



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la citoyenneté et de l'immigration

CIMM • NUMÉRO 078 • 1^{re} SESSION • 42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 24 octobre 2017

—
Président

M. Robert Oliphant

Comité permanent de la citoyenneté et de l'immigration

Le mardi 24 octobre 2017

• (0845)

[Traduction]

Le président (M. Robert Oliphant (Don Valley-Ouest, Lib.)):
Bonjour à tous.

Je déclare la séance ouverte. Nous en sommes à la 78^e réunion du Comité permanent de la citoyenneté et de l'immigration. Nous allons commencer notre étude sur la non-admissibilité des immigrants au Canada pour des raisons médicales.

Je tiens à remercier les représentants du ministère qui sont là, aujourd'hui, surtout d'être là malgré un assez court préavis.

Nous allons commencer par la déclaration préliminaire de Mme Edlund.

Je tiens à dire aux gens que, dans ce genre de réunions, je donne un peu de latitude aux témoins pour m'assurer qu'ils puissent bien expliquer les points techniques soulevés. Par conséquent, si on dépasse un peu le temps alloué aux questions, ce sera parce que j'essaie de m'assurer que les témoins ont le temps nécessaire pour nous fournir à tous les meilleures réponses. Cela ne signifie pas nécessairement que je vais vous laisser vous éterniser si vous commencez à poser une question alors que 6 minutes 52 secondes se sont écoulées, mais je laisse une certaine marge de manoeuvre dans le cadre de ce genre de séance d'information.

Nous allons commencer par la déclaration préliminaire de Mme Edlund. Merci.

Mme Dawn Edlund (sous-ministre adjointe déléguée, Opérations, ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration): Merci.

[Français]

Monsieur le président, je vous remercie de nous avoir invités à comparaître devant le Comité aujourd'hui.

Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, ou IRCC, est reconnaissant envers le Comité de sa décision d'entreprendre cette étude.

[Traduction]

Les politiques et lignes directrices du Canada en matière d'admissibilité médicale ont un rôle essentiel dans le système d'immigration. En raison de la hausse du nombre de migrants qu'il y a au Canada et des risques que présente la migration pour la santé publique, il est constamment nécessaire d'évaluer l'état de santé des immigrants. Ce contrôle permet de cibler les risques pour la santé et la sécurité et de réduire les répercussions sur les systèmes sociaux et de santé du Canada.

Comme le Comité le sait déjà, en vertu de la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés, les demandeurs de la résidence permanente et certains demandeurs de la résidence temporaire pourraient se voir refuser l'entrée au Canada si leur état de santé est

susceptible de poser un risque à la santé publique ou à la sécurité publique ou d'imposer un fardeau excessif sur les services sociaux ou de santé, services qui sont principalement gérés par les gouvernements provinciaux et territoriaux.

L'admissibilité médicale est déterminée au moyen d'un processus en deux étapes.

D'abord, les demandeurs subissent un examen médical aux fins de l'immigration, ce qui comprend des tests supplémentaires requis et qui sont effectués par des médecins tiers désignés par IRCC. Le ministère évalue ensuite les résultats de l'examen afin de rendre une décision quant à l'admissibilité médicale de la personne. Le ministère avise également les autorités sanitaires des provinces et des territoires de l'arrivée des personnes qui pourraient avoir besoin d'un suivi médical pour des maladies comme, par exemple, la tuberculose inactive ou faisant déjà l'objet d'un traitement à cet égard.

[Français]

De façon générale, les demandeurs sont jugés interdits de territoire pour des motifs sanitaires s'ils souffrent d'une maladie hautement transmissible qui pourrait avoir de lourdes conséquences sur la santé des personnes résidant au Canada. Par exemple, la tuberculose active et la syphilis non traitée sont considérées comme des maladies dangereuses pour la population.

[Traduction]

La décision selon laquelle on considère qu'une personne pose un danger pour la sécurité publique repose sur le fait que l'état de santé de l'étranger pourrait être dangereux pour la santé et la sécurité des personnes résidant au Canada. Cela pourrait inclure certains états de santé qui entraîneraient possiblement des comportements imprévisibles ou violents, comme les troubles sociopathiques.

En ce qui concerne la disposition relative au fardeau excessif, bien que les exigences précises aient évolué au fil du temps, nous avons toujours procédé à un certain contrôle des immigrants au Canada afin de réduire le plus possible les répercussions sur les services sociaux et de santé. Actuellement, en vertu de la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés, cette disposition s'applique à tous les demandeurs de résidence permanente, à l'exception des réfugiés au sens de la Convention, des personnes protégées et de certains membres de la catégorie du regroupement familial, comme les époux, les conjoints de fait et les personnes à charge directes. La disposition sur le fardeau excessif s'applique également à certains demandeurs de résidence temporaire lorsque ceux-ci sont admissibles aux services provinciaux ou territoriaux.

• (0850)

[Français]

L'objectif de la disposition est d'atteindre un équilibre entre la protection des systèmes de santé et de services sociaux financés par l'État et la facilitation de l'immigration au Canada, tout en favorisant le respect des engagements humanitaires de la politique canadienne en matière d'immigration.

[Traduction]

La détermination du fardeau excessif est généralement effectuée par un agent du ministère, qu'on appelle couramment agent des visas ou agent d'immigration. Ces agents examinent l'évaluation que le médecin du ministère a faite des résultats de l'examen médical aux fins de l'immigration du demandeur, ainsi que la nécessité prévue d'obtenir des services sociaux ou de santé, les coûts de ces services au Canada, ainsi que l'impact potentiel sur les listes d'attente.

Les agents examineront le diagnostic et le pronostic, les services requis et le coût des services dans l'administration où le demandeur prévoit résider et, dans le cas de services sociaux ou de médicaments sur ordonnance, la capacité et la volonté du demandeur d'assumer les coûts de sa poche. S'il est prévu que les coûts anticipés du demandeur seront supérieurs au coût moyen par habitant pour obtenir des services financés par l'État sur cinq ans, qui s'élève à 33 275 \$ au 1^{er} janvier 2017, alors la personne pourrait être jugée interdite de territoire.

Aucun problème de santé précis n'entraînera automatiquement l'interdiction de territoire d'un demandeur. Chaque décision est rendue au cas par cas.

Les tribunaux canadiens ont déterminé que la disposition ne violait pas la Charte canadienne des droits et libertés, puisqu'elle n'exclut personne en raison d'un problème de santé précis. La décision est plutôt rendue en fonction du fardeau probable d'une personne pour les services sociaux et de santé du Canada.

Sur les près de un demi-million d'examen médicaux effectués chaque année par IRCC au cours des dernières années seulement, de 900 à 1 000 demandeurs, soit 0,2 %, ont été reconnus comme entraînant un fardeau excessif par un médecin. Ces données comprennent entre 200 et 300 personnes ayant des besoins de services d'éducation spécialisée.

[Français]

Les dispositions relatives à l'interdiction de territoire pour motifs sanitaires visent, en partie, à réduire l'impact sur les systèmes de services sociaux et de santé financés par l'État au Canada. Nous avons récemment mené une analyse coûts-avantages en utilisant les données des arrivées de 2014.

[Traduction]

L'analyse coûts-avantages a permis de conclure que les dispositions sur le fardeau excessif entraînent une diminution des coûts pour les services sociaux et de santé provinciaux et territoriaux d'environ 135 millions de dollars sur cinq ans, pour chaque année où des décisions sont prises. Cette somme représentait 0,1 % des dépenses totales des provinces et des territoires dans le domaine de la santé en 2015.

Comme vous le savez peut-être, IRCC a réalisé un examen exhaustif de la disposition relative au fardeau excessif. Dans le cadre de cet examen, le ministère a entrepris des consultations auprès des provinces et des territoires en octobre 2016. Les représentants du ministère ont également mobilisé des intervenants, y compris des défenseurs des personnes handicapées.

Les résultats de ces discussions, ainsi que la prise en compte des points de vue du public, des décisions judiciaires, des rapports médiatiques et des analyses ministérielles internes, vont guider l'élaboration des options qui seront présentées par le gouvernement aux fins de décision.

Comme l'a indiqué récemment à ses homologues le ministre Hussen durant une réunion fédérale-provinciale-territoriale: « grâce à la collaboration des provinces et des territoires, j'ai confiance que nous trouverons un terrain d'entente où nous pourrions tous respecter la nécessité de protéger nos services sociaux et nos services de santé des coûts excessifs, tout en traitant les personnes de façon équitable et en assurant l'inclusion des personnes handicapées ».

[Français]

Pour résumer, je dirai que le programme d'examen médical d'IRCC adopte une approche fondée sur les risques qui permet d'atteindre un équilibre entre la facilitation de l'immigration et la protection des services sociaux et de santé fédéraux, provinciaux et territoriaux.

Je le répète, Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada remercie le Comité d'avoir choisi d'entreprendre une étude de la politique de contrôle médical aux fins d'immigration.

Merci beaucoup.

Nous serons heureux de répondre à vos questions.

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup, madame Edlund.

Nous allons commencer par M. Tabbara.

M. Marwan Tabbara (Kitchener-Sud—Hespeler, Lib.): Merci, monsieur le président, et merci aux témoins d'être là aujourd'hui.

Ce sera à vous deux de choisir qui répondra à ma première question.

Si une famille compte cinq membres, et que les cinq ont présenté une demande pour immigrer au Canada, mais qu'un membre de la famille est jugé non admissible pour des raisons médicales, est-ce que la demande de tous les membres de la famille est rejetée? Les considérez-vous comme une unité?

• (0855)

Mme Dawn Edlund: Cela n'entraîne pas nécessairement un rejet, mais, oui, généralement, si un membre de la famille est non admissible, quelle qu'en soit la raison — criminalité, sécurité, raisons médicales ou quoi que ce soit —, alors toute l'unité familiale est considérée comme interdite de territoire au Canada pour des raisons médicales.

En cas de non-admissibilité pour des raisons médicales, il y a d'autres possibilités. Les personnes peuvent demander que leur demande soit acceptée pour des motifs humanitaires, par exemple, ou elles peuvent demander un permis de résidence temporaire.

M. Marwan Tabbara: Pouvez-vous nous dire combien de personnes ayant présenté des demandes de résidence permanente ou de résidence temporaire ont été jugées interdites de territoire au Canada pour des raisons médicales au cours des cinq dernières années? Je ne sais pas si vous avez ces données à portée de main. Si ce n'est pas le cas, pouvez-vous les fournir au Comité?

Mme Caitlin Imrie (directrice générale, Direction générale de la migration et de la santé, ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration): Je vous fournirai subséquemment l'ensemble des données, mais j'ai apporté quelques chiffres avec moi à la réunion.

En 2014, il y a eu 930 recommandations médicales concernant un fardeau excessif. En 2015, il y en avait 713, et en 2016, 1 101. De façon générale, nous affirmons qu'il y en a en gros de 900 à 1 000 par année, soit 0,2 % des demandes.

N'oubliez pas qu'il s'agit là de constatations d'interdiction de territoire pour des raisons médicales, mais il y a un processus subséquent. Il y a un processus d'équité procédurale, et un examen par un agent des visas, alors le nombre de demandes rejetées au bout du compte est beaucoup plus bas.

Nous vous fournirons ces statistiques. J'ai une ventilation par catégories, si cela vous intéresse.

M. Marwan Tabbara: Oui, bien sûr.

Mme Caitlin Imrie: En 2014, je vais utiliser cette année comme exemple, pour ce qui est des travailleurs qualifiés du programme fédéral, il y en avait 114, 62 travailleurs qualifiés du Québec, 150 aides familiaux résidants, 101 candidats des provinces, 238 parents et grands-parents, 6 autres membres de la famille, 41 étudiants, 36 travailleurs étrangers, 52 résidents temporaires, 51 personnes dont le dossier faisait intervenir des motifs humanitaires et 64 personnes dont la catégorie n'est pas précisée. Puis, il y en a environ 50 qui ont présenté une nouvelle demande dans une autre catégorie. C'est la ventilation des 930 dont j'ai parlé. Encore une fois, on parle ici des recommandations médicales et pas des rejets en tant que tels, mais nous vous fournirons plus tard tous les renseignements détaillés.

Merci.

M. Marwan Tabbara: Y a-t-il une affection médicale précise qui entraîne un rejet automatique?

Mme Dawn Edlund: Non, il n'y en a pas. Les problèmes de santé sont cernés durant le processus d'examen médical aux fins de l'immigration, puis le problème fait l'objet d'une évaluation par des médecins du ministère qui déterminent s'il y a là un danger pour la santé publique ou la sécurité publique ou si la disposition sur le fardeau excessif s'applique. Il n'y a aucun problème qui entraîne automatiquement une interdiction de territoire.

M. Marwan Tabbara: Le gouvernement veut trouver un juste équilibre entre le fait d'accueillir de nouvelles personnes au sein de notre société et la protection des services de santé et des services sociaux publics. Il faut trouver un équilibre, à cet égard, et il faut aussi comprendre que, lorsque les membres d'une famille présentent une demande pour immigrer au Canada, il faut savoir faire preuve de compassion pour l'ensemble de la famille. En effet, même si un membre peut avoir besoin de soins de santé, de nombreux autres membres de la famille peuvent être des membres très productifs de la société canadienne.

Pouvez-vous nous en dire plus sur l'évaluation qui permet de déterminer si des personnes sont non admissibles pour des raisons médicales?

M. Michael MacKinnon (directeur principal, Politiques et partenariats liés à la santé migratoire, Direction générale de la migration et de la santé, ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration): Oui, je peux vous fournir des renseignements supplémentaires à cet égard.

Soyons clairs: l'évaluation n'inclut pas une analyse coûts-avantages individuelle. Il s'agit d'une évaluation fondée sur les résultats de l'examen de santé et des tests supplémentaires. À partir de là, un médecin évalue la gravité de la maladie et le niveau de service qui sera requis pour la traiter, ce qui lui permet ensuite de

formuler des recommandations médicales initiales transmises à l'agent des visas.

À ce moment-là, cependant, dans le cadre du processus d'équité procédurale, les personnes peuvent préparer un plan d'atténuation pour déterminer si elles peuvent couvrir les coûts liés à certaines choses qui peuvent être payées ici, au Canada.

En d'autres mots, au titre de la Loi canadienne sur la santé, si les personnes ne peuvent pas payer un traitement médical nécessaire, les gens qui présentent une demande d'immigration au Canada peuvent dire qu'ils sont en mesure de couvrir les coûts des médicaments sur ordonnance et des autres services sociaux pouvant être fournis sur le marché. Dans la mesure du possible, il y a une façon de cerner leur capacité de participer afin de couvrir ces coûts.

