dorais, il ne suffisait pas d'informer ce dernier, après avoir rendu une première décision, qu'il pouvait présenter [TRADUCTION] « de nouveaux renseignements médicaux pertinents » en vue d'un réexamen. En tant qu'éventuel employeur, les FAC savaient quels renseignements

médicaux étaient pertinents et elles avaient l'obligation d'indiquer clairement ce dont elles avaient besoin pour prendre une décision éclairée.

[336] Le lieutenant-colonel Minkley a également déclaré que le passage selon lequel M. Dorais pouvait présenter [TRADUCTION] « de nouveaux renseignements médicaux pertinents » était vague et qu'il n'était pas précisé de quels renseignements supplémentaires le Dr Murphy pouvait avoir besoin pour réexaminer le dossier de M. Dorais.

[337] En ce qui concerne l'évaluation du risque de récurrence des affections médicales effectuée par le BMR, le lieutenant-colonel Minkley a déclaré que, si les renseignements médicaux ne permettent pas de confirmer que le risque est faible, le BMR présume que le risque est élevé et attribue une catégorie médicale plus restrictive. Il a ajouté que le BMR avait invité M. Dorais à lui présenter des renseignements supplémentaires et que, par conséquent, c'était à M. Dorais que revenait l'obligation de les lui transmettre. Cependant, cette approche ne respecte pas l'obligation qu'ont les FAC d'offrir des mesures d'adaptation à M. Dorais. Ainsi, en informant M. Dorais de la possibilité de présenter de « nouveaux renseignements médicaux pertinents », les FAC n'ont pas fait passer le fardeau de preuve à M. Dorais ni modifié leur obligation. Dans ces circonstances, il n'était pas raisonnable d'évaluer M. Dorais et de lui attribuer une catégorie médicale sur la base d'une présomption de risque de récurrence établie à partir de renseignements médicaux insuffisants. Pour bien évaluer le risque de récurrence, il fallait faire des efforts diligents pour recueillir [TRADUCTION] « tous les renseignements nécessaires » sur la maladie de M. Dorais.

[338] Je ne conclus pas que les FAC étaient tenues de demander à M. Dorais, à titre de mesure d'adaptation, de réduire progressivement sa médication. Si les FAC avaient demandé les renseignements médicaux supplémentaires décrits ci-dessus, et si M. Dorais les leur avait fournis, elles auraient pu mieux cerner les besoins de ce dernier en matière de médication.

[339] Après que les FAC eurent rejeté sa demande une première fois, M. Dorais a présenté une demande de réexamen dans laquelle il décrivait en détail son état de santé. Il y exposait son point de vue selon lequel les FAC s'étaient trompées dans leur évaluation de son état de santé et expliquait pourquoi, à son avis, il n'y avait aucune raison médicale

importante qui l'empêchait de travailler. Il demandait aux FAC de justifier leur refus. Il convient de noter qu'il a aussi demandé aux FAC, en reprenant les termes de la LCDP, d'expliquer en quoi l'acceptation de sa demande leur causerait une contrainte excessive.

[340] Si les FAC ne savaient pas qu'elles devaient offrir à M. Dorais des mesures d'adaptation avant d'envoyer leur première lettre de décision, elles auraient dû le comprendre à la lecture de la demande de réexamen, dans laquelle M. Dorais expliquait que, malgré son précédent diagnostic, ses antécédents de TSPT, sa tentative de suicide et sa consommation de médicaments, rien ne l'empêchait d'exercer ses fonctions de soldat. Il est difficile de déterminer si le point de vue de M. Dorais était raisonnable, mais il ressort clairement des éléments de preuve que les FAC auraient dû savoir qu'elles avaient l'obligation de demander plus de renseignements sur la déficience de ce dernier.

[341] Demander davantage de renseignements comme mesure d'adaptation n'aurait pas causé une contrainte excessive aux FAC eu égard aux enjeux de santé, de sécurité et de coûts dont l'employeur doit tenir compte en vertu du paragraphe 15(2) de la LCDP.

[342] En ce qui concerne les coûts, la preuve présentée par les FAC n'est pas convaincante. Bien qu'il ait été question du nombre élevé de demandes examinées chaque année par le BMR dans un témoignage, je ne suis pas convaincu que le fait de demander à un candidat de fournir des renseignements médicaux supplémentaires constituerait une contrainte excessive. Les FAC auraient alors dû consacrer davantage de ressources à l'examen de la demande de M. Dorais, mais je ne crois pas que cela aurait constitué une contrainte excessive.

[343] Le lieutenant-colonel Minkley a déclaré que, en 2018, les FAC ont numérisé les documents médicaux des candidats afin de réduire le délai entre le moment où un candidat passe son examen médical et celui où le BMR décide s'il est apte à travailler. Comme le BMR jugeait 75 % des candidats aptes à s'enrôler, cette numérisation visait à accélérer les décisions dans 75 % des cas et à consacrer plus de temps à l'examen des 25 % de dossiers complexes. Bien que le processus de numérisation ait eu lieu en 2018, la preuve démontre que le coût lié à l'affectation des ressources nécessaires à l'examen approfondi des dossiers plus complexes était raisonnable.

[344] J'accepte que les FAC accordent une importance primordiale à la santé et à la sécurité des nouvelles recrues, mais il leur incombait de demander à M. Dorais des renseignements supplémentaires comme mesure d'adaptation — ce qui lui aurait permis de démontrer, avant qu'une décision ne soit prise, que son état de santé ne présentait aucun risque — et cela n'aurait pas constitué une contrainte excessive par rapport à la santé ou à la sécurité des recrues des FAC.

