

COURT OF APPEAL OF
NEW BRUNSWICK



COUR D'APPEL DU
NOUVEAU-BRUNSWICK

12-21-CA

WORKPLACE HEALTH, SAFETY and
COMPENSATION COMMISSION

APPELLANT

- and -

KELLY BOUDREAU, PROVINCE OF NEW
BRUNSWICK (DEPARTMENT OF PUBLIC
SAFETY)

RESPONDENTS

Workplace Health, Safety and Compensation
Commission v. Boudreau et al., 2021 NBCA 41

CORAM:

The Honourable Justice Quigg
The Honourable Justice Baird
The Honourable Justice LeBlond

Appeal from a decision of the Workers'
Compensation Appeals Tribunal:
December 8, 2020

History of Case:

Decision under appeal:
Unreported

Preliminary or incidental proceedings:
None

Appeal heard:
June 17, 2021

Judgment rendered:
September 9, 2021

Reasons for judgment by:
The Honourable Justice LeBlond

COMMISSION DE LA SANTÉ, DE LA
SÉCURITÉ ET DE L'INDEMNISATION DES
ACCIDENTS AU TRAVAIL

APPELANTE

- et -

KELLY BOUDREAU, PROVINCE DU
NOUVEAU-BRUNSWICK (MINISTÈRE DE LA
SÉCURITÉ PUBLIQUE)

INTIMÉS

Commission de la santé, de la sécurité et de
l'indemnisation des accidents au travail c.
Boudreau et autre, 2021 NBCA 41

CORAM :

l'honorable juge Quigg
l'honorable juge Baird
l'honorable juge LeBlond

Appel d'une décision du Tribunal d'appel des
accidents au travail :
le 8 décembre 2020

Historique de la cause :

Décision frappée d'appel :
inédite

Procédures préliminaires ou accessoires :
aucune

Appel entendu :
le 17 juin 2021

Jugement rendu :
le 9 septembre 2021

Motifs de jugement :
l'honorable juge LeBlond

Concurred in by:
The Honourable Justice Quigg
The Honourable Justice Baird

Souscrivent aux motifs :
l'honorable juge Quigg
l'honorable juge Baird

Counsel at hearing:

Avocats à l'audience :

For the Appellant:
Matthew Robert Letson

Pour l'appelante :
Matthew Robert Letson

For the Respondents:
Andrew C. W. Moss

Pour les intimés :
Andrew C. W. Moss

THE COURT

LA COUR

The appeal is allowed without costs.

L'appel est accueilli sans dépens.

The judgment of the Court was delivered by

LEBLOND, J.A.

I. Overview

[1] This appeal concerns the interpretation and application of a policy established by the Workplace Health, Safety and Compensation Commission relating to coverage for the cost of medical marijuana for the treatment of the respondent Mr. Boudreau’s post traumatic stress disorder (“PTSD”). The Commission denied his request for coverage, but Mr. Boudreau’s appeal to the Workers’ Compensation Appeals Tribunal was allowed. The Commission now appeals the Tribunal’s decision.

[2] For the reasons elaborated below, I would allow the appeal.

II. Factual context

[3] The facts are essentially not in dispute, but the parties disagree on those to which the Tribunal ought to have given priority.

[4] Mr. Boudreau was employed by the Province as a correctional officer for approximately ten years. During that time, he experienced several traumatic events, as a result of which he was placed off work. He was diagnosed with PTSD, panic disorder, agoraphobia and major depressive disorder. His claim for benefits was accepted for PTSD and major depressive disorder.

[5] There is no dispute about the severity of Mr. Boudreau’s symptoms as of the date of the diagnosis in 2014. They included night sweats, night terrors, difficulty concentrating and remembering conversations, self-isolation, erratic eating patterns, fatigue, suicidal ideations, anxiety, flashbacks and sleep disruption. A number of therapeutic options were tried, including medical marijuana to treat the PTSD, which was

prescribed by his family physician in September 2015. This prescription followed brief trials of several anti-depressants, which Mr. Boudreau had discontinued on his own as he did not like the side effects he was experiencing.

[6] At the Commission's request, Mr. Boudreau was examined by a psychiatrist selected by it with a view to determining an appropriate course of treatment. By the date of this examination, in November 2015, Mr. Boudreau had not been on any anti-depressant for many months and was only taking the medical marijuana. He felt it was his best option given the relief of many of his symptoms without side effects.

[7] However, upon examination, the psychiatrist noted Mr. Boudreau was still very symptomatic. He recommended an immediate decrease in the use of marijuana concurrent with the initiation of anti-depressant strategies. He was of the view there needed to be a progressive downward titration of the marijuana given Mr. Boudreau's positive dependence on it so as not to unsettle him too quickly. The objective was to eventually discontinue the marijuana use completely. However, the record indicates Mr. Boudreau did not follow any of these recommendations.

[8] The psychiatrist's report to the Commission was part of a multi-disciplinary assessment, which sets out the rationale for the eventual discontinuance of the marijuana. It noted the science-based evidence that regular marijuana use was associated with increased risks of anxiety, depression and psychotic illness while also worsening the courses of these disorders, including increased risk of suicidal ideation and possibly suicide attempts in males. While the report acknowledged some potential benefits with marijuana use in the treatment of certain anxiety disorders and PTSD, that evidence was both weak and equivocal and certainly offset by the significant potential health risks associated with smoking marijuana.

[9] In the end, the multidisciplinary team advised the Commission that medical marijuana was not recommended for treatment of Mr. Boudreau's PTSD and was

in fact contraindicated. On the strength of this advice, on November 24, 2015, the Commission denied funding for it.

[10] Mr. Boudreau continued to be followed by his psychologists and family physicians, who supported his use of medical marijuana, largely because of his self-reports of its benefits. However, some of these healthcare professionals noted there had not been significant improvements with symptoms, consistent with the findings of the multidisciplinary assessment. Although Mr. Boudreau was asked to be seen again for follow-up by the specialists who conducted the initial multi-disciplinary assessment, he refused to do so. He was, however, assessed by a further psychiatrist, whose opinion and conclusion mirrored those of the initial assessment.

[11] Mr. Boudreau was seen by yet another family physician, who reported, in August 2018, that medical marijuana is used in “harm reduction” strategies to help patients stay away from illicit drugs and opiates.

[12] On January 7, 2019, the Commission confirmed its earlier decision to not fund the cost of medical marijuana. It based its decision on its Policy 25-015: *Cannabis (Marijuana) for Medical Purposes*, the relevant sections of which, for purposes of this appeal, read as follows:

Policy

Under the authority of subsection 41(1) of the *WC Act*, WorkSafeNB may provide medical aid that it considers necessary as a result of a worker’s work-related injury. Using this authority, WorkSafeNB has determined when cannabis for medical purposes will be authorized as treatment for workplace injuries or occupational diseases.