Certains pays ont envisagé des approches qui utilisent une mesure ressemblant davantage à une analyse coûts-avantages — surtout l'Australie, mais ils ont constaté qu'elle était inutilisable parce qu'elle faisait intervenir trop d'hypothèses non confirmées sur les perspectives d'emploi et de revenu des personnes au fil des ans après leur arrivée. Ils ont donc abandonné cette approche.

• (0900)

M. Marwan Tabbara: Monsieur le président, combien de temps me reste-t-il?

Le président: Il vous reste 30 secondes.

M. Marwan Tabbara: J'ai lu quelque part que le Royaume-Uni et les États-Unis ont un seuil plus élevé que nos 33 000 \$ sur cinq ans. Est-ce exact? Ce seuil peut-il être augmenté?

M. Michael MacKinnon: Le Royaume-Uni et les États-Unis ont des approches différentes, en fait. Assurément, aux États-Unis, il est difficile de faire valoir qu'une personne sera un fardeau pour les services publics, sauf si on parle d'une personne à très faible revenu qui bénéficiera du régime Medicaid. Dans les deux cas, la décision est laissée davantage à la discrétion de l'équivalent de nos agents des visas, et la décision est prise en fonction d'une analyse au cas par cas.

Pour ce qui est de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande, nous réalisons des comparaisons avec ces grands pays qui accueillent des immigrants comme nous. Ils adoptent aussi une approche fondée sur un seuil, et les valeurs monétaires des seuils sont remarquablement similaires aux nôtres lorsqu'on tient compte des taux de change.

Le président: Merci.

On poursuit avec Mme Rempel.

L'hon. Michelle Rempel (Calgary Nose Hill, PCC): Merci, monsieur le président.

Madame Edlund, dans votre déclaration préliminaire, vous avez mentionné que vous prépariez des options à l'intention du gouvernement quant à de possibles modifications de la politique. Pouvez-vous fournir quelques renseignements détaillés au Comité sur certaines des options éventuelles et le moment où vous prévoyez les présenter au gouvernement?

Mme Dawn Edlund: C'est un peu difficile de répondre à cette question en tant que représentants. En effet, c'est au gouvernement que nous prodiguons nos conseils stratégiques, formulons nos options et présentons nos analyses. Lorsque le ministre Hussen comparaitra devant le Comité, plus tard, durant l'étude, il pourra vous fournir des renseignements plus détaillés.

Cela dit, j'ai cité le ministre dans ma déclaration préliminaire. On comprend clairement à la lumière des choses qu'il a dites dans les médias et à la lumière des directives qu'il nous a données qu'il veut trouver un juste équilibre entre la prise en considération des coûts excessifs, élément qui doit continuer de faire partie du processus, et la question de la justice et de l'équité pour les demandeurs et le besoin de traiter les gens de façon raisonnable, en s'assurant que les personnes...

Il a dit publiquement aussi que les dispositions actuelles semblent en décalage par rapport aux moeurs sociales en ce qui concerne la façon dont on traite les personnes handicapées et les manières dont elles peuvent participer. Cela fera partie de notre trousse.

L'hon. Michelle Rempel: Bien sûr.

Vous avez mentionné que les options que vous préparez pour le gouvernement sont fondées sur un ensemble de commentaires formulés par une grande diversité d'intervenants. En ce qui concerne les commentaires du ministre Hussien sur le manque d'équité ou le besoin de trouver un juste équilibre, quels commentaires ont été formulés durant ces consultations en ce qui a trait aux points précis qui pourraient donner à penser que le processus actuel n'est pas équitable?

M. Michael MacKinnon: Monsieur le président, sachez que pour répondre à cette question, nous avons reçu des commentaires d'un large éventail de groupes d'intervenants. Nous avons aussi tenu compte d'autres activités que le ministère réalisait en ce qui concerne l'extension et l'interaction avec les Canadiens. Les groupes de défense des personnes handicapées ont assurément beaucoup parlé de la détermination des préoccupations quant au manque d'équité.

L'hon. Michelle Rempel: Quelles étaient leurs préoccupations?

M. Michael MacKinnon: Les groupes de défense des personnes handicapées considèrent le processus comme étant discriminatoire contre les personnes handicapées, même si la position...

L'hon. Michelle Rempel: En raison des contraintes temporelles, je suis désolée d'avoir à vous interrompre. C'est tout simplement la nature du processus.

Y a-t-il eu des décisions de tribunaux jusqu'à présent qui donnent à penser que notre politique actuelle est discriminatoire?

M. Michael MacKinnon: Non, il n'y en a pas eu.

• (0905)

L'hon. Michelle Rempel: Merci.

Pourriez-vous aussi nous fournir une ventilation par année pour les 10 dernières années des types de classification des diagnostics ou des symptômes qui ont été utilisés pour trancher qu'une personne est interdite de territoire pour des raisons médicales? J'aimerais obtenir le nombre de cas. Si vous n'avez pas ces données, ici, pourriez-vous les fournir au Comité?

M. Michael MacKinnon: Nous fournirons ces données.

L'hon. Michelle Rempel: Merci.

L'autre élément dont je voulais parler, c'est les 135 millions de dollars sur cinq ans. Plutôt que d'adopter le point de vue des coûts sur cinq ans, pouvez-vous fournir au Comité l'analyse coûts-avantages par exercice, à l'avenir, à la lumière de votre analyse? J'aimerais tout simplement avoir une ventilation exacte des coûts par exercice, advenant que l'on maintienne la politique. Quels seraient les coûts réels? Aussi, quelles sont vos hypothèses en ce qui concerne les coûts des intrants pour en venir à ce montant?

M. Michael MacKinnon: Les coûts des intrants liés au niveau d'effort du ministère sont relativement faibles.

L'hon. Michelle Rempel: Je suis désolée. Soyons clairs: ce que je vous demande de présenter au Comité, ce sont les prévisions. Je veux préciser quelque chose: dans votre analyse coûts-avantages, vous avez préparé des prévisions pour combien d'années à l'avenir actuellement?

M. Michael MacKinnon: Nous avons utilisé des données représentatives d'une année pour réaliser l'analyse coûts-avantages, et les calculs sont fondés sur une estimation des coûts sur cinq ans. Nous avons utilisé ces estimations de coûts pour calculer les économies.

L'hon. Michelle Rempel: D'accord, donc, à la lumière de cette analyse, pourriez-vous fournir deux montants au Comité? J'aimerais connaître, par exercice, les coûts que vous prévoyez, si la politique est maintenue, et je veux aussi savoir de quelle façon vous en êtes venus à ce montant.

Je ne demande pas que votre temps soit calculé, je veux connaître les coûts pour les systèmes de santé provinciaux, les coûts médicaux, n'importe quoi, afin que les membres du Comité puissent avoir une idée des coûts associés à cette analyse.

M. Michael MacKinnon: Les quelque 900 cas ont été examinés par un analyste pour calculer les économies de coûts estimées dans chacun des cas, et nous avons additionné le tout pour estimer les économies de coûts pour les provinces durant l'exercice visé. Puisque nous avons utilisé un exercice qui était assez équilibré en ce qui a trait au nombre des différents types d'affection qui étaient évalués, notre hypothèse c'était que, pour chaque année où des décisions sont prises, on générerait environ le même montant d'économies, soit de 120 à 150 millions par année, lorsqu'on additionne les montants pour chaque année de décision.

L'hon. Michelle Rempel: Pour ce qui est des autres hypothèses utilisées pour en arriver à ce montant, tenez-vous compte d'autres intrants, comme la quantité d'impôt qu'une personne peut payer lorsqu'elle vient au pays? Tenez-vous aussi compte des avantages économiques nets lorsque vous calculez les coûts ou vous en tenez-vous seulement aux coûts potentiels pour le système de santé?

M. Michael MacKinnon: On parle uniquement des coûts évités pour les systèmes de santé. Il serait trop complexe d'intégrer dans l'analyse l'avantage économique net.

L'hon. Michelle Rempel: Pouvez-vous aussi nous fournir une ventilation par pays, disons, au cours des 10 dernières années, du nombre de cas qui sont rejetés en raison d'une interdiction de territoire pour des raisons médicales?

M. Michael MacKinnon: Nous allons obtenir ces données.

Mme Dawn Edlund: Une précision, monsieur le président, vous voulez ces données par nationalité des demandeurs?

L'hon. Michelle Rempel: Oui.

Pouvez-vous aussi nous fournir un peu de renseignements contextuels sur la façon dont les médecins sont choisis pour participer à ces processus, de quelle façon le ministère trouve-t-il ces médecins?

Mme Dawn Edlund: Je vais commencer, puis je céderai la parole au Dr Saeed.

J'ai parlé dans ma déclaration préliminaire de ce qu'on appelle des « médecins désignés », qui sont choisis par le ministère en fonction d'un ensemble de normes différentes. Nous procédons à une assurance de la qualité et à diverses vérifications pour nous assurer que les professionnels de la santé vont réaliser des examens médicaux aux fins de l'immigration en respectant les normes que nous avons établies pour eux. Nous avons aussi nos propres médecins, qui travaillent pour le ministère et qui procèdent aux évaluations en tant que telles.

L'hon. Michelle Rempel: Y a-t-il un processus d'accréditation d'assurance de la qualité utilisé par le ministère?

Mme Dawn Edlund: Vous parlez des médecins désignés? Absolument. Nous surveillons les activités — parfois de pair avec un pays comme l'Australie, parce que nous utilisons parfois les mêmes médecins désignés — pour nous assurer qu'ils font les choses comme ils sont censés les faire. S'il y a des cas de problématiques graves, nous n'utilisons plus ces médecins.

• (0910)

Le président: Merci beaucoup.

Avant de passer à Mme Kwan, pouvez-vous préciser quelque chose qui a été soulevé dans les deux séries de questions? Dans votre déclaration préliminaire, vous avez parlé de coûts d'environ 135 millions de dollars sur cinq ans, pour chaque année de décision. Cette façon de parler me trouble, parce que vous dites deux choses différentes. On parle de 135 millions, en tout, sur cinq ans, mais vous dites ensuite « pour chaque année de décisions », et, lorsque M. MacKinnon a pris la parole, il semblait parler de 135 millions par année. J'essaie de comprendre.

L'hon. Michelle Rempel: Je vais fournir une précision, monsieur le président, et merci d'avoir soulevé cette question. Je veux tout simplement préciser les données que j'essayais d'obtenir des témoins. Nous avons la même préoccupation, alors si on parle de 135 millions de dollars sur cinq ans, mais qu'on s'appuie sur un horizon mobile, quel est le coût réel par exercice? Ce serait une donnée plus utile.

Le président: C'est ce que j'essaie de comprendre, parce que je ne comprends pas la syntaxe de la phrase.

M. Michael MacKinnon: Merci, monsieur le président; pour être clair, chaque année de décision, essentiellement, génère un profil sur cinq ans des coûts évités pour les provinces. Puisque cela fait intervenir un examen au cas par cas par un analyste devant réaliser une analyse coûts-avantages, nous avons seulement utilisé une année, qui était un bon exemple en ce qui concerne les niveaux d'immigration, tous les pays d'origine et ces genres de choses.

Nous avons utilisé cette année et formulé l'hypothèse que les économies seraient, pour chaque année de décisions, de l'ordre de 135 millions de dollars durant cette période quinquennale. Cependant, chaque année de décisions subséquentes générera le même profil d'économies sur cinq ans, comme Mme Rempel l'a indiqué.

Le président: C'est difficile pour nous, parce que... pour quelle raison a-t-on utilisé cinq ans, et non 10 ou 20 ans? J'ai l'impression qu'une année de décisions représenterait le cinquième de ce montant, par année, mais on aurait pu opter pour 25 ans, ou quatre ans, ou deux ans... la personne pourrait mourir en six mois.

M. Michael MacKinnon: Nous avons utilisé un profil sur cinq ans parce que c'est ce que prévoit la politique: l'évaluation est réalisée selon les coûts estimés sur une période de cinq ans relativement au trouble de santé d'une personne donnée.

Le président: Ne serait-il pas mieux de dire 27 millions de dollars par année, peut-être pour cinq ans? Non?

M. Michael MacKinnon: C'est plutôt que, dans ces profils mobiles sur cinq ans, durant une année donnée, les décisions génèrent cinq années d'économies, et donc, les économies s'élèveront à environ 130 millions de dollars, peut-être aussi peu que 120...

Le président: C'est en raison des années.

Tout dépend du point de vue utilisé.

M. Michael MacKinnon: Oui.

Le président: Pour une province, on parle de 27 millions de dollars par année.

M. Michael MacKinnon: Dans le cas d'une province, ce sera 27 millions de dollars pour l'année en cours, plus 27 millions pour l'année suivante...

Le président: ... et les trois suivantes. Absolument.

M. Michael MacKinnon: On dirait probablement que les économies s'élèvent à quelque 120 à 150 millions de dollars.

Le président: Désolé. Je trouve la formulation complexe, mais je ne suis pas le plus rapide dans ce domaine.

Nous passons maintenant à Mme Kwan.

Mme Jenny Kwan (Vancouver-Est, NPD): Merci, monsieur le président.

Je remercie les représentants d'avoir présenté leur exposé au Comité.

Monsieur le président, j'ai une série de questions. Je sais que notre temps est limité, donc je vais poser ces questions pour le compte rendu et demander aux représentants de fournir au Comité les réponses à ces questions.

Je pense que ce qui sous-tend tout cela, c'est une des questions les plus importantes, c'est-à-dire les renseignements et les données probantes que les représentants peuvent nous fournir sur la façon dont le gouvernement établit le seuil de coût actuel du fardeau excessif. Je ne crois pas que quiconque conteste les renseignements fournis par l'Institut canadien d'information sur la santé, mais j'aimerais savoir comment on arrive à ce chiffre. À cette fin, monsieur le président, j'aimerais demander aux représentants les renseignements suivants.

D'abord, comment IRCC établit-il le seuil de coût du fardeau excessif, particulièrement pour les services sociaux? Je crois comprendre que le gouvernement utilise un chiffre de 356 \$ pour ce qui est de ses dépenses au titre des services sociaux, par habitant, chaque année. D'où ce chiffre provient-il, et est-ce le bon chiffre?