[345] J'estime également que le paragraphe 15(9) de la LCDP, selon lequel l'obligation d'adaptation des FAC est assujettie au principe de l'universalité du service, ne dégage pas les FAC de l'obligation décrite précédemment. Aux termes du paragraphe 15(9), le principe de l'universalité du service exige que les membres des FAC soient en mesure d'accomplir en permanence et en toutes circonstances les fonctions auxquels ils peuvent être tenus. Le paragraphe 15(9) précise la portée des obligations des FAC prévues au paragraphe 15(2) et reconnaît la nécessité pour les FAC de jouir d'un vaste pouvoir discrétionnaire lorsqu'il s'agit d'évaluer l'aptitude au travail de ses membres (*Jones c. Canada (Procureur général)*, 2009 CF 46, au par. 25). Toutefois, il ne limite pas l'obligation des FAC d'évaluer équitablement l'état de santé d'un candidat, ce qui suppose entre autres que les FAC doivent éviter de faire des évaluations médicales « arbitraires, hâtives, imprudentes ou insuffisantes » au point de ne pas satisfaire à l'obligation d'adaptation (*Irvine CF*, aux par. 21 à 28, 43, conf. par *Canada (Forces armées canadiennes) c. Irvine*, 2005 CAF 432 [*Irvine CAF*]). La Cour d'appel a précisé qu'une « juste évaluation » doit refléter cette obligation, même s'il n'est pas nécessaire de faire passer « tous et chacun des examens médicaux possibles » (*Irvine CAF*, au par. 5).

## **XI. La preuve d'un diagnostic de TDM en 2018**

[346] Une question a été soulevée au sujet de la preuve relative à un diagnostic de TDM posé en 2018 et du lien entre ce diagnostic et les refus opposés par les FAC à la demande de M. Dorais en 2016 et en 2017.

[347] M. Dorais a fait valoir que les deux mois pendant lesquels il s'était absenté du travail en 2018 correspondaient à un [TRADUCTION] « bref épisode de dépression », qu'il n'était pas juste de présumer un lien entre son état de santé mentale en 2018 et son état antérieur

sans preuve supplémentaire, et qu'il n'avait connu aucune interruption d'emploi comme infirmier en établissement pénitentiaire depuis qu'il avait commencé à travailler en 2008, et ce, jusqu'en 2018.

[348] La Commission a soutenu qu'il existait peu d'éléments de preuve permettant de tirer des conclusions rétroactives de ce qui s'est produit en 2018 pour justifier les décisions prises par les FAC en 2016 et en 2017.

[349] D'après les FAC, le témoignage qu'a livré M. Dorais à propos de la dépression dont il a souffert en 2018 confirmait qu'elles avaient eu raison de refuser sa demande en 2016. Elles ont fait valoir que le diagnostic posé en 2018, peu après le refus de la demande, démontre que leur analyse du risque, y compris l'utilisation de la matrice, était fondée puisqu'elle a permis de prévoir la réapparition des symptômes dépressifs. Les FAC ont également soutenu que l'affirmation de M. Dorais selon laquelle il existe une différence qualitative entre ses symptômes dépressifs liés au TSPT et ceux ayant mené au diagnostic de TDM n'est pas crédible.

[350] Je ne suis pas d'accord avec les arguments présentés par les FAC. Premièrement, il y a peu d'éléments de preuve au sujet du diagnostic de TDM posé en 2018 et des effets que ce trouble a pu avoir sur M. Dorais à cette époque. Deuxièmement, je ne présume pas qu'il existe un lien entre les problèmes de santé qu'avait M. Dorais lorsqu'il a présenté sa demande d'enrôlement et le diagnostic de TDM posé en 2018, et je ne suis pas convaincu qu'il existe une preuve concluante établissant un lien entre les deux. Troisièmement, je ne crois pas qu'un diagnostic posé en 2018 ait un lien avec la décision des FAC ou avec l'obligation qu'elles avaient d'offrir à M. Dorais des mesures d'adaptation en 2016 et 2017. Quatrièmement, même si je reconnais l'utilité de l'analyse du risque effectuée par les FAC et de la matrice qu'elles utilisent, je conviens avec la Commission que la précision de l'analyse dépend des renseignements pris en compte. Rien n'indique que le Dr Murphy se soit appuyé sur la matrice lorsqu'il a évalué la demande de M. Dorais.

[351] J'ai examiné les éléments de preuve dont je dispose à ce sujet, ainsi que les observations des parties. J'estime que la preuve relative au diagnostic de TDM posé en 2018 et à ses effets sur M. Dorais n'est ni claire ni convaincante, et je ne crois pas, selon la

prépondérance des probabilités, qu'il soit possible de tirer une conclusion quant à l'existence d'un lien entre le diagnostic de 2018 et l'état de santé de M. Dorais en 2016 et 2017, lorsque les FAC ont rejeté sa demande.

[352] En conclusion, il incombait aux FAC de prouver le bien-fondé de leur évaluation de M. Dorais et de leur décision de rejeter la demande de ce dernier. J'ai conclu que les FAC avaient l'obligation d'offrir à M. Dorais des mesures d'adaptation jusqu'à ce qu'il en résulte, pour elles, une contrainte excessive, mais qu'elles ne l'ont pas fait. Elles n'ont pas justifié leur évaluation de M. Dorais ni la décision consécutive de rejeter sa demande de réenrôlement.