According to Health Canada, cannabis is not an approved therapeutic drug in Canada and does not endorse the use of

Politique

En vertu du paragraphe 41(1) de la *Loi sur les accidents du travail*, Travail sécuritaire NB peut fournir au travailleur blessé l’aide médicale qu’il considère nécessaire du fait de sa blessure liée au travail. Il a donc déterminé les situations où le cannabis à des fins médicales sera autorisé pour traiter les blessures ou les maladies liées au travail.

Selon Santé Canada, le cannabis n’est pas un médicament thérapeutique approuvé au Canada. À l’heure actuelle, bien que des

medical cannabis. At present, while pointing to some potential therapeutic benefits, the scientific evidence does not establish the safety and efficacy of medicinal cannabis, to the extent required by the Food and Drug Regulations for marketed drugs in Canada. After a review of the evidence, including reviewing the report “The health effects of cannabis and cannabinoids: The current state of evidence and recommendations for research” from the National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, medicinal cannabis is generally not a WorkSafeNB approved treatment, and will only be approved for these specific medical circumstances[.]

Interpretation

[...]

2. The requirement of a full risk assessment and monitoring for medicinal cannabis applies to spasms and spasticity resulting from central nervous system injury, chronic neuropathic pain and harm reduction. [...]
5. Medicinal cannabis may also be considered for harm reduction when the injured worker is on a dosage amount of opioids over the maximum daily dose as recommended in Policy 25-012 Medical Aid – Opioids with a high risk profile for death from respiratory depression or other significant harmful consequences.
6. In cases of harm reduction, continued approval for medicinal cannabis will be contingent upon:

avantages thérapeutiques potentiels lui soient attribués, il n'existe aucune preuve scientifique établissant la sécurité et l'efficacité du cannabis à des fins médicales dans la mesure exigée par le *Règlement sur les aliments et drogues* relativement aux médicaments offerts sur le marché canadien. Après avoir examiné la preuve, y compris le rapport intitulé *The health effects of cannabis and cannabinoids: The current state of evidence and recommendations for research* des National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, Travail sécuritaire NB n'approuvera généralement pas le cannabis à des fins médicales, sauf dans les situations médicales suivantes[.]

Interprétation

[...]

2. L'obligation de réaliser une évaluation complète des risques et d'exercer une surveillance pour le cannabis à des fins médicales s'applique dans les cas de spasticité et de spasmes liés à une blessure au système nerveux central; de douleur neuropathique chronique; et de réduction des méfaits. [...]
5. Le cannabis à des fins médicales peut également être envisagé pour réduire les méfaits lorsque le travailleur blessé prend une quantité d'opiacés dépassant la dose quotidienne maximale recommandée dans la Politique 25-012, intitulée Aide médicale – Opiacés, et est à risque élevé de mourir de dépression respiratoire ou d'autres conséquences néfastes importantes.
6. Dans les cas de la réduction des méfaits, l'approbation continue du cannabis à des fins médicales sera

conditionnelle :

- Enrollment in a supervised harm reduction management program, including a signed therapeutic agreement between the health care provider and the injured worker;
 - Sustained reduction in the amount of opioids being prescribed for the worker towards dosages in line with the WorkSafeNB opioid policy; or sustained reduction in the amount of other substances with risk of dependency such as benzodiazepines; and
 - Completion of the WorkSafeNB Opioid Review Process handbook in the case of opioid reduction.
[Emphasis added.]
- à l'inscription à un programme supervisé de gestion de la réduction des effets, y compris une entente relative au traitement signée par le fournisseur de soins de santé et le travailleur blessé;
 - à la réduction soutenue de la quantité d'opiacés prescrits pour le travailleur à des doses conformes à la politique sur les opiacés de Travail sécuritaire NB ou à la réduction soutenue de la quantité d'autres substances comportant un risque de dépendance, comme les benzodiazepines;
 - au respect du livret intitulé *Processus d'examen de la thérapie par les opiacés – Travail sécuritaire NB*.
[C'est moi qui souligne.]

[13] As noted, Mr. Boudreau appealed that decision to the Tribunal. At the hearing, he testified medical marijuana kept him functional, that he would never try any of the medications previously prescribed as they made him suicidal and that, but for the marijuana, he “wouldn't be here today.” He stated he “need[s] marijuana.”

[14] The Tribunal's decision was released December 8, 2020. The acceptance of the appeal resulted from the chairperson's interpretation of “harm reduction” as contained in the Policy. She held as follows:

When we speak of harm reduction, we must take into account situations where one form of treatment would do more harm than good. There is no greater “harm” than death. So, are we to force pharmacological treatment which could result in increased suicidal ideations and, potentially, tragic consequences or allow treatment that keeps those suicidal ideations at bay, thereby preventing those tragic consequences? What is harm reduction if not that.

Policy 25-015 contemplates the approval of medicinal cannabis in situations of harm reduction. I find it informative that the policy uses mandatory language for the other conditions, for example for spasms and spasticity and neuropathic pain. For those ailments the policy specifically says that “medicinal cannabis **will only be considered** for” while the paragraph dealing with harm reduction says that “medicinal cannabis may also be considered for harm reduction” [Emphasis in original.] [...]

While the typical situations deal with opioids, the take-away from this paragraph is the fact that it will be used in situations where “death” or “other significant harmful consequences” are a concern. If this form of treatment keeps the appellant from using benzodiazepines, which have a risk of dependency, and if the Nabilone trial has failed, which it has, then the natural conclusion is that the appellant would benefit from medicinal cannabis for harm reduction purposes.

As indicated above, the appellant is in a very unique situation with a very unique set of facts, given what has taken place in his life since his diagnosis. The appellant is in a very vulnerable place and, in my view, now is not the time to experiment with his health and well-being nor will that be appropriate in the near to distant future. The appellant struck me as credible, forthright and honest in his testimony. I believe him when he says that medicinal cannabis has curbed his suicidal ideations. Indeed, that information is corroborated by the studies reviewed above.

I am of the view that, in this unique set of facts, where the potential of harm is great if the appellant is forced down a path of treatment that has yet to provide any benefit in comparison to the potential for harm, medicinal cannabis is indicated on the basis of harm reduction in order to prevent death or other significant harmful consequences. Given that benzodiazepines, which were previously prescribed for him, have a risk of dependency and the fact that he failed the Nabilone trial, this form of treatment is appropriate at this time. [paras. 84-88]

[Emphasis in original.]