L'examen actuel vise-t-il à définir plus clairement les services sociaux qui sont pris en considération au moment de l'établissement du seuil du fardeau excessif? Le cas échéant, comment cela sera-t-il accompli et pris en compte pour qu'on puisse assurer la transparence?

Qu'en est-il des demandeurs dont la demande a été rejetée au cours des années précédentes pour des sommes très proches de ce seuil? Nous avons appris le nombre de personnes qui font l'objet d'une évaluation dans ce contexte. Combien de gens ont été rejetés? Pour ceux qui ont été rejetés, si leur seuil était très proche de cette somme, IRCC a-t-il l'intention de lancer un examen proactif de ces cas ou, du moins, de fournir une avenue pour les demandeurs afin de leur permettre de présenter une nouvelle demande sans que des coûts supplémentaires soient engagés?

Nous avons constaté des incohérences importantes, du moins selon des données anecdotiques, dans la façon dont les demandes touchant la non-admissibilité pour des raisons médicales sont examinées et gérées, selon le médecin désigné ou le bureau d'immigration responsable d'un dossier particulier. Dans certains cas, les médecins désignés ont omis de fournir aux demandeurs, dans des lettres sur l'équité procédurale, une quelconque estimation des coûts lorsqu'ils ont déclaré que les demandeurs pouvaient être réputés interdits de territoire, ce qui est une violation apparente de la jurisprudence existante, particulièrement l'affaire *Sapru c. Canada* de 2011, selon laquelle les demandeurs doivent recevoir une estimation des coûts durant le processus d'équité procédurale de manière à ce qu'ils puissent présenter une contestation raisonnable par rapport à la prétention du gouvernement.

À cette fin, les représentants reconnaissent-ils qu'il y a des problèmes quant à la façon dont un agent ou un bureau traite les demandeurs et que ces problèmes supposent des incohérences importantes dans la façon dont les médecins désignés examinent les coûts prévus des soins au Canada?

De plus, lorsqu'il a examiné la non-admissibilité pour des raisons médicales, IRCC a-t-il fait un examen de ces incohérences? Le cas échéant, quels efforts IRCC a-t-il déployés pour s'assurer que les médecins désignés connaissent et respectent la jurisprudence existante concernant l'équité procédurale?

L'Association du Barreau canadien a recommandé que le traitement des cas concernant la non-admissibilité pour des raisons médicales soit centralisé à Ottawa de sorte que ces cas plus compliqués reçoivent les soins et l'attention qu'ils méritent. Je me demande si les représentants sont d'accord. Si oui, que fait-on pour concrétiser cela? Sinon, pourquoi ne le faisons-nous pas?

Nous comprenons que les provinces sont consultées sur une diversité de changements de politique possibles, y compris la possibilité d'élargir les groupes de personnes exemptées de ces dispositions, quelque chose qui se limite actuellement aux réfugiés et aux personnes à protéger. Est-ce vrai? Si tel est le cas, quels groupes le gouvernement envisage-t-il d'exempter de la non-admissibilité pour des raisons médicales et des dispositions liées au fardeau excessif?

De plus, des défenseurs des droits de personnes handicapées de partout au Canada se sont prononcés contre ces dispositions, disant que la non-admissibilité pour des raisons médicales constitue une forme de discrimination contre les personnes handicapées, les forçant à passer à travers un processus par lequel les personnes physiquement aptes n'ont pas à passer. Les représentants et le gouvernement reconnaissent-ils que cette politique soumet injustement les personnes handicapées à une discrimination?

Plus particulièrement, ce dont je parle, c'est du processus qui consiste à obliger les personnes handicapées à suivre un processus d'examen médical distinct et isolé, étant donné qu'elles ont un handicap. Pour moi, c'est un exemple classique de discrimination, et le résultat, qu'il soit ou non admis, importe peu, parce que la personne handicapée fait l'objet de discrimination avant même que ces décisions soient prises.

● (0915)

À cette fin, IRCC a-t-il l'intention d'exempter de ces dispositions les personnes handicapées, particulièrement les enfants à charge des demandeurs de la composante économique? Si oui, quels handicaps seraient exemptés, et comment le gouvernement déterminera-t-il la liste des handicaps exemptés et des conditions d'exemption?

Mme Dawn Edlund: Merci d'avoir posé les questions.

Le président: Il vous reste une minute et demie.

Mme Dawn Edlund: Je vais aborder quelques-unes d'entre elles. Nous fournirons des réponses écrites pour les autres.

Monsieur le président, on a posé la question concernant le fait de savoir comment nous établissons le seuil de coût. Celui-ci comprend deux différentes composantes. La première, c'est d'examiner le rapport annuel de l'Institut canadien d'information sur la santé. Il fournit un coup d'oeil annuel, par habitant, de l'utilisation des services de santé et des services sociaux par les Canadiens. En 2017, ce chiffre était de 6 299 \$. La deuxième composante consiste à examiner ensuite la définition du fardeau excessif et notre définition des services sociaux.

Nous comparons les types de services visés par l'Institut canadien d'information sur la santé, et l'Institut ne tient pas compte de certaines parties de nos définitions des services sociaux.

Mme Jenny Kwan: Je me demande si je peux vous interrompre. Le Comité pourrait-il obtenir votre définition par écrit, dans ce cas-là, de ce que vous définissez comme des « services sociaux » et obtenir cette liste de votre part?

Mme Dawn Edlund: Absolument. En fait, cela fait partie du règlement. C'est un terme qui est défini dans le règlement.

Certains des éléments dont ne tient pas compte l'Institut canadien d'information sur la santé concernant les services sociaux, par exemple, sont les services globaux à domicile, certains services d'hébergement et services en résidence spécialisés, les services d'éducation spécialisée, les services de réadaptation sociale et professionnelle et les services de soutien personnel. Ceux-ci font tous partie de notre règlement, et l'Institut canadien d'information sur la santé n'en tient pas compte.

En 2004, nous avons entrepris une étude pour examiner les sources comme Statistique Canada et Santé Canada, avons parlé avec les provinces et les territoires au sujet de leurs données, puis avons calculé ces services manquants qui ne font pas partie des chiffres de l'ICIS et ce que ces chiffres se sont avérés être. Nous avons fourni cette base de référence en 2004 et nous l'avons dans les faits augmentée en fonction du coût de l'inflation chaque année; donc, en 2017, ce coût est maintenant de 356 \$.

● (0920)

Mme Jenny Kwan: Le Comité pourrait-il obtenir cette étude pour que nous puissions examiner ce qui a été entrepris et avoir ces renseignements?

Mme Dawn Edlund: Parlez-vous de l'étude sur la base de référence?

Mme Jenny Kwan: Oui.

Mme Dawn Edlund: Oui.

Mme Jenny Kwan: Merci.

Le président: Je pense que votre temps est écoulé. Vous aurez une autre occasion de vous exprimer.

Allez-y, madame Zahid.

Mme Salma Zahid (Scarborough-Centre, Lib.): Merci, monsieur le président, et merci à nos témoins.

Dans votre déclaration liminaire, vous nous avez donné quelques chiffres concernant les personnes qui étaient inadmissibles pour des raisons médicales. J'aimerais savoir quel pourcentage des décisions défavorables attribuables au fardeau excessif ont été infirmées au cours des dernières années par une intervention ministérielle, la Cour fédérale ou la CISR.

Mme Dawn Edlund: Pour ce qui est du nombre de cas infirmés, je ne pense pas que nous ayons ces chiffres avec nous en ce moment, mais il y a certainement eu des décisions rendues par la Cour fédérale et par la Section d'appel de l'immigration au fil des ans, dont certaines ont confirmé la conclusion de non-admissibilité pour des raisons médicales et certaines l'ont renversée. Nous pouvons effectuer plus de recherches et fournir les constatations au Comité.

Pour répondre à une question posée plus tôt, j'ai aussi parlé de la possibilité que des gens reçoivent... parfois après la recommandation relative à la non-admissibilité pour des raisons médicales faite par le médecin désigné, les personnes fournissent alors des renseignements — par exemple, par rapport aux services sociaux — puis elles convainquent l'agent des visas qu'elles ne sont en réalité pas inadmissibles. Cela se produit.

Certaines personnes retirent leur demande. Certaines finissent par obtenir un permis de séjour temporaire. D'autres reçoivent un visa pour des motifs d'ordre humanitaire. Une gamme de résultats peuvent se produire après la recommandation initiale du médecin désigné.

Mme Salma Zahid: Serait-il possible d'obtenir quelques chiffres à ce sujet?

Mme Dawn Edlund: Oui.

Mme Salma Zahid: Ensuite, lorsqu'une décision de non-admissibilité attribuable à un fardeau excessif des soins de santé est rendue, le demandeur a l'occasion de présenter un plan pour montrer comment il peut atténuer les effets. Au cours des dernières années, combien de ces plans et quel pourcentage des plans ont été acceptés?

Mme Caitlin Imrie: Nous devons faire le suivi avec les statistiques, mais j'aimerais demander au Dr Saeed de parler du processus touchant la façon dont le plan d'atténuation est pris en compte.

M. Arshad Saeed (directeur, Unité centralisée d'admissibilité médicale, Direction générale de la migration et de la santé, ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration): Merci, monsieur le président.

Le plan d'atténuation est présenté dans le cadre de l'équité procédurale conférée au demandeur, ou il peut d'abord remettre en question notre diagnostic, puis fournir un plan détaillé qui comprend la façon dont il va assumer le coût de ce service.

Comme nous l'avons dit plus tôt, ce n'est pas une affection médicale qui rend les personnes inadmissibles, mais ce sont les services de santé et les services sociaux. Si ces personnes ont un plan détaillé, nous examinons la faisabilité, l'aspect pratique et l'applicabilité du plan dans un contexte canadien. Ensuite, nous fournissons notre opinion à l'agent des visas pour qu'il prenne la décision finale.

Mme Salma Zahid: Pourriez-vous nous fournir des chiffres sur le nombre de ces plans qui ont été acceptés au cours des deux ou trois dernières années?

M. Arshad Saeed: Nous pouvons vous fournir ce chiffre plus tard. Nous ne l'avons pas en ce moment.

Mme Salma Zahid: D'accord.

Ma prochaine question porte sur votre déclaration liminaire. Vous avez parlé de « l'exception des réfugiés au sens de la Convention, des personnes protégées et de certains membres de la catégorie du regroupement familial », c'est-à-dire des « époux, conjoints de fait et personnes à charge directes ». Pourriez-vous fournir des précisions

sur qui est exempté, parce que nous entendons des histoires comme celles d'un aide familial résidant dont le fils a été rejeté parce qu'il était handicapé. Pourrions-nous obtenir plus de précisions sur qui est exempté et qui ne l'est pas?

Mme Dawn Edlund: Les groupes exemptés sont les réfugiés au sens de la Convention, comme les réfugiés réinstallés. Ce sont des personnes à protéger, des personnes considérées comme des réfugiés au Canada. Puis, il y a quelques membres de la catégorie du regroupement familial, les membres de la famille proche. Si je décidais de parrainer mon conjoint et mes enfants à charge, ils seraient exemptés des dispositions sur la non-admissibilité pour des raisons médicales. Nous effectuons tout de même des examens médicaux aux fins de l'immigration, parce que nous voulons savoir du point de vue de la santé publique ou de la sécurité publique s'il y a quelque chose qui devrait nous préoccuper.

Puis, il y a les gens qui ne sont pas exemptés. Les types de cas dont vous parlez, ce sont généralement des immigrants de la composante économique, et il s'agit soit du demandeur principal soit d'une des personnes à charge de cet immigrant de la composante économique qui a des problèmes, qui a un problème de santé qui soulève ensuite des inquiétudes par rapport au fardeau excessif. Il pourrait s'agir d'un aide familial résidant, d'un travailleur qualifié fédéral ou d'un étudiant.

● (0925)

Mme Salma Zahid: Ceux-ci ne seraient-ils pas considérés comme des personnes à charge? Un enfant de 18 ans ne serait-il pas considéré comme une personne à charge de cet aide familial?

Mme Dawn Edlund: Ces personnes sont considérées comme des personnes à charge, mais elles ne sont pas exemptées comme le sont des membres proches de la catégorie du regroupement familial en vertu de la politique actuelle.

Mme Salma Zahid: Dans le cas d'un membre proche de la catégorie du regroupement familial, par exemple, si je parrainais aujourd'hui mon époux et mes deux enfants et que l'un d'eux avait un problème, ils seraient exemptés.

Mme Dawn Edlund: Oui.

Mme Salma Zahid: Toutefois, en ce qui concerne l'aide familiale, il ne sera pas exempté?

Mme Dawn Edlund: C'est exact.

Mme Salma Zahid: Ensuite, y a-t-il quoi que ce soit dans le processus d'évaluation qui tient compte de l'avantage économique de la présence au Canada de membres de la famille en tant que résidents permanents et de la contribution à notre économie qui serait perdue si la demande de la famille était rejetée?

Mme Dawn Edlund: En vertu de la politique actuelle, non. On en tient compte dans le cadre de la décision prise lorsqu'on sélectionne des personnes pour qu'elles puissent devenir des immigrants au Canada, mais en ce qui concerne l'admissibilité réelle — pour des raisons médicales, criminelles ou autres — nous n'en tenons pas compte de nouveau. Nous n'avons pas ce critère des avantages économiques nets que l'Australie a tenté d'instaurer il y a quelques années et a jugé trop compliqué.

Mme Salma Zahid: D'accord.

Quelle est la marge dont les agents disposent en ce qui concerne l'interprétation du paragraphe 38(1) de la LIPR? Quand les dernières instructions ministérielles ont-elles été publiées? A-t-on dit aux agents d'interpréter la loi de façon stricte ou ceux-ci ont-ils une certaine flexibilité lorsqu'ils prennent leurs décisions?

Mme Dawn Edlund: Ce sont des lignes directrices ou des instructions — je pense qu'on les appelle « instructions de programme » — qui sont fournies et mises à jour de façon régulière. Nous pourrions donc faire une recherche, particulièrement par rapport à l'admissibilité pour des raisons médicales, pour savoir à quand remonte leur dernière mise à jour.

Les agents des visas cherchent à appliquer la loi et les règlements tels qu'ils sont rédigés et tels qu'ils ont été interprétés par les tribunaux; nous leur fournissons de l'orientation et disons: « voici une récente décision du tribunal, et nous devons modifier notre comportement et faire plutôt cela. » Par exemple, lorsque la Cour suprême du Canada a rendu une décision très importante en 2005 dans une affaire appelée Hilewitz et De Jong, nous avons modifié la façon dont nous faisons nos vérifications de l'admissibilité à des fins médicales à ce moment-là. Les instructions ont été fournies aux agents, et la formation a été fournie, etc.