#### **IV. Mesures de réparation**

[353] Les mesures de réparation prévues par le LCDP sont de nature discrétionnaire (paragraphe 53(2) de la LCDP). En fait, la LCDP ne vise pas à punir la faute mais bien à prévenir la discrimination (*Hughes c. Canada (Procureur général)*, 2019 CF 1026, au par. 32 [*Hughes*]). L'article 53 de la LCDP prévoit des mesures visant « à accorder une réparation intégrale à la victime de discrimination et à la replacer dans la position où elle se trouverait s'il n'y avait pas eu discrimination » (*Christoforou c. John Grant Haulage Ltd.*, 2021 TCDP 15 [*Christoforou*], conf. par 2022 CAF 162 et 2022 CAF 182, citant *Alliance de la Fonction publique du Canada c. Société canadienne des postes*, 2010 CAF 56, au par. 299, conf. par 2011 CSC 57).

[354] Le Tribunal a donc le pouvoir d'ordonner à la partie intimée d'« accorder à la victime [...] les droits, chances ou avantages dont l'acte l'a privée » et d'indemniser la victime des pertes découlant de l'acte discriminatoire (alinéas 53(2)b) et c) de la LCDP). Le pouvoir discrétionnaire du Tribunal d'indemniser les pertes doit obéir à des principes (*Hughes*, au par. 41). Comme le Tribunal l'a expliqué dans la décision *Christoforou*, « [i]l doit y avoir un lien de causalité entre la discrimination et le préjudice allégué (voir *Chopra*, aux par. 32 et 37). Il incombe au plaignant de prouver qu'il est plus probable qu'improbable que ce lien existe ». En l'espèce, M. Dorais a demandé une indemnité pour perte de salaire; il n'a pas demandé à être réévalué et réenrôlé dans les FAC.

[355] Le Tribunal peut également ordonner à la partie intimée d'indemniser la victime si celle-ci a souffert d'un préjudice moral ou s'il en vient à la conclusion que l'acte discriminatoire était délibéré ou inconsideré (alinéa 53(2)e) et paragraphe 53(3) de la LCDP). M. Dorais sollicite ces deux mesures de réparation.

[356] Le Tribunal peut également rendre des ordonnances visant à mettre fin à l'acte discriminatoire et à prendre des mesures destinées à prévenir des actes semblables (alinéa 53(2)a) de la LCDP). M. Dorais et la Commission ont également présenté des demandes au titre de cette disposition de la LCDP.

#### **A. Perte de salaire : la demande d'indemnité pour perte de salaire est rejetée**

[357] M. Dorais a réclamé [TRADUCTION] « au minimum » 20 000 \$ pour la perte de salaire. Il y avait des éléments de preuve contradictoires au sujet du grade de niveau d'entrée que les FAC attribuent à un officier en soins infirmiers. Selon M. Dorais, n'eût été l'acte discriminatoire, il aurait intégré les FAC en tant que sous-lieutenant, et il aurait rapidement obtenu le grade de lieutenant, si l'on se fie à la preuve concernant la pratique des FAC en matière de recrutement d'officiers en soins infirmiers. Dans son témoignage, il a parlé de manière générale de son horaire et du nombre d'heures qu'il travaillait par semaine, et il a fourni au Tribunal une preuve quant aux taux de rémunération des FAC.

[358] Les FAC ont soutenu que, même si l'on concluait que l'évaluation médicale de M. Dorais était inadéquate ou discriminatoire, il serait impossible de déterminer quel aurait été le résultat d'une évaluation adéquate. Les FAC ont déclaré que, pour établir le lien de causalité requis, M. Dorais devait :

- a) démontrer qu'il aurait satisfait à la NMCE si les FAC l'avaient bien évalué;
- b) démontrer qu'il y avait un poste en soins infirmiers disponible à ce moment-là et que ce poste lui aurait été offert;
- c) démontrer le grade et l'échelon salarial qu'il aurait obtenus s'il avait joint les rangs des FAC et les pratiques d'avancement connexes;

- d) fournir des éléments de preuve concernant sa disponibilité et le nombre d'heures qu'il aurait vraisemblablement travaillées, sachant qu'aucun nombre minimal d'heures n'est garanti dans la Première réserve;
- e) fournir des éléments de preuve précis sur le montant de sa perte, y compris les données relatives aux périodes de maladie, aux imprévus, à la retraite, aux taux d'actualisation, à l'imposition et/ou aux intérêts.

[359] Les FAC ont également fait valoir qu'avant de rendre une ordonnance relative à la perte de salaire, le Tribunal devait examiner les mesures d'atténuation, en tenant compte de l'emploi qu'occupe M. Dorais depuis qu'il a présenté sa demande de réenrôlement dans les FAC.

[360] Pour ordonner le versement d'une indemnité pour perte de salaire, le Tribunal n'est pas tenu de conclure avec certitude que, n'eût été l'acte discriminatoire, le candidat aurait été évalué et embauché selon un scénario précis. Certes, il faut établir l'existence d'un lien de causalité, mais lorsqu'il rend une ordonnance relative à la perte de salaire, le Tribunal peut tenir compte de certaines incertitudes si la preuve le justifie (*Tahmourpour c. Gendarmerie royale du Canada*, 2008 TCDP 10, aux par. 206 à 210 [*Tahmourpour*], conf. par 2010 CAF 192, sauf sur un point distinct; *Hughes c. Transports Canada*, 2018 TCDP 15, aux par. 190 à 197, conf. par 2019 CF 1026 (ce point n'était pas en appel)). Si la preuve indique qu'il existe une « possibilité sérieuse » que, n'eût été l'acte discriminatoire, le candidat aurait été embauché par la partie intimée, le Tribunal a alors le pouvoir discrétionnaire d'ordonner le versement d'une indemnité pour perte de salaire, en ajustant le montant en fonction de la probabilité de ce résultat (*Tahmourpour*, au par. 206; *Hughes c. Transports Canada*, au par. 195; *Chopra c. Canada (PG)*, 2007 CAF 268, aux p. 45 et 46).