III. Ground of Appeal

[15] The Commission raises only one ground, namely that the chairperson erred in law with respect to her interpretation of “harm reduction” as contained in the Policy.

IV. Standard of Review

[16] In *Canada (Minister of Citizenship and Immigration) v. Vavilov*, 2019 SCC 65, [2019] S.C.J. No. 65 (QL), the Supreme Court held the presumption of the reasonableness review standard is rebutted “where the legislature has provided a statutory appeal mechanism from an administrative decision to a court, thereby signalling the legislature’s intent that appellate standards apply when a court reviews the decision” (para. 17). The Legislature has provided such an appeal mechanism. Section 21(12) of the *Workplace Health, Safety and Compensation Commission and Workers’ Compensation Appeals Tribunal Act*, S.N.B. 1994, c. W-14 (the “Act”), sets out the right to appeal Tribunal decisions on questions as to its jurisdiction or any question of law. Section 23 then sets out the appeal mechanism.

[17] Section 21(9)(b) states the Tribunal shall apply a policy that is approved by the Commission and applicable to the case. Section 21(9.1) states that every such policy is binding on the Appeals Tribunal. That was not the case prior to the proclamation of these provisions in 2018. This explains the change in the law since the Court’s decision in *D.W. v. Workplace Health, Safety and Compensation Commission and Via Rail Canada Inc.*, 2005 NBCA 70, 288 N.B.R. (2d) 26. These policies have the force of law. As the Court stated in *Workers’ Compensation Appeals Tribunal v. Province of New Brunswick and Workplace Health, Safety and Compensation Commission*, 2019 NBCA 77, 2019 NBCA 77, [2020] N.B.J. No. 20 (QL): [...] in making its decision based on the real merits and justice of the particular case, the Appeals Tribunal must apply any policy approved by the Commission “under” the *WHSCC and WCAT Act* that is “applicable in

the case” [...]” (emphasis added) (at par. 8). An error in the interpretation of a policy is therefore an error of law. Accordingly, the Court is to apply the appellate standard of review, which is correctness in considering this question of law (*Housen v. Nikolaisen*, 2002 SCC 33, [2002] 2 S.C.R. 235, at para. 8; *Longphee v. Workplace Health, Safety and Compensation Commission*, 2020 NBCA 45, [2020] N.B.J. No. 157 (QL), at para. 18).

V. Analysis

A. *Statutory framework*

[18] The combined effect of ss. 7(f.1), 21(9) and 21(9.1) of the *Act* is in play in this appeal. For ease of reference, I reproduce these sections below:

Additional responsibilities of Commission

7 In addition to the responsibilities prescribed in sections 4 and 5, the Commission shall

(f.1) establish policies not inconsistent with this Act, the *Workers' Compensation Act*, the *Firefighters' Compensation Act* and the *Occupational Health and Safety Act* to promote workers' health, safety and compensation[.]

Procedure before Appeals Tribunal

21(9) In an appeal, the Appeals Tribunal shall

(a) make its decision on a case-by-case basis based on the real merits and justice of the particular case,

(b) apply a policy approved by the

Responsabilités additionnelles

7 En plus des responsabilités mentionnées aux articles 4 et 5, la Commission doit

f.1)  tablir des politiques destinées à promouvoir la santé, la sécurité et l'indemnisation des travailleurs, qui ne sont pas incompatibles avec la présente loi, la *Loi sur les accidents du travail*, la *Loi sur l'indemnisation des pompiers* et la *Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail*[.]

Procédure devant le Tribunal d'appel

21(9) Dans le cadre d'un appel, le Tribunal d'appel :

a) rend sa décision au cas par cas en toute justice et sur le bien-fondé de l'espèce;

b) est lié par les politiques qu'a

Commission that is applicable in the case, and

approuvées la Commission et qui sont applicables en l'espèce;

(c) not be bound to follow precedent.

c) n'est pas tenu de suivre les précédents.

21(9.1) Until a different policy is approved by the Commission or a policy is amended by the Commission, every policy approved by the Commission under this Act is binding on the board of directors, every officer and employee of the Commission and on the Appeals Tribunal.

21(9.1) Tant qu'elle ne l'a pas modifiée ou tant qu'elle n'en a pas approuvé une autre, chaque politique qu'approuve la Commission en vertu de la présente loi lie le conseil d'administration, les dirigeants et employés de la Commission ainsi que le Tribunal d'appel.

[19] Pursuant to s. 41(3) of the *Workers' Compensation Act*, R.S.N.B. 1973, c. W-13, the Commission has exclusive jurisdiction to determine, in its discretion, all questions as to the necessity, character and sufficiency of any medical aid. In this case, the issue was determined by the Policy, consistent with the legislative framework.

[20] The Court has previously held the Commission's jurisdiction extends to the determination of whether, or not, it will finance a particular therapy after consulting with an expert. If the expert advises against a particular therapy, the Commission can deny it, notwithstanding the worker's personal physician's advice to the contrary (see *Creighton v. Workplace Health, Safety and Compensation Commission*, 2009 NBCA 73, 350 N.B.R. (2d) 352).

[21] That is precisely what occurred in Mr. Boudreau's case. By establishing the Policy, the Commission determined that treatment with the use of medical marijuana would not be authorized except for the specific and limited exceptions it sets out. PTSD and major depression are not within these exceptions.

[22] However, the chairperson of the Tribunal then proceeded with an analysis of whether Mr. Boudreau might qualify for the funding based on her interpretation of "harm reduction," for which the Policy does authorize the limited use of medical marijuana. The problem is that the chairperson's interpretation is inconsistent with the defined parameters of harm reduction in the Policy. The chairperson not only ignores the

binding effect of the Policy on the Tribunal, but she purports to substitute herself to the Commission's exclusive jurisdiction and to the medical advice the Commission received. In the end, the chairperson chose to base her decision on her own "medical opinion" for which she is not professionally qualified.

[23] The Policy, in part, limits the concept of harm reduction to assisting with the reduction of a worker's dependence on opioids (see clause 5). That does not apply to Mr. Boudreau's case. Clause 6 of the Policy then permits the "continued" approval of medicinal cannabis in cases of harm reduction as defined, but only contingent upon a worker's risk dependency on other drugs "such as benzodiazepines." That scenario assumes a dependency on another drug in the course of implementing a "harm reduction" strategy. None of this applies to Mr. Boudreau. Moreover, while he had been prescribed benzodiazepines in the past, not only was he no longer taking them by the time the Commission refused to fund the medicinal cannabis, but the record does not establish he developed any dependency on this drug.