L'agent des visas, dans ce cas-là, examine le plan d'atténuation qui a été présenté et les motifs d'ordre humanitaire; il y a donc ces éléments de flexibilité.

Le président: C'est tout.

Mme Salma Zahid: Merci.

Le président: M. Saroya est le prochain.

M. Bob Saroya (Markham—Unionville, PCC): Merci, monsieur le président, et merci au groupe d'experts d'être venu.

Il y a une chose qui n'est pas encore tout à fait claire pour moi. S'agit-il de 135 millions de dollars annuellement ou bien de 27 millions de dollars annuellement? Le coût est de 135 millions de dollars pour une année où...?

M. Michael MacKinnon: C'est que, à tout moment donné pour les provinces, ou du point de vue d'une province, il y a cinq années de décisions qui entrent en jeu, n'est-ce pas? Si nous choisissons l'année en cours, 2017, les décisions de 2016, 2015, 2014, 2013 et 2012 entrent toutes en jeu. Chacune de ces années va générer un profil d'économies sur cinq ans. Comme l'a laissé entendre Mme Rempel, c'est comme un montant qui est transféré au fil des ans. Selon le point de vue de la province, elle obtient l'équivalent de cinq années d'économies.

M. Bob Saroya: Vous dites donc que pour cinq ans, c'est 135 millions de dollars.

M. Michael MacKinnon: Oui, grosso modo, et on reconnaît que c'est une estimation fondée sur une année de données.

Mme Dawn Edlund: Nous avons examiné les données de 2014 comme étant un échantillon représentatif, mais le profil en 2012 des personnes qui sont interdites de territoire pour des raisons médicales et le coût des services de santé et des services sociaux pour des affections particulières pourraient être différents.

M. Bob Saroya: Oui.

Lorsque nous parlons de 27 millions de dollars ou de 135 millions de dollars sur cinq ans, cela comprend-il les frais médicaux, les coûts liés à l'éducation, les coûts sociaux ou tout autre coût?

M. Michael MacKinnon: Pour être clair, c'est une évaluation par rapport au panier de services que nous avons définis dans le règlement. Ce sont les coûts de soins de santé directs plus... Il faudrait que je fasse une recherche dans mon cartable pour trouver la liste des choses précises figurant dans le règlement.

Il y a eu récemment dans les médias des perceptions erronées. Par exemple, on demandait pourquoi nous ne calculions pas les coûts de l'aide sociale, les coûts du logement social ou les coûts du Transfert

canadien en matière de programmes sociaux, mais ces montants sont exclus de la portée, d'après le règlement.

Il s'agit strictement du panier de services qui sont directement liés aux diagnostics médicaux. L'ergothérapie, la thérapie comportementale, les soins de longue durée et toutes ces sortes de coûts sont ceux dont on tient compte.

● (0930)

M. Bob Saroya: Ces coûts s'ajoutent aux 135 millions de dollars.

M. Michael MacKinnon: Non. Ce sont ceux qui sont compris dans ce chiffre. L'aide sociale ou le logement social sont exclus de la portée de cette décision, parce que nous ne pouvons pas prévoir si une personne sera pauvre lorsqu'elle arrivera au Canada. Nous parlons strictement des soins de santé, en plus des services sociaux immédiatement rattachés que nous avons dans le règlement.

M. Bob Saroya: Quelle partie de ce coût est assumée par les provinces, ou est-ce que tout est agglutiné ensemble?

M. Michael MacKinnon: Les estimations sont fondées principalement sur l'évaluation de l'état des personnes et les coûts prévus que celles-ci imposeraient aux services provinciaux. L'estimation des économies de l'ordre de 135 millions de dollars pour chaque année de décisions est ce que les provinces devraient assumer si ces personnes étaient admises au Canada.

M. Bob Saroya: Monsieur MacKinnon, en quelle année ce seuil de coût a-t-il été mis au point?

M. Michael MacKinnon: Je ne suis pas sûr. Pendant de très nombreuses années, on a utilisé comme fondement le coût moyen de ces services pour les Canadiens, par habitant.

M. Bob Saroya: À quelle fréquence le réévaluez-vous?

M. Michael MacKinnon: Le montant des coûts de soins de santé est rajusté de façon automatique, parce que l'Institut canadien d'information sur la santé le déclare chaque année comme un élément de données individuel. Pendant que nous nous rendions ici, le Dr Saeed m'a informé que l'Institut était prêt à publier le coût estimé du rajustement pour l'année prochaine en fonction des estimations révisées de la population et des coûts totaux des soins de santé pour les Canadiens de l'année précédente. C'est rajusté annuellement.

Nous rajustons aussi le montant des services sociaux qui ne sont pas compris dans cette estimation en fonction de l'inflation annuelle, en utilisant le taux d'inflation du secteur de la santé par rapport à l'IPC général.

M. Bob Saroya: Docteur Saeed, où ces médecins sont-ils situés? Sont-ils dispersés partout dans le monde? Sont-ils au Canada?

M. Arshad Saeed: Vous parlez des médecins désignés qui effectuent les examens médicaux?

M. Bob Saroya: Oui.

M. Arshad Saeed: Ils sont partout dans le monde, dans chaque pays. Ils sont aussi au Canada, désignés par IRCC. Ils sont partout autour de nous.

M. Bob Saroya: À quelle fréquence...

Le président: Je crains de devoir vous arrêter ici. Nous serons là pour un autre tour.

Nous passons à M. Sarai.

M. Randeep Sarai (Surrey-Centre, Lib.): Merci au groupe de témoins.

Juste une précision, est-ce que la somme de 33 275 \$ sur cinq ans est indexée chaque année en fonction de l'inflation ou est-ce que ce chiffre a été établi il y a quelque temps?

M. Michael MacKinnon: La composante de santé qui en fait partie est rajustée automatiquement chaque année. Le plus petit chiffre, la somme de 356 \$, concerne les services sociaux. Nous faisons le rajustement en fonction de l'inflation, mais le montant des coûts de soins de santé qui est déclaré par l'ICIS est déclaré chaque année. De fait, en conséquence, la somme se rajuste automatiquement en fonction de l'inflation chaque année.

M. Randeep Sarai: Savez-vous quand le chiffre original a été établi?

M. Michael MacKinnon: Je ne le sais pas; cela devrait faire plus de 10 ans.

Mme Dawn Edlund: La définition actuelle figurant dans le règlement remonte au moment de l'adoption de la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés, qui était en 2002.

M. Randeep Sarai: Quelles sont les limites actuelles relatives au pouvoir discrétionnaire lorsque, par exemple, une famille présente une demande et une personne a un handicap? Il y a un pouvoir discrétionnaire, comme vous l'avez dit. Quelles sont les conditions ou les limites de ce pouvoir?

Mme Dawn Edlund: Il y a les conditions habituelles propres à un agent lorsqu'il prend une décision.

Comme je l'ai dit plus tôt, les agents examinent la réponse fournie à la lettre sur l'équité procédurale qui a été envoyée. La famille peut contester l'état de santé ou le pronostic et apporter ses propres rapports de spécialistes concernant l'état de santé, les services de santé et les services sociaux prévus dont la personne pourrait avoir besoin au cours des cinq prochaines années. En ce qui concerne les services sociaux, à la suite de la décision de la Cour suprême dans l'affaire Hilewitz et De Jong, ces personnes peuvent présenter une de leurs stratégies d'atténuation pour que les effets ne soient pas les mêmes.

Par exemple, si une personne doit être employée au Canada et que l'employeur a un programme de soins de santé qui va couvrir les médicaments d'ordonnance coûteux, il s'agirait d'un plan d'atténuation. L'agent pourrait en tenir compte et dire que les médicaments coûteux sont couverts par le programme de soins de santé de l'employeur, et donc conclure que la personne n'est pas inadmissible pour des raisons médicales.

Puis, de façon générale, en ce qui concerne le permis de séjour temporaire, les motifs d'ordre humanitaire sont des pouvoirs que les agents ont tout le temps, tout comme le ministre.

• (0935)

M. Randeep Sarai: Dans combien de demandes sollicite-t-on l'exercice du pouvoir discrétionnaire annuellement?

Mme Dawn Edlund: Nous pourrions essayer d'obtenir les chiffres pour vous. En gros, il y a des milliers de personnes qui invoquent les motifs d'ordre humanitaire chaque année.

M. Randeep Sarai: Je parle simplement de l'aspect médical.

Mme Dawn Edlund: En ce qui concerne précisément l'aspect médical, nous allons voir si nous pouvons obtenir les chiffres.

M. Randeep Sarai: J'aimerais aussi savoir combien de ces demandes sont approuvées.

Mme Dawn Edlund: Oui.

M. Randeep Sarai: J'aimerais voir le ratio par rapport au nombre de personnes qui présentent une demande.

Ce que je comprends, c'est que très peu de personnes qui demandent l'exercice du pouvoir discrétionnaire ont gain de cause, et leur plan d'atténuation n'est pas non plus approuvé. J'aimerais connaître le pourcentage, si vous pouviez obtenir ce chiffre rapidement.

Y a-t-il d'autres pays qui ont une obligation ou des lignes directrices relativement à l'atténuation qui ont été jugées réussies, particulièrement dans les pays occidentaux ou les pays industrialisés, peut-être en Australie?

M. Michael MacKinnon: Il nous faudrait examiner cela davantage.

Mme Dawn Edlund: Il nous faudrait regarder si d'autres pays comme l'Australie et la Nouvelle-Zélande ont des plans d'atténuation comme moyen de prendre des décisions relatives à l'admissibilité pour des raisons médicales.

M. Randeep Sarai: Vous ne connaissez donc aucun pays qui fait cela?

Mme Dawn Edlund: Non.

M. Randeep Sarai: Non.

Un de mes collègues a posé la question plus tôt.

Si je comprends bien, si un membre de la famille d'un aide familial résidant à un handicap, cette personne serait exclue, ce qui empêcherait toute mesure d'atténuation. Toutefois, vous dites qu'un membre de la catégorie du regroupement familial ne serait pas exclu. Qu'en est-il des autres catégories économiques ou des immigrants de la composante économique? La famille entière serait-elle exclue si une personne était jugée inadmissible en vertu de ces lignes directrices?

Mme Dawn Edlund: C'est l'équilibre que nous essayons d'atteindre entre les motifs d'ordre humanitaire et la réunification des familles. C'est pourquoi certaines catégories de demandeurs sont exemptées de la disposition, par rapport à la préoccupation concernant la protection des services de soins de santé et des services sociaux qui sont financés publiquement. C'est l'équilibre entre les deux.

Chaque immigrant de la composante économique qui demande à venir au Canada avec sa famille fera l'objet d'une évaluation médicale. Il devra subir des examens médicaux liés à l'immigration. Il sera évalué. Si l'un des membres est jugé inadmissible, il ne profitera pas de la même exemption que les membres proches de la catégorie du regroupement familial aux fins de la réunification des familles.

M. Randeep Sarai: Je vais passer mon tour.

La vice-présidente (L'hon. Michelle Rempel): Pour le compte rendu, je voulais vous donner 10 secondes de plus.

M. Randeep Sarai: L'ancien président était plus libéral.

La vice-présidente (L'hon. Michelle Rempel): En effet.

Monsieur Maguire, la parole est à vous.

M. Larry Maguire (Brandon—Souris, PCC): Merci, madame la présidente.

J'aimerais encore une fois revenir sur les dispositions que vous avez ici.

Vous avez dit qu'environ un demi-million d'examen médicaux sont menés annuellement par IRCC. Cela veut-il dire que 500 000 personnes ont présenté une demande? Y a-t-il un examen ou plusieurs par personne?

Mme Dawn Edlund: Par exemple, si une famille demandait à venir au Canada, tous les membres de la famille devraient subir l'examen médical à des fins d'immigration. Ce n'est pas un cas; c'est la famille entière.

Ce chiffre de 500 000 ou de 550 000 examens médicaux fluctue d'une année à l'autre, selon le nombre de demandes et le nombre de résidents temporaires qui doivent subir le processus d'examen médical, etc.

M. Larry Maguire: Monsieur MacKinnon, peut-être l'avez-vous déjà mentionné, mais pourriez-vous expliquer un peu plus en détail ce qu'est un « fardeau excessif »?

M. Michael MacKinnon: J'ai deux documents qui définissent ce qu'est un « fardeau excessif » et j'ai aussi la disposition législative. Selon le règlement, fardeau excessif se dit:

de toute charge pour les services sociaux ou les services de santé dont le coût prévisible dépasse la moyenne, par habitant au Canada, des dépenses pour les services de santé et pour les services sociaux sur une période de cinq années consécutives suivant la plus récente visite médicale [...]

La définition des services de santé est la suivante:

Les services de santé dont la majeure partie sont financés par l'État, notamment les services des généralistes, des spécialistes, des infirmiers [...] et des physiothérapeutes [...]

Les services sociaux, dans le règlement, sont définis comme suit:

Les services sociaux — tels que les services à domicile, les services d'hébergement et services en résidence spécialisés, les services d'éducation spécialisés, les services de réadaptation sociale et professionnelle, les services de soutien personnel, ainsi que la fourniture des appareils liés à ces services:

a) qui, d'une part, sont destinés à aider la personne sur les plans physique, émotif, social, psychologique ou professionnel;

b) dont, d'autre part, la majeure partie sont financés par l'État [...]

L'ensemble des services qui nous concernent ici sont indiqués très précisément. À des fins d'interprétation, ce sont les services utilisés directement pour poser un diagnostic.

● (0940)

M. Larry Maguire: Merci.

Disons que vous deviez examiner le cas d'une personne ou d'un enfant souffrant d'incapacités physiques et mentales qui a besoin des services d'une aide-enseignante à temps plein. Dans ce cas, rejeteriez-vous automatiquement la demande?

M. Michael MacKinnon: Je vais demander au Dr Saeed de répondre, puisqu'il se charge des évaluations médicales dans ce genre de situations.

M. Arshad Saeed: À nouveau, je dois dire que ce n'est pas l'invalidité ni l'affection qui rend la personne non admissible. Ce que nous prenons en considération, c'est la gravité du diagnostic et la fréquence à laquelle la personne aura besoin de services. Si une aide-enseignante est nécessaire, alors, oui, les coûts des services sociaux pour ce demandeur vont être plus élevés. Si le demandeur a besoin de traitements orthophoniques, d'ergothérapie ou d'autres types de traitement régulier, alors il est possible que le demandeur soit jugé non admissible.