[361] En l'espèce, il faut remédier au fait que M. Dorais a été privé de la possibilité de faire l'objet d'une évaluation médicale non discriminatoire en vue de son réenrôlement. Le Tribunal doit donc se demander si la preuve dont il dispose lui permet d'évaluer les chances que M. Dorais aurait eues de voir sa demande acceptée si cette possibilité lui avait été offerte (par exemple, *Tahmourpour*, au par. 210).

[362] Je conviens avec les FAC qu'il y a trop d'incertitudes pour justifier une ordonnance accordant à M. Dorais une indemnité pour perte de salaire. Je ne suis pas convaincu qu'il existe une possibilité sérieuse que la demande de M. Dorais aurait été acceptée si les FAC avaient procédé à une évaluation médicale non discriminatoire. Premièrement, même si les FAC avaient informé M. Dorais des renseignements médicaux dont elles avaient besoin pour procéder à une évaluation complète de son état de santé et que celui-ci les avait fournis, il n'est pas possible de déterminer quel aurait été le résultat de l'évaluation. Le Tribunal peut évaluer si les FAC ont procédé à l'évaluation de manière discriminatoire, mais il ne lui appartient pas de déterminer quel aurait été le résultat si l'évaluation avait été menée de manière appropriée (*Canada (Procureur général) c. Irvine*, 2005 CF 122, aux par. 35 à 37; conf. 2005 CAF 432). Je ne dispose pas de suffisamment d'éléments de preuve pour évaluer la probabilité d'une quelconque issue de l'évaluation médicale, advenant qu'elle n'ait pas été discriminatoire.

[363] Deuxièmement, même si je présumais que M. Dorais aurait satisfait à la NMCE s'il avait bénéficié d'une évaluation médicale non discriminatoire (ce que je ne présume pas), je ne dispose pas d'éléments de preuve suffisants pour évaluer les chances qu'il aurait eu d'obtenir un poste d'officier en soins infirmiers. La disponibilité d'un tel poste, compte tenu de la concurrence pour ce type de poste, aurait été un facteur à considérer, et la preuve à cet égard n'était pas suffisante.

[364] Par ailleurs, même si je présumais que M. Dorais se serait vu offrir un poste d'officier en soins infirmiers dans la 15<sup>e</sup> Ambulance de campagne de la Première réserve (ce que je ne présume pas non plus), je ne dispose pas d'éléments de preuve suffisants pour déterminer si celui-ci aurait terminé l'instruction de base. Enfin, si M. Dorais avait terminé l'instruction requise, je n'ai pas la preuve nécessaire pour déterminer pendant combien de temps il aurait été disponible pour travailler ou tenu de le faire.

[365] Les incertitudes sont trop importantes pour que je puisse conclure qu'il existait une possibilité sérieuse que M. Dorais obtienne le poste en soins infirmiers. M. Dorais n'a pas établi la perte alléguée. La demande d'indemnité pour perte de salaire est rejetée.

## **B. Préjudice moral : M. Dorais a droit à 9 000 \$**

[366] M. Dorais a demandé le montant maximal que le Tribunal peut ordonner pour préjudice moral en vertu de la LCDP. Dans la décision *Christoforou*, le Tribunal a souligné qu'il « a tendance » à réserver l'octroi du montant maximal de 20 000 \$ « aux cas les plus graves et les plus flagrants (*Grant c. Manitoba Telecom Services Inc.*, 2012 TCDP 10, au par. 115; *Alizadeh-Ebadi c. Manitoba Telecom Services Inc.*, 2017 TCDP 36, au par. 213) ». Cela dit, les dommages-intérêts accordés par le Tribunal ne « devraient pas être anodins ni insignifiants au point de perdre leur sens » (*Christoforou*, au par. 100). Le Tribunal peut tenir compte de « la gravité objective de l'acte discriminatoire et l'effet de la discrimination sur la victime » (*Christoforou*, au par. 104, citant *Arunachalam c. Best Buy Canada*, 2010 HRTO 1880 (CanLII), au par. 52; *Sanford v. Koop*, 2005 HRTO 53 (CanLII), au par. 35). Bien que des éléments de preuve médicaux soient susceptibles d'étayer une ordonnance de réparation, ils ne sont pas absolument nécessaires (*Dicks c. Randall*, 2023 TCDP 8, au par. 50). Parmi les facteurs subjectifs que peut évaluer le Tribunal se trouvent « les conséquences émotionnelles, la frustration, la déception, la perte d'estime et de confiance en soi, le chagrin, le bien être affectif, le stress, l'anxiété et parfois même la dépression, les idées suicidaires et autres manifestations de nature psychologique résultant de l'acte discriminatoire » (*Youmbi Eken c. Réseaux Netrium*, 2019 TCDP 44, au par. 71).