B. *The Tribunal's decision*

[24] The chairperson noted the Commission's decision of January 7, 2019 was based on a proper application of the Policy and on the recommendations of its medical advisors. She comments on Mr. Boudreau's challenge of the Policy at the hearing before her and she correctly ruled against the argument the Policy fettered the Commission's discretion under s. 41 of the *Workers' Compensation Act*. She also correctly determined the establishment of any policy pursuant to s. 7(f.1) of the *Act* reflects the manner in which the Commission applies its discretion, consistent with the legislative framework. Nothing in this framework entitles a worker to funding for any particular medical aid.

[25] The chairperson also agreed with the proposition that, while the Commission and the Tribunal have a duty to look at the merits and justice of each case, (see s. 34(4) of the *Workers' Compensation Act* and *VSL Canada Ltd. v. Workplace Health Safety and Compensation Commission and Duguay et al.*, 2011 NBCA 76, 376

N.B.R. (2d) 292), this does not require a review of the medical literature and science that deals with the efficacy of medical marijuana in every case. Indeed, that is what the Policy seeks to prevent in the interest of consistency.

[26] In my opinion, the chairperson, in interpreting the policy, erred in law when she placed significant and, unfortunately, erroneous emphasis on Mr. Boudreau's evidence that, "in his opinion," medical marijuana had saved his life and he "likely would have committed suicide without it." This then led her to engage in the discussion she earlier observed she should not do. She reviewed medical literature, some peer reviewed, some not, but none of it tendered through an appropriate medical expert. As a result, she chose to rely on what is, at best, hearsay and, at worse, irrelevant evidence. Although, s. 21(8.2) of the *Act* relaxes the rules of evidence for matters heard by the Tribunal, it is my view that chairpersons should tread carefully when dealing with medical literature, particularly where the evidence provided by experts with respect to a worker's particular case conflicts with the literature. In this case, it was inappropriate for the chairperson to ignore the medical opinions obtained by the Commission that specifically dealt with Mr. Boudreau's case and instead accept literature that supported the chairperson's own views without explanation. This was not a proper exercise of her discretion, and it inappropriately interfered with the Commission's exclusive jurisdiction to determine the core issue, that is whether funding would be provided to Mr. Boudreau for medical marijuana. That then led to an erroneous interpretation of the Commission's policy.

[27] Finally, she expressed "understanding" with Mr. Boudreau's reluctance to try the pharmacological treatment recommended by the Commission's medical advisors without any evidence as to whether, or not, such a program, properly monitored, might be beneficial.

[28] She then made "credibility" findings based on the comparison she drew between Mr. Boudreau's testimony and what she read in the improperly tendered medical literature. With respect, her analysis then goes awry when she attempts to justify her conclusion to allow the funding based on her own "opinion."

[29]

As noted, she wrote:

- At para. 83: “The fact that he is struggling does not mean that this particular form of treatment [medicinal cannabis] is not effective.” There are properly qualified medical opinions in the record to the exact opposite;
- At para. 84: “When we speak of harm reduction, we must take into account situations where one form of treatment would do more harm than good.” This is not only her expression of a medical opinion, but it ignores the context of “harm reduction” as defined in the Policy;
- At para. 86: “If this form of treatment keeps the appellant from using benzodiazepines, [which was not the case here based on the evidence] which have a risk of dependency, [again, taken out of context] [...] then the natural conclusion is that the appellant would benefit from medicinal cannabis for harm reduction purposes” (emphasis added). Not only is she substituting her own “medical opinion” for those of the qualified experts, she applies the concept of “harm reduction” completely outside the context of the Policy;
- At para. 87: “[...] now is not the time to experiment with his health and well-being nor will that be appropriate in the near to distant future.” Again, this is a medical opinion that completely exceeds the parameters of the Policy; and
- Finally, at para. 88: “I am of the view that, [...] medicinal cannabis is indicated on the basis of harm reduction in order to prevent death or other significant harmful consequences” (emphasis added). This is another expression of a medical opinion which takes the Policy out of context. “Given that benzodiazepines, which were previously prescribed for him, have a risk of dependency [...] this form of treatment is appropriate at this time.” The Policy does not contemplate funding to prevent a risk of

dependency on drugs which the worker is not using; rather it deals with continuing approval of medicinal cannabis, in the context of harm reduction from usage of opioids, for additional sustained reduction in the use of substances such as benzodiazepines. As noted, Mr. Boudreau's situation does not fall within the four corners of the Policy.

[30] The chairperson significantly expanded the "harm reduction" exception in the Policy and, in doing so, she erred in law.

VI. Disposition

[31] For these reasons, I would allow the appeal, quash the Tribunal's decision and restore the Commission's decision of January 7, 2019. In keeping with the Court's policy relating to WorkSafeNB appeals, I would make no award of costs.

LE JUGE LEBLOND

I. Vue d'ensemble

[1] Le présent appel concerne l'interprétation et l'application d'une politique établie par la Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents au travail en ce qui a trait à la prise en charge du coût de marijuana médicinale pour le traitement du trouble de stress post-traumatique (TSPT) de l'intimé M. Boudreau. La Commission avait refusé sa demande d'indemnités, mais le Tribunal d'appel des accidents au travail a accueilli l'appel interjeté par M. Boudreau. La Commission fait maintenant appel de la décision du Tribunal.

[2] Pour les motifs qui suivent, j'accueillerais l'appel.

II. Contexte factuel

[3] Les faits, pour l'essentiel, ne sont pas contestés, mais les parties ne s'entendent pas sur ceux auxquels le Tribunal aurait dû donner la priorité.

[4] M. Boudreau a été agent correctionnel pendant une dizaine d'années au service du gouvernement provincial. Au cours de cette période, il a subi plusieurs traumatismes et il a été mis, de ce fait, en arrêt de travail. On a diagnostiqué chez lui un TSPT, un trouble panique, une agoraphobie et un trouble dépressif caractérisé. Sa demande d'indemnités a été accueillie pour le TSPT et le trouble dépressif caractérisé.

[5] La sévérité des symptômes de M. Boudreau au moment du diagnostic de 2014 n'est pas en litige. Parmi ces symptômes : sueurs nocturnes, terreurs nocturnes, difficulté de se concentrer et de se souvenir de conversations, auto-isolement, habitudes alimentaires erratiques, fatigue, pensées suicidaires, anxiété, flashbacks et perturbations

du sommeil. Beaucoup de thérapies ont été essayées, y compris, pour traiter le TSPT, de la marijuana médicinale qu'a prescrite son médecin de famille en septembre 2015. Cette prescription suivait de courts essais de plusieurs antidépresseurs, lesquels M. Boudreau avait cessé de prendre de sa propre initiative, n'aimant pas les effets secondaires qu'il éprouvait.