M. Larry Maguire: Et dans ce cas, le rejet s'étend à la famille entière.

M. Arshad Saeed: C'est exact.

M. Larry Maguire: Je crois que le bureau où je travaillais avant de devenir député fédéral a déjà eu affaire à ce genre de situation. Si je me souviens bien, tous les membres de la collectivité avaient évalué quels seraient les avantages nets d'introduire une personne dans leur collectivité. Je sais que le Comité a déjà abordé brièvement la question des avantages nets, et je comprends aussi que ce n'est pas une chose simple à calculer, mais le fait est que la collectivité tout entière — la quasi-totalité des organisations communautaires — a écrit des lettres pour soutenir cette personne. La situation était très bien acceptée.

L'une des raisons pour lesquelles cela est arrivé, c'est que la collectivité d'où je viens est en majeure partie une collectivité rurale où il manque gravement de personnel infirmier, et la mère de l'enfant était une infirmière très compétente. L'hôpital avait besoin d'elle, et ce besoin l'emportait sur le reste des coûts entraînés par la présence de cette personne. Finalement, nous avons réussi à faire en sorte que la famille reste. Elle avait aussi trois autres enfants — tout à fait normaux — qui allaient à l'école. Ce sont tous des facteurs à prendre en considération.

Je voulais savoir si on envisageait aussi de peut-être examiner les avantages sociaux nets entraînés par la présence de ce type de personnes dans la collectivité, au lieu de seulement s'attarder au simple coût froid en dollars nets.

Mme Dawn Edlund: C'est vrai que nous avons un processus que nous utilisons de façon ponctuelle, en particulier pour les candidats d'une province. La province nous présente exactement le même type de cas que ce que vous nous avez décrit: il y a quelqu'un dans une collectivité rurale à qui on tient beaucoup, qui est important pour l'économie ou les services de santé dans la collectivité. Le ministère reçoit des lettres disant « Nous savons qu'il est possible que cette personne soit jugée non admissible pour des raisons médicales ou à cause d'un fardeau excessif. Nous voulons vous dire que toute la collectivité soutient complètement cette personne et sa famille. »

Cela est ensuite porté à l'attention de nos agents décideurs. La plupart du temps, on accorde à la famille un permis de séjour temporaire. Après trois ans avec un permis de séjour temporaire, les membres de la famille peuvent obtenir la résidence permanente, après quoi il n'y a plus de décision à rendre quant à l'admissibilité médicale.

C'est un processus que nous utilisons actuellement. Les provinces envoient leurs lettres de soutien.

Le président: J'ai bien peur de devoir vous interrompre, même si je n'en ai vraiment pas envie, parce que j'aime bien vos questions.

Allez-y, monsieur Whalen.

M. Nick Whalen (St. John's-Est, Lib.): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je dois dire que je trouve tout cela très intéressant. Merci d'être venu et de nous expliquer comment fonctionnent les refus pour motifs sanitaires dans le système d'immigration canadien. Cependant, du point de vue moral, je vais dire que je me sens tout penaud de même aborder le sujet.

Je ne vois pas où il est explicitement mentionné dans le but de la disposition que notre système d'immigration reconnaît le caractère sacré de la vie humaine et le fait que toutes les personnes sont égales. Le fait d'effectuer à l'avance une analyse coûts-avantages relativement à des êtres humains afin de décider s'ils devraient être autorisés à vivre au Canada me rend mal à l'aise, sur le plan de la morale. En examinant la situation, je me dis que ce qu'on mesure est horrible, et je suis désolé que vous ayez à le faire.

Si on prend l'ensemble de la population canadienne, combien de demandes proviennent de personnes atteintes de troubles de la personnalité psychopathique, par rapport à la proportion de personnes atteintes de ce genre de troubles dans la population générale au Canada?

• (0945)

Le président: Si on exclut tous ceux ici présents.

Des voix: Ah, ah!

M. Nick Whalen: Je veux dire, il y a des mesures qu'on peut prendre. Quel pourcentage de la population canadienne est atteint d'un trouble de la personnalité psychopathique, et quel pourcentage des demandes sont refusées pour cette raison?

M. Arshad Saeed: Il y a très peu de demandes qui sont refusées pour ce motif, et elles sont refusées non pas en raison du coût, mais parce que le demandeur pourrait représenter une menace pour la sécurité publique. C'est parce qu'une personne a des comportements agressifs ou violents qu'elle est déclarée interdite de territoire. Ce n'est pas une question de coûts.

M. Nick Whalen: Qu'en est-il des cas de tuberculose évolutive et de syphilis non traitée? Avez-vous des statistiques que nous pourrions comparer à celles du Canada? Combien de demandes sont refusées?

Je me dis que si vous avez choisi ces trois cas en exemple, vous avez dû faire une recherche un peu plus poussée là-dessus avant de décider de les présenter.

M. Michael MacKinnon: Nous avons des données là-dessus, c'est vrai. Selon les statistiques, les interdictions de territoire liées à ce genre de cas sont extrêmement rares, parce que le ministère a pour pratique de suspendre ce genre de demande.

Lorsque le demandeur subit un examen médical dans son propre pays, et qu'on pose un diagnostic de tuberculose évolutive, la personne est mise au courant de ce diagnostic, et nous l'avisons que nous pouvons suspendre sa demande pendant qu'elle suit un traitement pour sa maladie. Une fois de retour, la personne devra subir un autre examen médical, et s'il s'avère que le traitement a fonctionné, la demande sera acceptée, assortie d'une exigence l'obligeant à communiquer avec les autorités provinciales pour commencer sa surveillance médicale, vu le risque de réactivation de la maladie au cours de la vie.

À nouveau, le nombre de personnes interdites de territoire pour ces raisons est extrêmement bas, et...

M. Nick Whalen: Quand vous nous avez présenté les statistiques... Je sais que nous vous avons demandé de nous parler des refus, mais peut-être pourriez-vous aussi nous parler des demandes mises en attente, afin que nous puissions avoir une idée du nombre de demandes touchées et de l'incidence de ce genre d'examen sur les délais, au lieu de leur permettre de venir et d'être traités au Canada.

En moyenne, si une famille de cinq personnes vient au Canada, est-ce que chaque membre individuellement doit respecter le seuil, ou est-ce que la famille collectivement doit respecter un seuil égal à cinq fois la valeur en dollars pour une famille de cinq personnes, par exemple?

Mme Dawn Edlund: Chaque personne doit respecter le seuil.

M. Nick Whalen: J'aimerais aussi savoir si le seuil a été établi en fonction du coût pour les services en date de 2017, ou s'il a été établi antérieurement? Est-ce que c'est un montant reporté ou...?

Mme Dawn Edlund: La majeure partie des coûts annuels a été établie par l'Institut canadien d'information sur la santé, et cela est mis à jour une fois par année. En 2017, c'était 6 299 \$. L'Institut prend le coût par habitant pour les services de santé et les services sociaux au Canada, il fait le calcul, et c'est comme ça que le seuil est calculé. En 2017...

M. Nick Whalen: On peut inscrire les coûts des soins médicaux au Canada sur une grande courbe élargie. Donc, il y a la moyenne, et tous ceux qui veulent immigrer au Canada doivent, essentiellement — je sais qu'il y a un tas d'autres choses — être dans les 50 % supérieurs. Nous ne prenons pas les immigrants qui atteignent le seuil canadien et dont le profil correspond à ce que les Canadiens coûtent en soins médicaux. Nous prenons seulement les immigrants qui s'en tirent mieux que la moyenne nationale.

Mme Dawn Edlund: Oui, la moyenne canadienne...

M. Nick Whalen: Ce n'est pas seulement ça. Même au sein d'une famille, si le coût pour un membre est bien meilleur que la moyenne canadienne, mais qu'un autre membre ne satisfait pas à la moyenne nationale, alors c'est toute la famille qui sera exclue.

Mme Dawn Edlund: Oui.

M. Nick Whalen: D'accord. Je n'ai plus d'autres questions.

Le président: Merci. Il ne nous reste que quelques secondes, et j'aimerais les utiliser.

Dans votre déclaration, vous avez dit, je cite: « Nous avons récemment mené une analyse coûts-avantages en utilisant les données des arrivées de 2014. » Comment avez-vous évalué les avantages? Dans une analyse coûts-avantages, je comprends ce que représentent les coûts, mais qu'est-ce que vous comptez comme un avantage?

M. Michael MacKinnon: Précisément, dans une analyse coûts-avantages, les coûts sont principalement les frais de traitement du ministère, les frais de litige et d'autres coûts similaires que nous devons assumer. Les avantages représentent les économies potentielles pour les systèmes de santé provinciaux et territoriaux.

Le président: D'accord. Donc, ce ne sont pas les avantages pour la société... Quand j'ai entendu cela dans votre témoignage, je me suis dit que ce devait être quelque chose de similaire à ce qui se fait en Australie, relativement aux avantages de l'immigration, comme M. Whalen le disait justement, mais cela n'a jamais été le cas.

• (0950)

M. Michael MacKinnon: Non.

Le président: Merci.

Allez-y, madame Kwan.

Mme Jenny Kwan: Merci, monsieur le président. J'aimerais approfondir certaines questions.

En ce qui concerne le délai de traitement pour chacune des catégories de cas présentant un « fardeau excessif », pouvez-vous nous dire quel est le délai de traitement moyen et combien de familles ont dû subir plus d'un examen médical en raison du délai étendu pour le traitement de la demande?

Mme Dawn Edlund: Monsieur le président, pour ce qui est des délais de traitement des demandes lorsque l'examen médical de l'immigration mène à une interdiction de territoire pour motifs sanitaires, il peut y avoir mise en attente, et il se peut aussi — comme mon collègue l'a mentionné — que quelqu'un souffrant de tuberculose évolutive doive suivre un traitement pendant une certaine période, ce qui est compté dans le délai de traitement. Le traitement, que je ne connais pas très bien — je suis sûre que le Dr Saeed pourrait vous en parler davantage — s'étend sur une certaine période, après laquelle on réexamine la demande. Dans les cas de mise en attente pour motifs sanitaires, la rapidité avec laquelle les demandeurs prennent des mesures entre en ligne de compte. S'ils doivent subir d'autres tests qui doivent être faits par des spécialistes, il leur appartient de faire ces tests rapidement.

Je crois que votre deuxième question, à propos des gens qui repassent un examen médical concerne davantage les gens pour qui on n'a pas encore émis de visa. Leur demande est en traitement, leur examen médical n'a rien révélé, et ils n'ont pas encore obtenu de visa. Les résultats aux examens médicaux sont valides pendant un an, et si une personne n'a toujours pas obtenu son visa après cette période, elle doit subir un nouvel examen médical.

Mme Jenny Kwan: Serait-il possible aux représentants du ministère de fournir ces statistiques? Je vous en serais reconnaissante de nous faire parvenir l'information.

Il y a deux cas précis que j'aimerais porter à l'attention des représentants du ministère afin d'illustrer simplement les exemples.

D'abord, il y a le cas de Mercedes Benitez, dont on a parlé dans les médias. Elle a présenté sa demande en 2010. Elle attend depuis sept ans que sa demande soit traitée. Son fils est atteint d'un handicap intellectuel, alors ce n'est pas comme s'il souffrait de tuberculose ou d'une maladie du genre. Sa demande est en traitement depuis sept ans.

Ensuite, il y a le cas d'une autre personne Monica Mateo. Elle a présenté sa demande en 2012. Cela fait cinq ans qu'elle a présenté sa demande, et dans ce cas aussi, il n'est pas question d'une maladie contagieuse ou de quelque chose du genre dont souffrirait sa fille. À dire vrai, dans ce cas, son employeur a même offert d'assumer toutes les dépenses relatives à la fille de Mme Mateo s'il était déterminé que sa présence entraînerait un fardeau excessif. L'employeur a présenté ses relevés bancaires à des fins de vérifications, et on attend encore.

Notre système est défaillant, vu la façon dont nous traitons ces personnes.

Les représentants du ministère disent qu'il n'y a pas de problème de discrimination et que les droits des personnes sont respectés en conformité avec la Charte. C'est pourquoi je leur pose, à eux et au gouvernement, la question suivante: le processus que vous imposez à certaines personnes à cause de leur handicap ne va-t-il pas à l'encontre de la Charte? N'importe qui d'autre n'aurait pas à suivre ce processus. Seuls les gens souffrant d'un handicap doivent le faire. C'est d'ailleurs l'argument soulevé par les associations qui travaillent avec les personnes handicapées.

J'aimerais connaître l'opinion des représentants du ministère à ce sujet.

Mme Dawn Edlund: Les tribunaux canadiens se sont penchés sur la question. Au fil du temps, des avocats du secteur privé et des associations de personnes handicapées ont essayé à maintes reprises, en vain, de faire valoir l'argument selon lequel il y avait une violation de l'article 7 de la Charte, « Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne », ou de l'article 15 concernant les droits à l'égalité.

Est-ce que ces conditions sont difficiles pour les familles et les personnes? Absolument, mais les tribunaux canadiens ont conclu que les difficultés ne sont pas telles qu'elles constitueraient une violation de la Charte. Cela dit, je crois que le ministre Hussen a été très clair sur le fait qu'il veut que nous étudions activement ces questions dans l'examen fondamental de nos politiques et que nous les réglions. Cela fait aussi partie des choses auxquelles nous nous intéressons.

Le président: Je vais devoir vous arrêter ici. Vous avez eu cinq minutes au lieu de trois, vous savez.

Commençons la troisième période de questions.

Monsieur Anandasangaree, vous avez sept minutes.

• (0955)

M. Gary Anandasangaree (Scarborough—Rouge Park, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je remercie nos témoins d'être ici.

J'aimerais reprendre là où ma collègue s'est arrêtée.

L'un des points de préoccupation tient au fait que l'admissibilité médicale est déterminée à l'étape du processus où la demande est prête à être traitée, ce qui fait qu'une personne qui présente une demande en 2010 ne sera évaluée que six ou sept ans plus tard. La famille doit essentiellement attendre plus de cinq ou sept ans avant que le ministère prenne une décision en ce qui concerne leur admissibilité. Ensuite vient le reste du processus; le tout peut s'étirer sur 8, 9 ou même 10 ans, et, au bout du compte, on leur dit qu'ils sont interdits de territoire.