[367] Dans son témoignage, M. Dorais a confié que les commentaires formulés par le sergent McLagan lors de l'examen médical du 7 avril 2016 lui avaient fait éprouver toutes sortes d'émotions qu'il essayait de contenir : choc, bouleversement, colère, embarras, honte, humiliation. Il a également affirmé qu'il s'était senti abattu et déçu après avoir reçu la deuxième lettre de refus des FAC. Dans ses observations finales, M. Dorais a exprimé l'[TRADUCTION] « immense sentiment de chagrin et d'humiliation » qui l'habite encore aujourd'hui et il a déclaré qu'il s'était senti « rejeté » par les FAC et que celles-ci « [avaient] porté un coup terrible à [sa] dignité et à [son] estime de [s]oi ».

[368] Les FAC ont fait valoir que le Tribunal ne dispose d'aucune preuve, d'aucun exemple ni d'aucune description de ces effets, mais uniquement des déclarations de M. Dorais. Elles ont souligné que le stress lié au dépôt d'une plainte pour atteinte aux droits de la personne

est distinct et volontaire et ne devrait pas être pris en compte dans l'évaluation de la réparation pour préjudice moral.

[369] M. Dorais a connu un triste dénouement. En tant qu'ancien militaire ayant subi un traumatisme lié au service et reçu un diagnostic de TSPT, M. Dorais espérait que son réenrôlement dans les FAC lui permettrait de [TRADUCTION] « boucler la boucle ». Cependant, les FAC ne lui ont pas permis d'obtenir une évaluation adéquate de son état de santé.

[370] Je ne minimise pas les effets de l'acte discriminatoire des FAC sur M. Dorais, mais la preuve ne me permet pas de conclure qu'il s'agissait là d'un des cas les plus graves ou les plus flagrants. M. Dorais a passé par toute une gamme d'émotions, mais je ne suis pas convaincu, d'après les éléments de preuve, qu'il a subi un préjudice émotionnel important. Par ailleurs, il n'a pas exprimé dans son témoignage des émotions aussi fortes que celles qu'il a décrites dans ses observations finales. M. Dorais a droit à 9 000 \$ pour le préjudice moral qu'il a subi en raison de l'acte discriminatoire des FAC.

### **C. Dommages-intérêts spéciaux : M. Dorais a droit à 4 000 \$**

[371] Aux termes du paragraphe 53(3) de la LCDP, le Tribunal peut ordonner à la partie intimée de payer à la victime une indemnité spéciale maximale de 20 000 \$, s'il en vient à la conclusion que l'acte a été délibéré ou inconsidéré. Comme le Tribunal l'a expliqué dans la décision *Christoforou* :

L'indemnité spéciale est de nature punitive et vise à dissuader et à décourager ceux qui se livrent de façon délibérée à des actes discriminatoires. Pour que l'acte soit délibéré, il faut que la discrimination et l'atteinte aux droits de la personne aient été intentionnelles. On entend par « acte inconsidéré » celui qui témoigne d'un mépris ou d'une indifférence quant aux conséquences et d'une manière d'agir téméraire ou insouciant (voir *Canada (Procureur général) c. Johnstone*, 2013 CF 113, au par. 155). Pour qu'un acte soit jugé inconsidéré, il n'est pas nécessaire de prouver une intention d'établir une distinction (voir *Hughes*, au par. 89, citant *Collins c. Canada (Procureur général)*, 2013 CAF 105, au par. 4, infirmant *Canada (Procureur général) c. Collins*, 2011 CF 1168, au par. 33).

[372] Lorsqu'il évalue les dommages-intérêts spéciaux, le Tribunal se penche sur le comportement de la partie intimée, et non sur l'effet qu'a eu son comportement sur le plaignant (*Christoforou*, au par. 108, citant *Beattie et Bangloy c. Affaires autochtones et du Nord Canada*, 2019 TCDP 45, au par. 210, et *Warman c. Winnickki*, 2006 TCDP 20, aux par. 178 et 180). On entend par « acte inconsidéré » celui qui témoigne d'un mépris ou d'une indifférence quant aux conséquences et d'une manière d'agir téméraire ou insouciant (*Canada (Procureur général) c. Johnstone*, 2013 CF 113, conf. par 2014 CAF 110). À l'instar des indemnités pour préjudice moral, une indemnité de 20 000 \$ n'est accordée que dans les cas les plus graves (*Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada et al. c. Procureur général du Canada (représentant le ministre des Affaires autochtones et du Nord canadien)*, 2019 TCDP 39, au par. 230).

[373] M. Dorais a fait valoir qu'il devrait recevoir le montant maximal de 20 000 \$ parce que les FAC ont agi de manière [TRADUCTION] « délibérée et irresponsable » et ont détruit son dossier de recrutement par négligence. M. Dorais n'a fourni aucune jurisprudence à l'appui de sa thèse.

[374] Les FAC ont indiqué que, dans son témoignage, le Dr Murphy a expliqué comment il est arrivé à sa décision concernant M. Dorais et que d'autres éléments de preuve exposaient en détail les politiques et les documents sur lesquels lui et les autres évaluateurs médicaux du BMR se sont appuyés pour rendre leurs décisions. Sur la base de ces éléments de preuve, les FAC soutiennent qu'il n'y a pas lieu d'accorder une indemnité spéciale.

[375] La Commission n'a présenté aucune observation au sujet de cette mesure de réparation.

[376] La preuve ne me permet pas de conclure que les FAC ont délibérément fait preuve de discrimination à l'égard de M. Dorais. Par conséquent, aucune indemnisation pour acte discriminatoire délibéré ne peut être accordée.

[377] Je dois également déterminer si l'action ou l'inaction des FAC était inconsidérée. J'ai conclu que les FAC n'ont pas procédé à une évaluation adéquate de l'état de santé de

M. Dorais, mais avant de pouvoir déterminer si elles ont agi de manière inconsidérée, c'est-à-dire si elles ont témoigné de mépris ou d'indifférence quant aux conséquences, je dois examiner attentivement les faits.