[6] À la demande de la Commission, M. Boudreau s'est soumis à l'examen d'un psychiatre choisi par elle dans le but d'en arriver à un traitement approprié. Au moment de cet examen, en novembre 2015, M. Boudreau n'avait pas pris d'antidépresseurs depuis plusieurs mois et ne prenait que de la marijuana médicinale. C'était la meilleure option, selon lui, puisqu'elle le soulageait d'un bon nombre de symptômes, sans effets secondaires.

[7] Cependant, à l'examen, le psychiatre a observé que M. Boudreau présentait toujours de nombreux symptômes. Il a recommandé une baisse immédiate de l'usage de la marijuana et, en même temps, la mise en place de stratégies antidépressives. Il était d'avis qu'un retrait progressif de la marijuana était nécessaire, compte tenu de la forte dépendance de M. Boudreau à cette substance, afin d'éviter une perturbation trop brusque. L'objectif était un retrait complet de la marijuana. Cependant, le dossier permet de constater que M. Boudreau n'a suivi aucune de ces recommandations.

[8] Le rapport du psychiatre remis à la Commission faisait partie d'une évaluation multidisciplinaire exposant les raisons du retrait ultime de la marijuana. Il évoquait les données scientifiques montrant que l'usage régulier de la marijuana était lié à des risques accrus d'anxiété, de dépression et de psychose, en plus d'aggraver leur évolution, y compris le risque accru de pensées suicidaires et, chez les hommes, d'éventuelles tentatives de suicide. Il est vrai que le rapport reconnaissait certains bienfaits potentiels de la marijuana dans le traitement de certains troubles d'anxiété et du TSPT, mais cette preuve était à la fois faible et équivoque et tout au moins contrebalancée par les risques sanitaires possibles élevés liés au fumage de la marijuana.

[9] En fin de compte, l'équipe multidisciplinaire a répondu à la Commission que la marijuana médicinale n'était pas recommandée pour le traitement du TSPT de M. Boudreau et qu'elle était même contre-indiquée. Sur la foi de cet avis, le 24 novembre 2015, la Commission a refusé son financement.

[10] M. Boudreau a continué d'être suivi par ses psychologues et ses médecins de famille, qui appuyaient son recours à la marijuana médicinale, sur la foi principalement de ses propres dires quant à ses bienfaits. Toutefois, certains de ces professionnels de la santé ont noté l'absence de progrès importants par rapport aux symptômes, ce qui est en accord avec les conclusions de l'évaluation multidisciplinaire. Invité à se présenter de nouveau, pour un suivi, devant les spécialistes qui avaient fait l'évaluation multidisciplinaire initiale, M. Boudreau a refusé. Cependant, il a été évalué par un autre psychiatre, dont l'opinion et la conclusion sont le reflet de celles de l'évaluation initiale.

[11] M. Boudreau a été examiné par un autre médecin de famille, qui, dans son rapport d'août 2018, indique que la marijuana médicinale est employée dans des stratégies de « réduction des méfaits » pour aider les patients à s'éloigner des drogues et opiacés illicites.

[12] Le 7 janvier 2019, la Commission a confirmé sa décision antérieure de ne pas financer le coût de la marijuana médicinale. Elle a fondé sa décision sur la politique 25-015 : *Cannabis (marijuana) à des fins médicales* (la politique), dont voici, pour le présent appel, les dispositions pertinentes :

Policy

Under the authority of subsection 41(1) of the *WC Act*, WorkSafeNB may provide medical aid that it considers necessary as a result of a worker's work-related injury. Using this authority, WorkSafeNB has determined when cannabis for medical purposes will be authorized as treatment

Politique

En vertu du paragraphe 41(1) de la *Loi sur les accidents du travail*, Travail sécuritaire NB peut fournir au travailleur blessé l'aide médicale qu'il considère nécessaire du fait de sa blessure liée au travail. Il a donc déterminé les situations où le cannabis à des fins médicales sera autorisé pour

for workplace injuries or occupational diseases.

According to Health Canada, cannabis is not an approved therapeutic drug in Canada and does not endorse the use of medical cannabis. At present, while pointing to some potential therapeutic benefits, the scientific evidence does not establish the safety and efficacy of medicinal cannabis, to the extent required by the Food and Drug Regulations for marketed drugs in Canada. After a review of the evidence, including reviewing the report “The health effects of cannabis and cannabinoids: The current state of evidence and recommendations for research” from the National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, medicinal cannabis is generally not a WorkSafeNB approved treatment, and will only be approved for these specific medical circumstances[.]

Interpretation

[...]

2. The requirement of a full risk assessment and monitoring for medicinal cannabis applies to spasms and spasticity resulting from central nervous system injury, chronic neuropathic pain and harm reduction. [...]
5. Medicinal cannabis may also be considered for harm reduction when the injured worker is on a dosage amount of opioids over the maximum daily dose as recommended in Policy 25-012 Medical Aid – Opioids with a high risk profile for death from respiratory depression or other

traiter les blessures ou les maladies liées au travail.

Selon Santé Canada, le cannabis n'est pas un médicament thérapeutique approuvé au Canada. À l'heure actuelle, bien que des avantages thérapeutiques potentiels lui soient attribués, il n'existe aucune preuve scientifique établissant la sécurité et l'efficacité du cannabis à des fins médicales dans la mesure exigée par le *Règlement sur les aliments et drogues* relativement aux médicaments offerts sur le marché canadien. Après avoir examiné la preuve, y compris le rapport intitulé *The health effects of cannabis and cannabinoids: The current state of evidence and recommendations for research* des National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, Travail sécuritaire NB n'approuvera généralement pas le cannabis à des fins médicales, sauf dans les situations médicales suivantes[.]

Interprétation

[...]

2. L'obligation de réaliser une évaluation complète des risques et d'exercer une surveillance pour le cannabis à des fins médicales s'applique dans les cas de spasticité et de spasmes liés à une blessure au système nerveux central; de douleur neuropathique chronique; et de réduction des méfaits. [...]
5. Le cannabis à des fins médicales peut également être envisagé pour réduire les méfaits lorsque le travailleur blessé prend une quantité d'opiacés dépassant la dose quotidienne maximale recommandée dans la Politique 25-012, intitulée Aide médicale – Opiacés, et est à risque élevé de mourir

significant harmful consequences.

de dépression respiratoire ou d'autres conséquences néfastes importantes.