Je trouve extrêmement problématique qu'une personne doive attendre 10 ans pour finalement essayer un refus. Comment pouvons-nous faire en sorte que ce genre d'évaluation se fasse préalablement afin d'éviter à la famille d'attendre tout ce temps?

Mme Dawn Edlund: En ce qui a trait au traitement, nous procédons de temps en temps à ce qu'on appelle des examens médicaux préalables, ce qui veut dire qu'une personne subit l'examen médical aux fins de l'immigration avant de présenter sa demande. En outre, depuis que nous avons commencé à utiliser eMédical, un système électronique de traitement des examens médicaux, il n'y a plus de longs délais comme il y en avait dans le passé pour les examens médicaux et le processus d'évaluation.

M. Gary Anandasangaree: Je veux être clair: les délais ne sont pas dus à l'examen médical lui-même. C'est le traitement des demandes qui prend du temps, et l'examen médical a lieu, en gros, à la dernière étape.

Est-ce que tout le monde pourrait choisir de subir un examen médical préalable? Cela se fait-il sur invitation, disons si quelqu'un croit dès le début du processus qu'il pourrait y avoir un problème en matière d'admissibilité?

Mme Dawn Edlund: En règle générale, nous n'encourageons pas les examens médicaux préalables. Le processus devient plus compliqué pour nous lorsque nous avons des résultats médicaux dans le système sans pouvoir les joindre à un dossier, parce que nous n'avons toujours pas la demande.

Comme je l'ai dit, avec eMedico, les résultats sont traités beaucoup plus rapidement.

M. Gary Anandasangaree: Fondamentalement, le problème est qu'une personne pouvait attendre sept ans ou plus avant d'être déclarée non admissible pour motifs sanitaires. Est-ce exact? C'est ce qu'on veut dire, en résumé.

Mme Dawn Edlund: Le nombre de visas que nous pouvons émettre pour une année et dans une catégorie données est établi dans le plan annuel des niveaux d'immigration. Puisqu'il n'y a pas de limite au nombre de demandes que nous pouvons recevoir, nous nous retrouvons avec d'énormes quantités de demandes à traiter, comme cela s'est vu récemment avec le programme.

M. Gary Anandasangaree: Nous comprenons que ce genre de délai s'impose pour certaines catégories. C'est de notoriété publique.

J'aimerais à présent aborder le sujet du fardeau excessif par rapport à l'éducation. Prenez quelque chose comme l'autisme; comment un médecin dans un autre pays évaluera-t-il cela, le genre d'impact que cela peut avoir sur les services d'éducation scolaire? Quel genre de formation un médecin doit-il avoir suivi pour être en mesure d'évaluer dans quelle mesure cela constitue un fardeau ainsi que pour déterminer le genre d'aide dont l'enfant aura besoin à l'école?

M. Arshad Saeed: L'autisme est un ensemble de troubles qui s'inscrivent dans le spectre autistique; un enfant qui en souffre pourrait être un autiste fonctionnel de très haut niveau. Encore une fois, le simple diagnostic ne suffit pas à exclure un enfant ni à l'interdire de territoire.

Nous examinons les rapports de spécialiste fournis par le demandeur, par exemple celui d'un médecin spécialiste du développement de l'enfant ou d'un psychologue, ou les bulletins scolaires. Des médecins examinent ce genre de rapports détaillés, et nous évaluons la portée des services qui seront nécessaires ainsi que leur fréquence.

Cela dépend du rapport présenté par le demandeur pour compléter l'examen médical.

M. Gary Anandasangaree: Les examinateurs médicaux ne sont pas les seuls à prendre la décision, n'est-ce pas?

M. Arshad Saeed: C'est exact. Ils ne prennent pas la décision finale.

Nous examinons tous les rapports, prenons en considération toute l'information, puis nous procédons à l'analyse. Nous rédigeons ensuite une liste détaillée de services — services sociaux, plans d'éducation spécialisés —, puis nous faisons nos recommandations.

• (1000)

M. Gary Anandasangaree: Pour un enfant atteint d'autisme, peu importe où il se trouve sur le spectre, le coût pourrait être supérieur à 6 300 \$ par année. Même si une personne n'est pas exclue parce qu'elle est autiste, de fait, elle l'est, fondamentalement, en raison de ce qu'il en coûterait de soutenir ces enfants tout au long de leur parcours scolaire. Ai-je raison?

M. Arshad Saeed: Oui. Cela vaut pour tout autre diagnostic également. Si le coût des services nécessaires dépasse le seuil, alors la personne peut être déclarée non admissible.

M. Gary Anandasangaree: Combien d'enfants autistes ont été acceptés au cours de la dernière année?

M. Arshad Saeed: J'ai cette information. Je pourrais vous en faire part.

M. Gary Anandasangaree: Vraiment? Pouvez-vous nous la communiquer?

M. Arshad Saeed: En 2014, 37 personnes atteintes d'autisme ont été déclarées non admissibles. En 2015, il y en avait 16, et en 2016, il y en avait 23.

M. Gary Anandasangaree: Cela, c'est pour les trois dernières années.

M. Arshad Saeed: Oui.

M. Gary Anandasangaree: Combien ont été en mesure de fournir du soutien ou ont été en mesure de respecter le seuil de 33 000 \$?

M. Arshad Saeed: Combien il y en avait de moins...?

M. Gary Anandasangaree: Combien d'enfants autistes avons-nous admis? Vous m'avez parlé de ceux qui ont été exclus. C'est la première étape du processus décisionnel.

Mme Dawn Edlund: Pour clarifier, le médecin nous présente ses recommandations, que nous utilisons ensuite dans le cadre du processus d'équité procédurale. Tout cela peut prendre un certain temps.

M. Gary Anandasangaree: Et combien...?

Mme Dawn Edlund: Nous allons devoir creuser un peu plus pour trouver les recommandations à ce sujet, pour savoir combien de refus et d'admissions il y a eu au cours des dernières années parmi les 80 cas environ que nous avons eus.

M. Gary Anandasangaree: Il nous serait très utile d'avoir ce genre d'information, puisque c'est ce que nous voulons savoir. Seriez-vous en mesure de nous dire combien, parmi les 84 cas, sont passés par le processus d'équité procédurale et ont été admis au Canada?

Mme Dawn Edlund: Oui.

Le président: Je dois vous arrêter ici. Je suis désolé.

Mme Rempel et M. Saroya ont décidé de partager leur temps.

L'hon. Michelle Rempel: Merci.

D'après ce que je comprends, il y a en fait deux volets en ce qui concerne le fardeau excessif. Il y a le calcul des coûts que nous avons déjà abordé, ainsi que tout ce qui concerne l'augmentation des listes d'attente. Est-ce exact?

Mme Dawn Edlund: Oui.

L'hon. Michelle Rempel: Pour clarifier, est-ce qu'une personne peut être déclarée inadmissible pour l'un ou l'autre de ces deux volets, ou est-ce les deux volets ensemble?

Mme Dawn Edlund: L'un ou l'autre.

L'hon. Michelle Rempel: Nous nous sommes surtout intéressés au premier volet aujourd'hui. Pourriez-vous dire au Comité combien il y a eu de personnes, disons, au cours des cinq dernières années, qui ont été déclarées non admissibles selon le premier motif, par rapport au second?

Mme Caitlin Imrie: Je dirais que les deux sont souvent combinés, même s'ils sont distincts dans la loi. La plupart du temps, les cas qui dépassent le seuil vont aussi alourdir les listes d'attente. Nous faisons ce que nous pouvons pour prendre une décision en conséquence.

Mme Dawn Edlund: Par exemple, si quelqu'un souffre d'insuffisance rénale chronique, et qu'il aura besoin à court terme d'un nouveau rein, cela aura une incidence sur les listes d'attente.

La décision peut être prise en fonction de l'un ou l'autre des deux volets, ou des deux ensemble.

Mme Caitlin Imrie: C'est souvent les deux ensemble.

L'hon. Michelle Rempel: Pouvez-vous nous décrire brièvement comment vous calculez les listes d'attente pour le second volet? Quels critères utilisez-vous pour évaluer cela en particulier?

M. Arshad Saeed: Les listes d'attente sont publiées par les provinces, et c'est accessible au public. Si vous consultez les listes d'attente, vous voyez qu'il s'agit en grande partie d'interventions chirurgicales, de transplantations ou de ce genre de cas. Nous utilisons les données publiées par les provinces.

L'hon. Michelle Rempel: D'accord.

Qu'en est-il du côté des services de santé mentale et de ce genre de choses? Est-ce que cela est pris en considération également, ou est-ce en général seulement les interventions chirurgicales seulement?

M. Arshad Saeed: En règle générale, c'est pour les interventions chirurgicales.

L'hon. Michelle Rempel: Les services ou les soins de santé mentale pour les maladies complexes ou chroniques seraient-ils pris en considération?

M. Arshad Saeed: Pour ce genre de services, habituellement, la personne peut payer et absorber le coût; c'est pourquoi les listes d'attente ne sont pas un problème très important, contrairement aux interventions chirurgicales.

Mme Dawn Edlund: Dans le règlement, la définition des listes d'attente indique que cela concerne ce qui « augmenterait le taux de mortalité et de morbidité au Canada ». Il ne s'agit pas de n'importe quelle liste d'attente. On vise quelque chose en particulier.

L'hon. Michelle Rempel: Ce serait les diagnostics pour les maladies aiguës ou émergentes, si je comprends bien.

M. Arshad Saeed: C'est exact.

• (1005)

L'hon. Michelle Rempel: D'accord, excellent. Merci.

Monsieur Saroya, allez-y.

M. Bob Saroya: Merci.

Docteur Saeed — ou quelqu'un d'autre —, nous savons combien de demandes ont été refusées: 930 en 2014, 713 en 2015, et 1 101 en 2016.

Il faudrait déterminer un seuil quelconque, pour pouvoir dire: « Voici un cas limite. Celui-ci n'est pas si mal. Celui-ci est bon. Celui-ci devrait être accepté. Celui-ci est le dernier... Nous ne pouvons pas permettre à ces personnes d'entrer au pays. »

Par rapport à ces chiffres, combien de personnes ont été admises au pays? Est-ce que nous en avons une idée?

Mme Caitlin Imrie: Non. Nous nous sommes engagés à vous les communiquer ultérieurement. Ces chiffres reflètent la recommandation du médecin, non pas la décision finale de l'agent des visas. Nous allons revenir vous présenter ces chiffres.

M. Bob Saroya: Docteur Saeed, lorsqu'un médecin désigné recommande qu'une personne soit considérée comme non admissible, arrive-t-il parfois qu'un agent des visas dise: « Hum! Ça n'est pas trop mal. Je vais laisser cette personne passer »? Est-il possible que l'agent des visas rejette l'avis du médecin et permette aux gens concernés d'entrer au pays?

M. Arshad Saeed: Ultiment, les agents des visas ont un pouvoir discrétionnaire au moment de prendre cette décision. Ils prennent au sérieux l'avis du médecin et en tiennent compte. Ils vont souvent discuter avec nous avant de décider de ne pas suivre notre recommandation.

M. Bob Saroya: Est-ce qu'il arrive que la décision d'un médecin soit infirmée par un agent des visas?

M. Arshad Saeed: Oui, les agents des visas ont le pouvoir discrétionnaire d'infirmar cette décision. Comme je le disais plus tôt, ils peuvent invoquer des motifs d'ordre humanitaire.

M. Bob Saroya: Quelqu'un s'est présenté à mon bureau il y a quatre semaines. Je n'étais même pas au courant de ce dont nous discutons aujourd'hui. Il s'agissait d'un problème sanitaire, mais ces personnes n'étaient pas...

Je ne vous dirai pas de quel pays cet homme était originaire, mais son fils avait un certain nombre de problèmes. Il comprenait ce qu'il en était des coûts pour les contribuables et tout cela. Il acceptait cela. J'ai été surpris qu'il approuve cette politique.

À votre avis — je m'adresse à chacun de vous —, est-ce que le système actuel fonctionne, de manière générale? Fonctionne-t-il bien ou doit-il être amélioré?

Vous pouvez tous répondre.

Mme Dawn Edlund: Eh bien, nous nous conformons aux dispositions législatives qui nous ont été fournies et nous les appliquons. Si le gouvernement décidait d'aller dans une autre direction et qu'il nous fournissait d'autres dispositions législatives ou réglementaires, nous les appliquerions. Ce n'est pas une question d'opinions personnelles.

M. Bob Saroya: D'accord, j'ai compris.

Ma question suivante s'adresse au Dr Saeed.

Lorsqu'une personne utilise le système pour venir ici, à quel moment est-ce qu'on va la signaler en déclarant qu'elle est interdite de territoire? Qui sera la première personne à l'intercepter et à la renvoyer à vos médecins désignés, ou à des médecins désignés quelconques?

M. Arshad Saeed: L'examen médical est fait, comme nous l'avons déjà dit, par des médecins désignés; ils sont désignés par IRCC mais ne sont pas employés de ce ministère. Après l'examen, les résultats sont communiqués à l'un de nos quatre bureaux médicaux régionaux, c'est-à-dire celui d'Ottawa, de New Delhi, de Manille ou de Londres. Les résultats sont examinés par les médecins agréés du bureau médical régional en question.

La plupart du temps, l'examen médical ne révèle aucun problème grave ou important, et la personne concernée est autorisée à entrer. Ce n'est que dans les cas les plus compliqués que le dossier est envoyé à l'unité spécialisée d'Ottawa, l'Unité centralisée de l'admissibilité médicale. Nous réexaminons ce dossier et nous présentons notre recommandation à l'agent des visas. C'est la première étape.

À ce moment-là, le demandeur a l'occasion de présenter un plan d'atténuation, conformément au processus d'équité procédurale. C'est l'agent des visas qui reçoit cette information et qui nous la fait parvenir. Nous émettons alors un nouvel avis, et c'est l'agent des visas qui prend la décision définitive.

Le président: Merci.

Allez-y, madame Kwan; vous avez sept minutes.

Mme Jenny Kwan: Oh! Magnifique. D'accord, excellent. C'est chouette.

Le président: Ce n'est même pas votre anniversaire. Attendez de voir ce qui se passe quand c'est votre anniversaire, ici.

Mme Jenny Kwan: J'aime ça de plus en plus.

J'aimerais demander aux fonctionnaires de bien vouloir confirmer que le gouvernement a recouru aux services de Sykes Enterprises, une entreprise dont le siège social est situé à Tampa, en Floride, pour établir que le seuil du fardeau excessif correspond à 356 \$ au titre des services sociaux.

Est-ce vrai?