[378] Je suis convaincu que le sergent McLagan n'a pas agi de manière inconsidérée lorsqu'il a examiné M. Dorais et qu'il a fait des recommandations concernant sa catégorie médicale. Même si le sergent McLagan a déclaré que, avec du recul, il aurait dû recommander que M. Dorais passe une évaluation psychiatrique, j'ai conclu qu'il n'était pas tenu de le faire.

[379] Par ailleurs, le Dr Murphy a évalué l'état de santé de M. Dorais d'une manière qui dénotait une conduite inconsidérée. Il aurait dû tenir compte des lacunes dans les renseignements médicaux dont il disposait. S'il n'avait pas remarqué ces lacunes lorsqu'il a examiné le dossier de M. Dorais pour la première fois, il aurait dû s'en apercevoir après avoir lu la demande de réexamen détaillée de M. Dorais. Je suis convaincu que, au vu des circonstances, il s'agissait d'une conduite inconsidérée qui témoignait d'une indifférence quant aux conséquences pour M. Dorais.

[380] Il ressort de la preuve relative au déchetage du dossier de recrutement de M. Dorais en mars 2020, et en particulier du témoignage de la majore Eastwood, qu'il s'agissait d'une malheureuse erreur administrative.

[381] Le comportement inconsidéré des FAC n'est pas l'un des cas les plus flagrants. Il s'inscrit dans un contexte décisionnel complexe, marqué par une lourde charge de travail et un manque de politiques pour guider les évaluateurs médicaux du BMR. Toutefois, il n'en demeure pas moins que les FAC n'ont pas accordé à la demande de M. Dorais l'attention et le soin requis et ont fait abstraction du besoin de mesures d'adaptation. Le fait que les FAC n'aient pas tenu compte des obligations qui leur incombent en vertu de la LCDP, en raison de la perception qu'elles avaient de la déficience de M. Dorais, démontre une indifférence quant aux conséquences de leurs actes (*Marcovecchio c. Air Canada*, 2023 TCDP 56, au par. 124), si bien que les conditions prévues au paragraphe 53(3) pour l'octroi d'une indemnité sont remplies.

[382] M. Dorais a droit à 4 000 \$ à titre de dommages-intérêts spéciaux.

**D. La demande visant à abroger le paragraphe 15(9) de la LCDP, qui traite de l'universalité du service, est rejetée**

[383] M. Dorais a demandé au Tribunal d'ordonner l'abrogation du paragraphe 15(9) de la LCDP, qui traite de l'universalité du service. Or, les observations qu'il a présentées à cet égard sont restées vagues. Le Tribunal n'a pas compétence, en vertu de la LCDP, pour ordonner au législateur de modifier ses lois. Faute d'observations sur le pouvoir de réparation du Tribunal relativement au paragraphe 15(9), aucune ordonnance ne sera rendue à cet égard.

**E. Ordonnance visant à mettre fin à ces actes et à prévenir tout acte similaire**

[384] Aux termes du paragraphe 53(2) de la LCDP, le Tribunal peut ordonner à la partie intimée de mettre fin à un acte discriminatoire et rendre d'autres ordonnances pour empêcher qu'il ne se reproduise. Une telle ordonnance doit découler de l'acte discriminatoire qui a été constaté (*Moore*, au par. 64).

[385] M. Dorais a réaffirmé l'importance pour les FAC de se doter de normes et de pratiques qui prévoient une évaluation suffisamment individualisée et des mesures d'adaptation individuelles.

[386] La Commission a demandé au Tribunal d'ordonner aux FAC de :

- a) consulter la Commission et un ou plusieurs experts médicaux sur les politiques et les pratiques relatives aux normes médicales applicables à l'enrôlement qui ont trait au TSPT, à la dépression, ou aux deux;
- b) modifier les politiques ou élaborer des documents afin d'expliquer les exigences relatives à l'évaluation individualisée des candidats souffrant de TSPT et/ou de dépression, ainsi que les étapes à suivre pour la réaliser;
- c) communiquer ces politiques au personnel et au public;
- d) élaborer des politiques cohérentes concernant les normes médicales applicables aux nouvelles recrues et aux membres du personnel;

e) veiller à ce que toute évaluation médicale susceptible de refléter un diagnostic médical soit effectuée selon qu'il s'agit d'un trouble actuel ou passé.

[387] Les FAC ont fait valoir qu'elles s'efforcent depuis au moins 2012 de revoir la NMCE, d'améliorer le système d'enrôlement, de mieux comprendre les troubles de santé mentale, d'élaborer de nouvelles politiques et de peaufiner celles qui existent déjà afin de préciser les renseignements requis des candidats ayant reçu un diagnostic de santé mentale ainsi que d'attribuer les catégories médicales de façon appropriée.

[388] J'ai conclu que le fait d'avoir fixé ou appliqué des lignes de conduite relatives à la NMCE ne constitue pas un acte discriminatoire. J'ai également conclu que les FAC n'ont pas commis d'acte discriminatoire du fait qu'elles appliquent la NMCE et les politiques médicales connexes à tous les candidats, ni du fait qu'elles appliquent la NMCE aux candidats alors qu'elles imposent des normes médicales minimales différentes aux membres actifs des FAC. Je ne rends aucune ordonnance quant à ces politiques.