6. In cases of harm reduction, continued approval for medicinal cannabis will be contingent upon:

- Enrollment in a supervised harm reduction management program, including a signed therapeutic agreement between the health care provider and the injured worker;
- Sustained reduction in the amount of opioids being prescribed for the worker towards dosages in line with the WorkSafeNB opioid policy; or sustained reduction in the amount of other substances with risk of dependency such as benzodiazepines; and
- Completion of the WorkSafeNB Opioid Review Process handbook in the case of opioid reduction.
[Emphasis added.]

6. Dans les cas de la réduction des méfaits, l'approbation continue du cannabis à des fins médicales sera conditionnelle :

- à l'inscription à un programme supervisé de gestion de la réduction des effets, y compris une entente relative au traitement signée par le fournisseur de soins de santé et le travailleur blessé;
- à la réduction soutenue de la quantité d'opiacés prescrits pour le travailleur à des doses conformes à la politique sur les opiacés de Travail sécuritaire NB ou à la réduction soutenue de la quantité d'autres substances comportant un risque de dépendance, comme les benzodiazepines;
- au respect du livret intitulé *Processus d'examen de la thérapie par les opiacés – Travail sécuritaire NB.*
[C'est moi qui souligne.]

[13] Comme je l'ai mentionné, M. Boudreau a interjeté appel de cette décision au Tribunal. À l'audience, il a témoigné que la marijuana médicinale lui permettait de fonctionner, que jamais il ne retournerait aux médicaments qui lui avaient été prescrits dans le passé, car ils le rendaient suicidaire, et que, n'eût été la marijuana, il [TRADUCTION] « ne serait pas en vie aujourd'hui ». Il a déclaré qu'il [TRADUCTION] « [a] besoin de la marijuana ».

[14] La décision du Tribunal a été rendue le 8 décembre 2020. L'appel a été accueilli sur le fondement de l'interprétation qu'a donnée la présidente du Tribunal au

terme « réduction des méfaits » contenu dans la politique. Voici la conclusion à laquelle elle est arrivée :

[TRADUCTION]

Quand on parle de réduction des méfaits, il faut prendre en considération des situations où une forme particulière de traitement causerait plus de méfaits que de bien. Il ne peut y avoir de plus grand « méfait » que la mort. Du coup, devons-nous imposer un traitement pharmacologique qui pourrait entraîner un accroissement des pensées suicidaires et, éventuellement, des conséquences tragiques, ou autoriser un traitement qui repousse ces pensées suicidaires, prévenant ainsi ces conséquences tragiques? En quoi consiste la réduction des méfaits, si ce n'est pas cela justement.

La politique 25-015 admet l'approbation du cannabis médicinal dans des cas de réduction des méfaits. Je trouve intéressant le fait que la politique emploie un libellé impératif pour les autres conditions, par exemple pour la spasticité, les spasmes et la douleur neuropathique. La politique précise en effet que « [l]e cannabis à des fins médicales **ne sera envisagé** pour [ces affections-là] **que si** [...] », tandis que la disposition qui traite de la réduction des méfaits dit que « [l]e cannabis à des fins médicales peut également être envisagé pour réduire les méfaits ». [Souligné dans l'original.] [...]

Bien qu'il s'agisse typiquement d'opiacés, ce qu'il faut retenir de ce paragraphe, c'est le fait qu'on y aura recours dans des cas où il y a risque « de mourir » ou « d'autres conséquences néfastes importantes ». Si cette forme de traitement évite à l'appelant de recourir aux benzodiazépines, qui comportent un risque de dépendance, et si l'essai du nabilone a échoué, comme ce fut le cas, la conclusion logique à tirer est que l'appelant bénéficierait du cannabis médicinal à des fins de réduction des méfaits.

Comme je l'ai mentionné, l'appelant se trouve dans une situation exceptionnelle comportant des faits très exceptionnels, compte tenu de ce qui s'est passé dans sa vie depuis son diagnostic. L'appelant occupe une place très vulnérable et, à mon avis, ce n'est pas le moment de faire des expériences avec sa santé et son bien-être, et il ne sera pas approprié de le faire à brève ou à longue échéance.

L'appelant m'a donné l'impression d'être crédible, franc et honnête dans son témoignage. Je le crois lorsqu'il dit que le cannabis médicinal a refréné ses pensées suicidaires. D'ailleurs, cette information est appuyée par les études évoquées plus haut.

Je suis d'avis que, dans ces circonstances particulières où le risque de méfaits est élevé si l'appelant est forcé de se soumettre à une forme de traitement dont les bienfaits sont loin de se mesurer au danger qui le guette, le cannabis médicinal est indiqué, du point de vue de la réduction des méfaits, pour éviter la mort ou d'autres conséquences néfastes importantes. Étant donné que les benzodiazépines, qui lui ont été prescrites antérieurement, présentent un risque de dépendance et que l'essai du nabilone a échoué, cette forme de traitement est appropriée à ce moment-ci.

[par. 84 à 88]

[Souligné dans l'original.]

III. Moyen d'appel

[15] Le seul moyen d'appel invoqué par la Commission est que la présidente a commis une erreur de droit dans son interprétation du terme « réduction des méfaits » employé dans la politique.

IV. Norme de contrôle

[16] Dans *Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration) c. Vavilov*, 2019 CSC 65, [2019] A.C.S. n° 65 (QL), la Cour suprême a statué que la présomption de la norme de contrôle de la décision raisonnable est réfutée « lorsque le législateur a prévu un mécanisme d'appel d'une décision administrative devant une cour, indiquant ainsi son intention que les cours de justice recourent, en matière de contrôle, aux normes applicables en appel » (par. 17). Or, le législateur a prévu ce genre de mécanisme d'appel. Le paragraphe 21(12) de la *Loi sur la Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents au travail et le Tribunal d'appel des accidents au travail*, L.N.-B. 1994, ch. W-14 (la *Loi*), énonce le droit d'appeler des décisions du

Tribunal sur des questions de compétence ou de droit. L'article 23 énonce plus loin le mécanisme d'appel.