• (1010)

Mme Dawn Edlund: Certains médias ont parlé récemment de cette entreprise, mais ce n'était pas très clair. Nous sommes abonnés à un périodique — je ne sais pas comment on appelle le document qu'elle produit —, que nous consultons de temps à autre parce qu'on y trouve de l'information sur le coût des soins à domicile. À ma connaissance, cette information ne nous a jamais servi à déterminer le seuil de la charge pour les services sociaux, le montant de 356 \$ dont j'ai parlé plus tôt.

Mme Jenny Kwan: J'ai demandé plus tôt de quelle manière on avait déterminé ce montant de 356 \$, car j'aimerais que nous ayons toutes les informations à ce sujet.

Alors, je vais poser une autre question tout aussi importante. De quelle manière calculons-nous le montant qu'un Canadien ordinaire dépense, au chapitre des services sociaux offerts aux personnes handicapées?

Récemment, le Conference Board du Canada a communiqué à Global News des renseignements fondés sur les comptes publics des provinces. Le Conference Board laisse entendre que le gouvernement, au moment d'établir les seuils relatifs au fardeau excessif, ne tient pas compte d'une somme de près de 27 milliards de dollars que les provinces dépensent annuellement pour les services sociaux. Si les transferts sociaux du Canada étaient inclus, cette somme pourrait même atteindre 40 milliards de dollars, ce qui représente en gros 1 105 \$ par année par Canadien. Cela veut dire que le seuil relatif au fardeau excessif, fixé à 6 655 \$ par le gouvernement, pourrait passer à au moins 7 404 \$ si l'on tenait compte comme il faut de tout l'argent consacré aux services sociaux au Canada.

J'aimerais que le gouvernement nous donne de l'information sur la façon dont il calcule la moyenne par Canadien des dépenses liées aux services offerts aux Canadiens handicapés, de façon à ce que nous ayons l'assurance que la façon dont le gouvernement calcule la moyenne par Canadien des dépenses se fonde sur des données exactes et exhaustives.

M. Michael MacKinnon: Merci de poser la question; cela nous donne l'occasion de dissiper le malentendu créé par le reportage de Global News.

Comme je l'ai dit plus tôt, pour déterminer le fardeau excessif, nous tenons uniquement compte d'un petit nombre de services sociaux. Ainsi, des aspects comme l'assistance sociale, le logement social et la plus grande partie des dépenses en services sociaux de la province, puisqu'ils ne sont pas directement liés à un diagnostic médical, ne sont pas inclus dans le calcul du seuil, car ils n'ont aucun lien avec une interdiction de territoire pour motifs sanitaires. Il s'agit seulement...

Mme Jenny Kwan: Je m'excuse, je vais vous interrompre un instant.

Je me demandais si vous ne pourriez pas communiquer à notre comité votre méthode de calcul de la moyenne des dépenses liées aux services offerts à un Canadien handicapé ainsi que la source de votre information. Si c'était possible, j'aimerais aussi que vous puissiez nous fournir la ventilation par province et territoire de même que les calculs liés à cette ventilation.

M. Michael MacKinnon: Ce que nous pourrions vous communiquer, c'est la valeur de référence pour le petit nombre de services sociaux que nous avons choisi d'évaluer. Les coûts ont trait non pas aux handicaps, mais au total des dépenses liées aux services sociaux que nous évaluons au moment de déterminer le fardeau excessif; les coûts sont ensuite répartis en fonction de la population du Canada.

Mme Jenny Kwan: Pour ce calcul, tenez-vous compte, par exemple, des provinces où il y a un ministère spécial chargé de couvrir les coûts supplémentaires liés aux personnes handicapées?

M. Michael MacKinnon: Nous avons établi un coût total de base, il y a un certain nombre d'années, en 2004, et nous le rajustons en fonction de l'inflation depuis cette époque.

Mme Jenny Kwan: Les montants ont donc été établis en 2004, et vous les avez ensuite rajustés en fonction de l'inflation. Nous aimerions beaucoup obtenir cette information, avoir les détails complets sur la méthode de calcul que vous avez utilisée pour ces deux séries de chiffres ainsi que les sources d'où vous avez tiré ces chiffres.

Pourriez-vous également communiquer à notre comité une liste complète des diagnostics médicaux qui mènent au refus de la demande? Nous aimerions savoir combien de demandes ont été refusées, au cours des 10 dernières années, de façon à nous faire une idée de ce qui se passe à ce chapitre dans chacune des catégories.

Quand je parle de chaque catégorie, je parle des aides familiaux, de l'immigration économique, et ainsi de suite. Avec ces chiffres, pourrions-nous connaître les motifs du refus? Je cherche à obtenir des informations non pas sur des cas particuliers, mais sur un groupe, ce qui n'entraîne aucun manquement à l'obligation de confidentialité.

• (1015)

Mme Dawn Edlund: Monsieur le président, le ministère a reçu, le 17 octobre, je crois, une question écrite qui porte en gros sur le même sujet, et nous sommes en train de réunir tous les chiffres et de mener les analyses comme il est demandé, dans cette question écrite.

Je crois que ce que vous dites, madame Kwan, reflète la teneur de votre question écrite. Nous allons vous fournir ces renseignements.

Mme Jenny Kwan: Monsieur le président, je me demandais seulement si les fonctionnaires pouvaient nous dire à quel moment nous pourrions nous attendre à recevoir l'information que nous demandons, qui soutient les travaux de notre comité.

Mme Dawn Edlund: La liste des choses que nous devons communiquer au Comité est longue, et nous devons demander à bien des gens de travailler très fort pour le faire au cours des semaines qui viennent. J'hésite à vous dire « Oh! Dans deux semaines », car je ne sais pas très bien combien d'analyses il faudra faire pour trouver les chiffres que vous avez demandés, mais nous allons le faire le plus vite possible.

Mme Jenny Kwan: Docteur Saeed, à votre connaissance, est-il arrivé que l'on refuse un demandeur en raison du fardeau excessif qui serait lié à un handicap comme la surdité ou la cécité?

M. Arshad Saeed: Oui. Si la surdité ou la cécité exigeaient des services spéciaux, des services sociaux pour l'enfant ou pour la personne, cette demande pourrait être refusée.

Mme Jenny Kwan: J'aimerais beaucoup pouvoir consulter l'information sur les motifs pour lesquels des gens ont été refusés.

Quand vous refusez une demande, recueillez-vous également les données relatives à la part des coûts qui dépasse le seuil du fardeau excessif fixé par le gouvernement? Avez-vous cette information? Le cas échéant, pourriez-vous nous la communiquer?

Mme Dawn Edlund: Nous avons un aperçu des dossiers que nous avons étudiés — les dossiers de 2014 — au moment où nous avons fait une analyse des coûts évités par les provinces et les territoires. Nous avons la ventilation pour 2014 des dossiers, et dont les coûts allaient de moins de 50 000 \$ à plus de 500 000 \$. C'est un très large éventail.

Le président: Je crains de devoir vous interrompre maintenant. Allez-y, monsieur Tabbara.

M. Marwan Tabbara: Je vais partager mon temps avec M. Whalen.

Je voulais clarifier certains aspects touchant les personnes qui peuvent avoir droit à une exemption. Si j'ai bien compris les déclarations préliminaires, les réfugiés qui présentent une demande au Canada peuvent bénéficier d'une exemption, est-ce bien cela?

Mme Dawn Edlund: Nous accueillons les réfugiés, en effet.

M. Marwan Tabbara: Si un citoyen canadien ou une citoyenne canadienne présente une demande pour que les membres de sa famille et leurs conjoints puissent venir au Canada, ces personnes seraient exemptées.

Mme Dawn Edlund: Oui.

M. Marwan Tabbara: Toutefois, dans la catégorie de l'immigration économique, une personne considérée comme étant interdite de territoire pour motifs sanitaires ne pourrait pas bénéficier d'une exemption, c'est bien ça?

Mme Dawn Edlund: Oui.

M. Marwan Tabbara: J'ai ici un article du *Toronto Star*. Il concerne une professeur de l'Université York qui a vu sa demande être refusée parce que sa fille âgée de 13 ans avait le syndrome de Down. Nous sommes donc en présence d'une personne qui a une bonne profession, qui enseigne à l'université, mais dont l'un des enfants a un problème de santé, ce qui fait que la demande est refusée en bloc.

Serait-il possible d'adopter une politique qui nous permettrait d'apporter certains changements et qui prévoirait plus de souplesse et d'ouverture à l'égard des familles? Je crois que nous devrions mesurer la contribution de la famille dans son ensemble plutôt que de cibler un de ses membres seulement et de refuser la demande en bloc.

Pourriez-vous commenter, s'il vous plaît?

Mme Dawn Edlund: L'examen de la politique fondamentale abordera en partie ce type de question. Avons-nous réalisé le juste équilibre dont je parlais plus tôt quand il s'agit d'une part de protéger les services de santé et les services sociaux, financés à même les deniers publics, en accordant, d'autre part, de l'attention aux motifs humanitaires, etc.? Nous allons tenir compte de ce genre de choses et il est certain que, si le Comité voulait formuler des recommandations à ce chapitre, nous en ferions également des sujets de réflexion.

M. Marwan Tabbara: J'aimerais ajouter rapidement quelque chose concernant l'équilibre dont vous parlez. Est-ce que nous avons discuté avec les provinces afin de réaliser cet équilibre avec elles également?

Mme Dawn Edlund: Quand les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux se sont rencontrés, en octobre 2016, ils se sont tous

engagés à se pencher sur cette grande question de l'interdiction de territoire pour motifs sanitaires étant donné que, si l'on devait apporter des changements ayant une incidence sur les provinces et les territoires, qui gèrent les services de santé et les services sociaux, nous voulions nous assurer de les faire participer. Nous leur avons demandé des commentaires et une rétroaction. Et cela a commencé en octobre 2016, c'est-à-dire il y a environ un an.

• (1020)

M. Marwan Tabbara: Merci.

Je vais laisser le reste de mon temps à M. Whalen.

M. Nick Whalen: Merci beaucoup, monsieur Tabbara.

J'essaie de comprendre ce dont il est question, et je vous remercie de nous apprendre toutes ces choses.

Il y a une catégorie de gens qui constituent un « danger pour la santé publique ». Si une personne qui se présente peut constituer un danger pour la santé publique, il est possible que l'examen de sa demande soit repoussé, auquel cas elle pourrait suivre un traitement, ou encore, on peut le présumer, que la demande soit immédiatement rejetée.

Il y a ensuite la catégorie des personnes qui constituent un « danger pour la sécurité publique »; encore une fois, la personne en question peut suivre un traitement, si cela est possible, ou voir sa demande être rejetée.

Il y a ensuite une troisième catégorie, celle des personnes qui risquent d'entraîner un « fardeau excessif pour les services sociaux ou de santé ». Ce dernier critère est assorti de quelques définitions différentes mais interreliées. La première suppose de dépasser le coût moyen des dépenses pour les services de santé. L'autre suppose d'imposer une charge pour les services sociaux ou les services de santé qui viendrait allonger les listes d'attente et augmenter le taux de mortalité et de morbidité.

J'essaie de comprendre comment on peut quantifier cela. Vous servez-vous de paramètres en particulier et de quelle manière interagissent-ils? Vous utilisez une structure de données pour évaluer les demandeurs; y a-t-il dans cette structure des champs particuliers qui indiquent si oui ou non une personne donnée ferait allonger les listes d'attente ou augmenterait le taux de morbidité ou de mortalité? Y a-t-il dans cette structure de données des éléments particuliers s'appliquant aux demandeurs qui s'engagent ensemble dans ce processus? Serait-il plus facile pour le ministère d'évaluer le dossier des familles plutôt que le dossier de chaque personne, ou encore d'exclure tout simplement les enfants?

Je sais que ma question est bien longue, mais nous pourrions peut-être parler un peu de la façon dont les données sont soumises au ministère et de la manière dont il les entrepose.

M. Arshad Saeed: Je crois que l'on avait déjà répondu dans une certaine mesure à cette question également, mais je vais répéter en partie la réponse.

Nous examinons les rapports fournis par un demandeur en nous intéressant à la gravité de son état, aux services dont il a besoin et à la fréquence à laquelle les services doivent lui être fournis. Nous faisons une évaluation personnalisée parce que les tribunaux n'ont cessé de nous dire qu'il nous faut examiner les demandes au cas par cas plutôt que de procéder à une évaluation générique ou fondée sur un diagnostic. Nous examinons le diagnostic et le pronostic pour les cinq années suivantes de même que le type de services dont aura besoin cette personne en particulier.

M. Nick Whalen: Encore une fois, pour cette catégorie, est-ce que le refus est définitif ou est-ce qu'il est possible de dire: « Attendez un peu; repoussez votre demande jusqu'à ce que votre état ne soit plus aussi grave »?

M. Arshad Saeed: Conformément aux règles de l'équité procédurale, on donne aux demandeurs la possibilité de se présenter de nouveau et de nous expliquer comment ils vont assumer le coût de ces services. La demande est reportée au sens où on donne au demandeur la possibilité de nous présenter son plan de traitement.

M. Nick Whalen: D'accord.

Mme Kwan a demandé beaucoup d'informations. J'aimerais m'assurer que l'information qui nous sera fournie ne portera pas seulement sur les refus, mais qu'il y sera aussi question des gens touchés par ces critères. Sur les 360 000 ou les 550 000 examens médicaux dont vous avez pris connaissance, quel pourcentage des demandeurs dépasseront le seuil pour un enjeu donné ou susciteront des préoccupations supplémentaires ayant trait au taux de mortalité et de morbidité? J'aimerais savoir à peu près à quelle fréquence cela devient un problème au moment de l'évaluation et à quelle fréquence il faut en conséquence communiquer avec le demandeur.

En ce qui concerne les familles, quelle recommandation le ministère pourrait-il faire dans le but de modifier le règlement pour s'assurer que les enfants seront exemptés de tout cela? Est-ce que cela concerne seulement ces définitions ou bien existe-t-il d'autres règlements que nous devrions évaluer pour nous assurer que les enfants sont exemptés de tout cela?

Mme Dawn Edlund: Cela nous ramène à ce dont j'ai parlé plus tôt, la situation inconfortable des fonctionnaires qui doivent commenter les conseils stratégiques que nous présentons au gouvernement, et c'est pourquoi il m'est difficile de répondre à votre question.

Nous pouvons utiliser différents mécanismes pour redéfinir certains services, redéfinir ce qui constitue un fardeau excessif et créer d'autres catégories d'exemption. On pourrait examiner toutes sortes de choses, dans ce but.