[389] J'ai aussi conclu qu'il n'y a pas de discrimination lorsque la NMCE et les politiques médicales connexes sont appliquées dans le cadre d'évaluations médicales individualisées, en respectant l'obligation d'adaptation des FAC, comme l'exige la décision *Irvine CF*.

[390] La preuve me permet de conclure que les FAC ont apporté des modifications à leur processus d'enrôlement afin d'éviter que ne soit commis un acte discriminatoire comme celui qui s'est produit avec la demande de réenrôlement de M. Dorais en 2016.

[391] Avec la numérisation du processus d'enrôlement en 2018 et l'utilisation du Système d'information sur la santé des Forces canadiennes pour le recrutement (au lieu de l'ancien système papier), on constate une amélioration des communications entre les techniciens médicaux qui font les examens médicaux et les évaluateurs médicaux du BMR. Cette amélioration a d'ailleurs permis d'améliorer les communications — ou ce que les FAC appellent le « service d'accompagnement » — entre les techniciens médicaux et les candidats ayant reçu des décisions de refus du BMR. Le processus de numérisation a également permis aux FAC de consacrer moins de temps aux demandes d'enrôlement qui ont de fortes chances d'être approuvées et plus de temps aux demandes plus complexes.

[392] La preuve démontre également que les FAC examinent de façon continue la NMCE et son lien avec le principe de l'universalité du service.

[393] Des services de soutien en santé mentale et des renseignements sont offerts aux membres des FAC et à leur famille, notamment un programme confidentiel d'aide aux membres des FAC accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Des renseignements sur ces ressources se trouvent sur le site Web du gouvernement du Canada. Il est important que les demandes d'enrôlement présentées par des personnes atteintes de TSPT soient examinées de manière équitable, et l'élargissement des services de soutien en santé témoigne d'une sensibilité aux enjeux liés à la santé mentale des candidats, même s'il ne constitue pas en soi une garantie d'équité dans l'examen des demandes.

[394] Les FAC ont reconnu qu'il était important de disposer de tous les renseignements nécessaires sur l'état de santé, les antécédents médicaux et les traitements d'un candidat afin de pouvoir prendre une décision suffisamment éclairée quant à son aptitude médicale à l'enrôlement. Il ressort également de la preuve que la plainte pour atteinte aux droits de la personne déposée par M. Dorais a permis aux FAC de prendre conscience de l'importance d'adopter des directives plus précises pour encadrer la collecte de renseignements et la prise de décision dans le cadre de l'évaluation médicale des candidats. Je reconnais que les FAC ont agi en conséquence en élaborant et en mettant en œuvre les Lignes directrices du Conseil clinique sur les contraintes à l'emploi.

[395] Les Lignes directrices du Conseil clinique sur les contraintes à l'emploi aident les médecins des FAC à attribuer des cotes lorsqu'ils sont appelés à évaluer des cas complexes, notamment ceux liés à la santé mentale. L'objectif de ces lignes directrices consiste à [TRADUCTION] « aider les médecins des Services de santé des Forces canadiennes dans l'examen et l'évaluation des conditions médicales, et des traitements, dans le but d'assurer l'uniformité, la transparence et l'équité dans l'attribution des catégories médicales et des contraintes à l'emploi pour raisons médicales ».

[396] Il est clairement indiqué dans les Lignes directrices du Conseil clinique sur les contraintes à l'emploi quels dossiers médicaux sont nécessaires pour procéder à une évaluation médicale et comment les médecins du BMR doivent attribuer les cotes G et O.

[397] Les Lignes directrices du Conseil clinique sur les contraintes à l'emploi visent à couvrir un large éventail d'affections médicales dans un format pouvant être mis à jour à mesure que de nouveaux renseignements deviennent disponibles ou que des modifications y sont apportées. Les lignes directrices produites en preuve ne contenaient pas des renseignements pour chaque affection, car certaines sections n'avaient pas encore reçu d'approbation officielle. Par exemple, bien qu'il soit indiqué que ces lignes directrices comprendront des renseignements pour dix diagnostics en santé mentale (dépendances, trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité, trouble d'adaptation, anxiété, trouble bipolaire, trouble dépressif, trouble de la personnalité, psychose, TSPT et risque suicidaire), les renseignements relatifs à certains d'entre eux n'avaient pas encore été approuvés, notamment ceux concernant le TSPT.

[398] La section sur la suicidalité illustre la façon dont les lignes directrices doivent être appliquées. Il y figure la liste des dossiers médicaux dont les FAC ont besoin avant de soumettre le dossier d'un candidat à l'examen du BMR, notamment [TRADUCTION] « des copies à jour de toutes les évaluations en santé mentale, des plans de traitement et des notes d'évolution », « des registres d'hospitalisation, des visites à l'urgence, des consultations médicales et des sommaires de congé d'hôpital », « des rapports des programmes de traitement en établissement auxquels le membre a pu participer dans le cadre de son traitement » ainsi que « des renseignements sur la fréquence du suivi médical aux fins de traitement et de surveillance ». Étant donné que les lignes directrices stipulent que ces renseignements doivent être fournis, les techniciens médicaux des FAC peuvent s'y référer pour informer les candidats de ce qui doit être transmis et ainsi éviter qu'il y ait des lacunes dans les renseignements médicaux, comme ce fut le cas pour M. Dorais.