[17] L'alinéa 21(9)b) dispose que le Tribunal est lié par les politiques qu'a approuvées la Commission et qui sont applicables en l'espèce. Le paragraphe 21(9.1) précise que chacune de ces politiques lie le Tribunal d'appel. Ce n'était pas le cas avant la promulgation de ces dispositions en 2018. Cela explique pourquoi la loi a changé depuis la décision de notre Cour dans *D.W. c. Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents au travail et Via Rail Canada Inc.*, 2005 NBCA 70, 288 R.N.-B. (2^e) 26. Ces politiques ont force de loi. Comme l'a statué notre Cour dans *Tribunal d'appel des accidents au travail c. Province du Nouveau-Brunswick et Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents au travail*, 2019 NBCA 77, [2020] A.N.-B. n° 20 (QL) : « en rendant sa décision en toute justice et sur le bien-fondé de l'espèce, le Tribunal d'appel doit appliquer toute politique approuvée par la Commission “en vertu” de la *Loi* qui est “applicabl[e] en l'espèce” [...] » (c'est moi qui souligne) (au par. 8). Toute erreur d'interprétation d'une politique est donc une erreur de droit. En conséquence, notre Cour doit appliquer la norme de contrôle en appel, à savoir la norme de la décision correcte, dans son examen de cette question de droit (*Housen c. Nikolaisen*, 2002 CSC 33, [2002] 2 R.C.S. 235, au par. 8; *Longphee c. Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents au travail*, 2020 NBCA 45; [2020] A.N.-B. n° 157 (QL), au par. 18).

V. Analyse

A. *Cadre législatif*

[18] L'effet combiné de l'al. 7f.1) et des par. 21(9) et 21(9.1) de la *Loi* est en jeu dans le présent appel. Par commodité, je reproduis ces dispositions ci-dessous :

**Additional responsibilities of
Commission**

Responsabilités additionnelles

7 In addition to the responsibilities prescribed in sections 4 and 5, the Commission shall

(f.1) establish policies not inconsistent with this Act, the *Workers' Compensation Act*, the *Firefighters' Compensation Act* and the *Occupational Health and Safety Act* to promote workers' health, safety and compensation[.]

Procedure before Appeals Tribunal

21(9) In an appeal, the Appeals Tribunal shall

(a) make its decision on a case-by-case basis based on the real merits and justice of the particular case,

(b) apply a policy approved by the Commission that is applicable in the case, and

(c) not be bound to follow precedent.

21(9.1) Until a different policy is approved by the Commission or a policy is amended by the Commission, every policy approved by the Commission under this Act is binding on the board of directors, every officer and employee of the Commission and on the Appeals Tribunal.

7 En plus des responsabilités mentionnées aux articles 4 et 5, la Commission doit

f.1) établir des politiques destinées à promouvoir la santé, la sécurité et l'indemnisation des travailleurs, qui ne sont pas incompatibles avec la présente loi, la *Loi sur les accidents du travail*, la *Loi sur l'indemnisation des pompiers* et la *Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail*[.]

Procédure devant le Tribunal d'appel

21(9) Dans le cadre d'un appel, le Tribunal d'appel :

a) rend sa décision au cas par cas en toute justice et sur le bien-fondé de l'espèce;

b) est lié par les politiques qu'a approuvées la Commission et qui sont applicables en l'espèce;

c) n'est pas tenu de suivre les précédents.

21(9.1) Tant qu'elle ne l'a pas modifiée ou tant qu'elle n'en a pas approuvé une autre, chaque politique qu'approuve la Commission en vertu de la présente loi lie le conseil d'administration, les dirigeants et employés de la Commission ainsi que le Tribunal d'appel.

[19]

Au titre du par. 41(3) de la *Loi sur les accidents du travail*, L.R.N.-B. 1973, ch. W-13, la Commission a l'autorité exclusive de décider, à sa discrétion, toutes les questions relatives à la nécessité, à la nature et à la suffisance de toute aide médicale. En l'espèce, la question avait été tranchée compte tenu de la politique, en conformité avec le cadre législatif.

[20] Notre Cour a statué dans le passé que la compétence de la Commission s'étendait à la question de savoir si elle financera ou non une certaine thérapie après avoir consulté un expert. Si l'expert se prononce contre une certaine thérapie, la Commission peut refuser de financer celle-ci, malgré l'avis contraire du médecin personnel du travailleur (voir *Creighton c. Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents au travail*, 2009 NBCA 73, 350 R.N.-B. (2^e) 352).

[21] C'est précisément ce qui s'est produit dans le cas de M. Boudreau. En établissant la politique, la Commission a décidé que le traitement à l'aide de la marijuana médicinale ne serait pas autorisé, sauf pour les exceptions précises et limitées qui sont énumérées. Le TSPT et la dépression majeure ne figurent pas parmi ces exceptions.

[22] Toutefois, la présidente du Tribunal a poursuivi l'analyse afin de voir si la « réduction des méfaits », pour laquelle la politique autorise un recours limité à la marijuana médicinale, ne pouvait pas, en fonction du sens qu'elle attribue à ce terme, rendre M. Boudreau admissible au financement. Le problème, c'est que l'interprétation que la présidente donne au terme ne concorde pas avec les paramètres de la réduction des méfaits tels qu'ils sont définis dans la politique. En plus de ne pas tenir compte du caractère contraignant de la politique sur le Tribunal, la présidente prétend se substituer à la compétence exclusive de la Commission et à l'avis médical que la Commission a reçu. En fin de compte, la présidente a choisi de fonder sa décision sur sa propre [TRADUCTION] « opinion médicale » pour laquelle elle n'a aucune compétence professionnelle.

[23] La politique, en partie, limite l'application de la notion de réduction des méfaits au cas où il s'agit de réduire la dépendance du travailleur à des opiacés (voir la clause 5). Cela ne s'applique pas au cas de M. Boudreau. La clause 6 de la politique poursuit en autorisant l'approbation « continue » du cannabis médicinal dans les cas de réduction des méfaits au sens défini, mais l'approbation est conditionnelle au risque de dépendance du travailleur à d'autres drogues « comme les benzodiaz[é]pines ». Ce scénario postule qu'il y a dépendance à une autre drogue dans le cadre de la mise en

œuvre d'une stratégie de « réduction des méfaits ». Rien de cela ne s'applique à M. Boudreau. De plus, même si on lui a prescrit des benzodiazépines dans le passé, il reste que, non seulement il ne les prenait plus au moment où la Commission a refusé de financer le cannabis médicinal, mais aussi rien au dossier ne montre qu'il avait développé une dépendance à cette drogue.

B. *La décision du Tribunal*

[24] La présidente a constaté que la décision de la Commission du 7 janvier 2019 était fondée sur une application régulière de la politique et sur les recommandations de ses conseillers médicaux. Elle parle de la contestation de la politique qu'a effectuée M. Boudreau à l'audience tenue devant elle et c'est avec justesse qu'elle a rejeté l'argument voulant que la politique entravait le pouvoir discrétionnaire de la Commission prévu à l'art. 41 de la *Loi sur les accidents du travail*. C'est aussi à bon droit qu'elle a statué que l'établissement d'une politique en vertu de l'al. 7f.1) de la *Loi* est le reflet de la manière dont la Commission exerce son pouvoir discrétionnaire en conformité avec le cadre législatif. Ce cadre ne donne en rien au travailleur le droit à un financement pour quelque aide médicale particulière que ce soit.

[25] La présidente a aussi accepté l'idée que, malgré l'obligation de la Commission et du Tribunal de juger au fond dans chaque cas (voir le par. 34(4) de la *Loi sur les accidents du travail* ainsi que *VSL Canada Ltée c. Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents au travail et Duguay et autres*, 2011 NBCA 76, 376 R.N.-B. (2^e) 292), cela n'exige pas l'examen, dans chaque cas, de la littérature médicale et de la science qui traitent de l'efficacité de la marijuana médicinale. C'est d'ailleurs ce que la politique tente d'éviter par souci de cohérence.

[26] À mon avis, la présidente, dans son interprétation de la politique, a commis une erreur de droit en donnant une importance majeure – mais malheureusement fautive – au témoignage de M. Boudreau selon lequel, [TRADUCTION] « à son avis », la marijuana médicinale lui avait sauvé la vie et qu'il [TRADUCTION] « se serait

probablement suicidé sans elle ». Cela l'a ensuite amenée à aborder la discussion que, plus tôt, elle avait dit qu'elle ne devait pas aborder. Elle a passé en revue des écrits médicaux, certains évalués par les pairs, d'autres non, mais aucun d'eux ne lui avait été proposé par un expert médical du domaine. En conséquence, elle a choisi de se fonder sur, tout au mieux, du oui-dire ou, au pire, de la preuve non pertinente. Même si le par. 21(8.2) de la *Loi* assouplit les règles de la preuve pour les affaires entendues par le Tribunal, je suis d'avis que tout président du Tribunal se doit d'y aller doucement en consultant la littérature médicale, particulièrement lorsque les témoignages des experts à propos du cas particulier d'un travailleur sont en conflit avec la littérature. En l'espèce, il n'était pas convenable que la présidente fasse fi des opinions médicales obtenues par la Commission qui traitaient spécifiquement du cas de M. Boudreau et qu'elle fasse foi plutôt, sans explication, aux écrits appuyant ses propres opinions. Cela n'était pas un exercice acceptable de son pouvoir discrétionnaire et cela contrecarrait inopportunément la compétence exclusive de la Commission de trancher la question fondamentale, savoir celle de décider s'il fallait financer le recours de M. Boudreau à la marijuana médicale, ce qui a entraîné une mauvaise interprétation de la politique de la Commission.

[27] Enfin, elle a dit [TRADUCTION] « bien comprendre » la réticence de M. Boudreau à essayer le traitement pharmacologique recommandé par les conseillers médicaux de la Commission, sans preuve du fait qu'un tel programme, suivi de près, puisse s'avérer bénéfique ou non.

[28] Elle a ensuite tiré des conclusions en matière de [TRADUCTION] « crédibilité » sur la foi de la comparaison qu'elle a faite entre le témoignage de M. Boudreau et ce qu'elle a lu dans la littérature médicale qui lui a été présentée irrégulièrement. En toute déférence, son analyse se poursuit ensuite tout de travers lorsqu'elle tente de justifier sa conclusion d'autoriser le financement sur la foi de sa propre [TRADUCTION] « opinion ».

[29] Voici des extraits de ses propos cités plus haut :

- Au par. 83 : [TRADUCTION] « Le fait qu'il a de la difficulté ne veut pas dire que cette forme particulière de traitement [le cannabis médicinal] n'est pas efficace. » On trouve au dossier des opinions médicales éclairées soutenant le contraire;
- Au par. 84 : [TRADUCTION] « Quand on parle de réduction des méfaits, il faut prendre en considération des situations où une forme particulière de traitement causerait plus de méfaits que de bien. » En plus d'être sa façon d'exprimer une opinion médicale, cela ne tient pas compte du contexte de la « réduction des méfaits » au sens défini dans la politique;
- Au par. 86 : [TRADUCTION] « Si cette forme de traitement évite à l'appelant de recourir aux benzodiazépines [ce qui n'était pas le cas en l'espèce, selon la preuve présentée], qui comportent un risque de dépendance [mots pris hors contexte, encore une fois], [...] la conclusion logique à tirer est que l'appelant bénéficierait du cannabis médicinal à des fins de réduction des méfaits » (c'est moi qui souligne). Non seulement substitue-t-elle sa propre [TRADUCTION] « opinion médicale » à celles des experts reconnus, elle applique le concept de « réduction des méfaits » complètement à l'extérieur du contexte de la politique;
- Au par. 87 : [TRADUCTION] « ce n'est pas le moment de faire des expériences avec sa santé et son bien-être, et il ne sera pas approprié de le faire à brève ou à longue échéance ». Ici encore, il s'agit d'une opinion médicale qui dépasse complètement les paramètres de la politique;
- Et enfin, au par. 88 : [TRADUCTION] « Je suis d'avis que [...] le cannabis médicinal est indiqué, du point de vue de la réduction des méfaits, pour éviter la mort ou d'autres conséquences néfastes importantes » (c'est moi qui souligne). Voilà encore l'expression d'une opinion médicale qui cite la politique hors contexte. [TRADUCTION] « Étant donné que les

benzodiazépines, qui lui ont été prescrites antérieurement, présentent un risque de dépendance [...], cette forme de traitement est appropriée à ce moment-ci. » La politique ne prévoit pas un financement visant à prévenir le risque de dépendance à des drogues que le travailleur ne prend pas; elle régit plutôt l'approbation continue du cannabis médicinal, dans le contexte de la réduction des méfaits découlant de l'usage d'opiacés, en vue d'une réduction soutenue de l'usage de substances comme les benzodiazépines. Comme je l'ai mentionné, le cas de M. Boudreau ne tombe pas carrément sous le coup de la politique.

[30] La présidente a étendu considérablement la portée de l'exception de « réduction des méfaits » de la politique et, ce faisant, elle a commis une erreur de droit.

VI. Dispositif

[31] Pour ces motifs, j'accueillerais l'appel, j'annulerais la décision du Tribunal et je rétablirais la décision de la Commission du 7 janvier 2019. Conformément à la politique adoptée par notre Cour à l'égard des appels se rapportant à Travail sécuritaire NB, je n'adjugerais pas de dépens.