[399] Les lignes directrices ont également pour but d'orienter le BMR quant à l'attribution appropriée des cotes G et O, et elles comprennent des exemples de contraintes à l'emploi pour raisons médicales qui s'appliqueraient à chacune des cotes. Par exemple, les renseignements suivants s'appliquent à une cote G3 :

[TRADUCTION]

« **G3** : Les membres des FAC qui ont déjà tenté de se suicider en raison d'une maladie mentale sous-jacente et qui répondent aux critères suivants :

Un traitement approprié (p. ex. TCC) a été administré pour traiter les symptômes déclencheurs (c.-à-d. une thérapie visant à gérer les facteurs de stress qui provoquent les symptômes);

Les étapes d'entretien et de réintégration sont terminées, c'est-à-dire que le membre peut participer pleinement aux tâches normales de son poste et aucun symptôme ou incapacité ne subsiste;

Il ressort du dossier clinique que le membre a terminé tous les traitements, qu'il est stable, que ses symptômes sont en rémission **\*complète\***, qu'il a obtenu son congé du service de santé mentale et qu'il est, sur le plan médical, apte à exercer toutes ses fonctions, y compris dans un environnement opérationnel ou de déploiement. Le membre doit être officiellement libéré, par écrit, au motif qu'il n'a plus besoin de soins, et non pas parce qu'il a cessé de se présenter, qu'il a évité le traitement, qu'il ne s'est pas conformé au traitement ou pour d'autres raisons non cliniques.

**Contraintes à l'emploi pour raisons médicales (cote G3) :**

nécessite un dépistage par un médecin militaire/spécialiste avant le déploiement.

nécessite un suivi médical périodique, mais pas plus souvent que tous les six mois. »

[Souligné dans l'original.]

[400] À mon avis, ces lignes directrices répondent au besoin de mettre en œuvre des politiques qui précisent les renseignements médicaux que les FAC doivent obtenir pour effectuer des évaluations médicales non discriminatoires et qui clarifient la façon dont le BMR attribue les catégories médicales et les contraintes à l'emploi pour raisons médicales lorsque des candidats présentent des troubles de santé mentale au moment où ils déposent leur demande d'enrôlement.

[401] Cependant, compte tenu des conclusions que j'ai tirées dans la présente décision sur requête, les Lignes directrices du Conseil clinique sur les contraintes à l'emploi doivent être mises à jour afin qu'elles comprennent des renseignements utiles aux dossiers des candidats ayant des antécédents de TSPT. Il est possible que les FAC aient mis à jour les Lignes directrices du Conseil clinique sur les contraintes à l'emploi depuis l'audition de la présente affaire. Dans le cas contraire, les FAC doivent accélérer le processus d'approbation et mettre à jour ces lignes directrices afin qu'elles comprennent des renseignements utiles à l'évaluation médicale des candidats ayant des antécédents de

TSPT. Les FAC doivent également fournir une copie des Lignes directrices du Conseil clinique sur les contraintes à l'emploi, telles que mises à jour, à M. Dorais et à la Commission.

[402] J'ai ordonné que soient mises à jour les Lignes directrices du Conseil clinique sur les contraintes à l'emploi, mais je ne peux conclure, au vu de la preuve, qu'il est nécessaire de rendre une ordonnance en vertu de l'alinéa 53(2)a) de la LCDP afin d'empêcher qu'une autre évaluation médicale discriminatoire ne soit réalisée.

## **V. Décision et ordonnance**

[403] Les FAC ont commis un acte discriminatoire lorsqu'elles ont omis de procéder à une évaluation individualisée de la demande de réenrôlement de M. Dorais, lorsqu'elles ont omis d'informer M. Dorais des renseignements qu'il devait leur fournir pour être correctement évalué et lorsqu'elles ont, par conséquent, rejeté sa demande. Les allégations relatives aux autres actes discriminatoires n'étaient pas étayées.

[404] J'ordonne les mesures de réparation suivantes :

- a) Les FAC verseront à M. Dorais la somme de 9 000 \$ pour préjudice moral en vertu de l'alinéa 53(2)e) de la LCDP.
- b) Les FAC verseront à M. Dorais la somme de 4 000 \$ à titre d'indemnité spéciale en vertu de l'alinéa 53(3)e) de la LCDP.
- c) Si, depuis l'audience, les FAC n'ont pas mis à jour les Lignes directrices du Conseil clinique sur les contraintes à l'emploi afin d'y inclure des renseignements utiles aux dossiers des candidats ayant des antécédents de TSPT, elles devront accélérer le processus d'approbation et mettre à jour les lignes directrices afin qu'elles comprennent des renseignements utiles à l'évaluation médicale de ces candidats.

- d) Les FAC fourniront une copie des Lignes directrices du Conseil clinique sur les contraintes à l'emploi, mises à jour conformément à l'ordonnance ci-dessus, à M. Dorais et à la Commission.

*Signée par*

Gary Stein  
Membre du Tribunal

Ottawa (Ontario)  
Le 18 septembre 2025

## **Tribunal canadien des droits de la personne**

### **Parties au dossier**

**Numéro du dossier du Tribunal :** T2409/6819

**Intitulé de la cause :** Joshua Dorais c. Forces armées canadiennes

**Date de la décision du Tribunal :** Le 18 septembre 2025

#### **Dates et lieu de l'audience :**

Du 6 au 9 avril 2021, du 12 au 14 avril 2021, du 6 au 9 juillet 2021, du 18 au 22 octobre 2021 et les 9 et 10 mars 2022

Par vidéoconférence

#### **Comparutions :**

Joshua Dorais, pour le plaignant

Caroline Carrasco, Christine Singh, et Sarah Chênevert-Beaudoin, pour la Commission canadienne des droits de la personne

Cynthia Lau et Samantha Gergely, pour la partie intimée