Le président: Je dois vous arrêter ici.

Il est à espérer que les fonctionnaires liront notre rapport, puisque j'imagine que c'est ce que nous allons vous donner. Ce sera exactement ce que M. Whalen vous a demandé.

C'est maintenant au tour de M. Saroya ou de M. Maguire.

• (1025)

M. Bob Saroya: Je n'ai qu'une seule question, monsieur le président.

Nous avons parlé d'équité. En ce qui concerne l'équité et toutes les personnes interdites de territoire, toutes les demandes qui ont été rejetées en 2014, en 2015 et en 2016, pourriez-vous nous fournir une liste des pays d'origine des demandeurs refusés en indiquant les motifs des refus? Est-ce que cela est possible?

Mme Dawn Edlund: Oui. Nous en avons déjà parlé. Nous avons dressé la liste des demandeurs ayant fait l'objet de recommandations du médecin en raison des services qu'exigeaient des problèmes précis. Nous avons cette liste. Ce qu'il nous reste à faire, c'est de fouiller un peu plus pour savoir ce qui s'est passé par la suite dans le cas de chacun de ces demandeurs.

M. Bob Saroya: Connaissez-vous un pays dont les citoyens ne sont jamais refusés pour des motifs sanitaires ou autres?

Mme Dawn Edlund: Vous voulez parler de la nationalité des demandeurs?

M. Bob Saroya: Oui.

Mme Dawn Edlund: Nous avons déjà dit, je crois, que nous examinerions la nationalité des demandeurs qui ont été jugés interdits de territoire.

M. Bob Saroya: D'accord. Merci.

Mme Dawn Edlund: De mémoire, je ne saurais pas affirmer, par exemple, que les Américains n'ont jamais de problème d'interdiction de territoire pour motifs sanitaires, car je crois qu'il serait ridicule de l'affirmer.

M. Bob Saroya: Pas de problème.

M. Larry Maguire: Dans votre déclaration préliminaire, aujourd'hui, quand vous avez abordé la question du fardeau excessif, vous avez dit ceci: « La détermination du fardeau excessif est généralement effectuée par un agent du ministère, que l'on appelle couramment agent des visas ou agent d'immigration. » Vous avez dit ensuite que cela ne se passait pas de la même manière aux États-Unis ou dans d'autres pays. J'ai tout simplement oublié le nom des autres pays que vous avez mentionnés. Pourriez-vous rapidement y revenir?

Mme Dawn Edlund: Selon nos lois, ce sont les agents des visas qui prennent les décisions à l'étranger. Et ce sont les agents d'immigration qui prennent les décisions lorsque le demandeur se trouve au Canada quand il présente une demande de résidence permanente. Voilà la distinction à faire.

Je ne comprends pas très bien votre mention des Américains. Nous avons en fait parlé de l'Australie et de l'avantage économique net.

M. Michael MacKinnon: À notre connaissance, les États-Unis et le Royaume-Uni utilisent une approche qui repose beaucoup plus sur les décisions prises de manière indépendante par ceux qui font un travail similaire à celui de nos agents des visas ou de l'immigration. Ces pays n'ont pas de système fondé sur des seuils, comme le nôtre.

M. Larry Maguire: Je crois que c'est de cela que je voulais parler.

Vous n'êtes pas responsable de l'embauche de ces personnes. Ce sont des postes de contrôle. Existe-t-il au Canada des bureaux qui s'occupent avant tous les autres de ces questions ou le font-ils seulement lorsqu'une préoccupation est soulevée et que le dossier est renvoyé au bureau d'Ottawa?

Mme Dawn Edlund: Nous sommes chargés de désigner les médecins et de les évaluer, pour nous assurer qu'ils respectent nos normes, et il y a de ces médecins dans toutes les régions du monde, y compris au Canada, mais ce ne sont pas des employés du gouvernement du Canada.

Nous avons ensuite nos propres médecins agréés, affectés à quatre endroits: Londres, New Delhi, Manille et ici, à Ottawa. Et seulement 0,2 % des dossiers aboutissent, quand nous croyons qu'il pourrait y avoir un problème d'instabilité de l'état de santé, dans une unité médicale centralisée, depuis plusieurs années, et les médecins agréés qui s'en occupent travaillent tous à Ottawa.

M. Larry Maguire: Merci.

Vous nous avez donné le chiffre de 33 275 \$ au 1^{er} janvier 2017 en parlant des coûts moyens par habitant pour obtenir des services financés par l'État sur cinq ans, chiffre que vous utilisez comme repère. Cela donne un montant d'environ 550 \$ par mois. Le gouvernement a-t-il pour règle ou pour objectif de couvrir cette première tranche de 550 \$ par mois? Je crois vous avoir entendu dire que, si une personne pouvait assumer les coûts qui dépassent ce seuil, elle aurait davantage de chance d'être autorisée à rester. Est-ce que c'est une juste analyse?

Mme Dawn Edlund: Nous n'envisageons pas les choses selon un coût mensuel. Ce montant de 33 275 \$ est pour nous la limite des coûts. Nous évaluons ensuite les coûts des services de santé ou des services sociaux dont une personne aurait besoin et l'écart que cela représente par rapport à la limite que nous avons déterminée. Je dirais que, si une personne a un problème de santé qui entraîne des coûts de 33 276 \$, c'est-à-dire 1 \$ de plus, je ne crois pas qu'un agent des visas dise: « C'est fini, rien ne va plus. » Nous parlons en réalité de coûts qui dépassent de beaucoup le seuil.

• (1030)

Le président: Je dois vous arrêter ici.

M. Larry Maguire: J'ajouterais seulement que j'ai pris cela pour une moyenne, et c'est pourquoi je me posais des questions.

Merci.

Le président: Très bien.

Allez-y, madame Zahid.

Mme Salma Zahid: Merci, monsieur le président.

Mme Kwan a parlé de l'article, du reportage diffusé par Global News le 4 juillet. Statistique Canada est cité: « Avec nos sources de données actuelles, il serait difficile de quantifier les sommes consacrées aux programmes d'aide sociale visant ce groupe spécifique de la population[...] »

Si Statistique Canada estime qu'il est impossible d'établir une valeur concrète, est-il juste de rejeter la demande d'une personne en se fondant sur des données incomplètes?

Mme Dawn Edlund: Nous allons revenir aux activités d'établissement de données de base que nous avons menées en 2004.

Nous avons déterminé tout ce qui n'était pas compris dans les évaluations générales de l'Institut canadien d'information sur la santé au regard des définitions énoncées dans notre règlement. Nous avons ensuite mené notre étude en discutant, à ce moment-là, avec des représentants de Statistique Canada et de Santé Canada dans le but d'obtenir des données des fonctionnaires provinciaux et de pouvoir en tirer des données de base quant aux services sociaux dont nous devons tenir compte et des coûts de ces services. Et nous utilisons depuis ce chiffre, que nous mettons à jour en fonction de l'inflation chaque année. Statistique Canada pourrait aujourd'hui dire qu'il lui est difficile de faire un tel calcul. Mais, à l'époque, Statistique Canada nous a fourni de l'information qu'il jugeait crédible pour notre étude de référence.

M. Michael MacKinnon: J'aimerais préciser une chose, et cela tient en partie à la façon dont vous posez votre question. Global News demande à Statistique Canada s'il lui est possible de quantifier l'ensemble des services fournis aux personnes handicapées, mais nous n'évaluons pas ce montant par rapport au coût total de l'ensemble des services fournis aux personnes handicapées. Nous évaluons ces coûts en fonction d'un nombre précis de services, ceux qui sont énoncés dans le règlement.

Mme Salma Zahid: Nous avons beaucoup parlé des gens qui viennent au pays, que ce soit en tant que résidents permanents, ou au titre de la catégorie de l'immigration économique ou du regroupement familial. Je voudrais obtenir certains chiffres sur les gens qui arrivent munis d'un VRT — un visa de résident temporaire —, parce que, lorsqu'ils présentent une demande, ils n'ont pas à subir d'examen médical, et ils n'ont pas besoin de présenter...

Avons-nous des chiffres? Y a-t-il eu des gens qui sont arrivés au Canada, mais qui ont été rejetés parce que l'agent des visas pensait qu'ils n'étaient pas admissibles pour des raisons médicales? Y a-t-il eu des cas au cours des dernières années?

Mme Dawn Edlund: Oui, les résidents temporaires n'ont pas tous à subir un examen médical aux fins de l'immigration. Un petit sous-ensemble doit en subir un, par exemple, les personnes qui vont travailler ou étudier dans des domaines où la santé publique est très importante. Si une personne arrive au Canada afin de travailler dans le domaine médical, par exemple, même si ce n'est que temporairement, elle subira un examen médical aux fins de l'immigration.

Nous examinons également le cas des résidents temporaires qui viennent au Canada pour des périodes plus longues que six mois, s'ils proviennent d'un pays où il y a des taux élevés de maladies infectieuses, comme la tuberculose. Si les gens de ces pays viennent pour une période de plus de six mois et qu'ils ont vécu continuellement dans le pays en question pendant un an, nous leur faisons subir des examens médicaux aux fins de l'immigration, mais il y a...

Mme Salma Zahid: Je parle des gens qui n'ont pas à subir les...

Mme Dawn Edlund: Désolée. Oui, il y a des gens qui ne subissent pas d'examens médicaux afin de devenir des résidents temporaires et qui, plus tard, doivent en subir dans le cadre du processus d'obtention de la résidence permanente, moment où on découvre qu'ils ont un problème de santé qui pourrait entraîner la non-admissibilité pour des raisons médicales.

Mme Salma Zahid: Je dis cela pour les personnes qui viennent ici grâce à un visa de résident temporaire de trois mois afin de rendre visite à leur famille, disons des parents qui viennent rendre visite à leurs petits-enfants et à leurs enfants... Y a-t-il eu des cas où de telles personnes ont été déclarées non-admissibles pour des raisons médicales en arrivant au Canada?

Mme Dawn Edlund: Pas à ma connaissance. Elles n'auraient pas à subir d'examen médical aux fins de l'immigration. Si elles débarquaient de l'avion et qu'il y avait clairement des préoccupations du point de vue de la santé publique, des dispositions relatives à la quarantaine s'appliqueraient. Je ne pense pas que ce soit de cela que vous parlez.

Mme Salma Zahid: Je vais partager le reste de mon temps de parole avec mon collègue, M. Anandasangaree.

M. Gary Anandasangaree: Merci.

Je reviens sur quelque chose que vous avez dit plus tôt concernant le Programme des candidats des provinces. Vous aviez laissé entendre que, lors d'un incident particulier, la province avait besoin d'une personne en particulier, et vous aviez été en mesure de travailler avec la province. Quelles autres conversations avez-vous actuellement avec les provinces? Quel genre de collaboration avez-vous établie avec les provinces, de façon à ce que certaines des exigences rigoureuses décrites puissent être outrepassées?

•(1035)

Mme Dawn Edlund: Pour des raisons de confidentialité, nous ne tenons habituellement pas de conversation au sujet de cas individuels avec les provinces. J'ai soulevé l'exemple des candidats des provinces parce qu'il est clair qu'il s'agit de cas dont la province est au courant et de personnes à qui elle a fourni un certificat de désignation; toutefois, ensuite, les responsables du programme se rendent compte du fait que le dossier présente un problème en raison d'un fardeau excessif, et ils font appel à nous.

Le président: Vous pouvez poser une petite question de plus.

M. Gary Anandasangaree: Tenez-vous des conversations continues avec les provinces en ce qui concerne le seuil? Recevez-vous des commentaires de leur part relativement à l'établissement d'un seuil?

M. Michael MacKinnon: Le seuil est déterminé en fonction de statistiques fondées sur des données nationales, alors ce n'est pas quelque chose à quoi les provinces contribuent. Nous avons tenu des conversations dans le cadre de l'examen fondamental mené avec les provinces, comme l'a mentionné Mme Edlund, à la suite de la discussion à l'échelon des ministres FPT responsables de l'immigration. On a formé des groupes de travail et on a tenu des discussions afin de les aider à comprendre la disposition et les conséquences potentielles que tout changement pourrait avoir sur leurs systèmes.

Le président: Merci.

Allez-y, madame Rempel.

L'hon. Michelle Rempel: Merci.

J'aimerais simplement clarifier une chose: actuellement, les personnes qui entrent à titre de réfugiés parrainés par le gouvernement, par exemple, ne peuvent être déclarées interdites de territoire pour motifs sanitaires. Est-ce exact?

Mme Dawn Edlund: C'est exact.

L'hon. Michelle Rempel: Oui, parce qu'elles obtiennent déjà le statut de résident permanent. Faisons-nous le suivi, dans la catégorie des réfugiés parrainés par le gouvernement, de l'utilisation des services de soins de santé du Canada, à l'échelon fédéral?

Mme Dawn Edlund: Dans le cas des réfugiés parrainés par le gouvernement qui viennent au Canada, comme les Syriens, par exemple, ils obtiennent le droit d'établissement en tant que résidents permanents...

L'hon. Michelle Rempel: Exact.

Mme Dawn Edlund: ... alors, ils deviennent automatiquement admissibles aux services de santé provinciaux, mais notre Programme fédéral de santé intérimaire vient compléter la protection en leur permettant de profiter des services de santé qui ne sont pas offerts, disons, par l'Assurance-santé de l'Ontario.

L'hon. Michelle Rempel: C'est pour combien de temps?

Mme Dawn Edlund: C'est pour une période de un an...

L'hon. Michelle Rempel: C'est une période de un an, mais ensuite...

Mme Dawn Edlund: ... pendant que nous leur offrons le soutien du revenu.

L'hon. Michelle Rempel: D'accord. Après ce stade, il n'y a plus d'autre complément, exact?

Mme Dawn Edlund: Oui.

L'hon. Michelle Rempel: Évidemment, si le Comité étudie des recommandations relativement au besoin de modifier ou non la formule de non-admissibilité pour des raisons médicales ou je ne sais quoi, manifestement, le coût et le fardeau pour le réseau de soins de santé des provinces seront des facteurs à prendre en considération. Pensez-vous qu'il serait possible de fournir au Comité une certaine estimation ou analyse de l'augmentation du coût après la première année, disons, pour la cohorte de réfugiés syriens?

À l'intention de mes collègues d'en face, voici mon raisonnement: si nous devons envisager de modifier la formule ou de recommander sa modification, nous devons également examiner... Si le gouvernement doit accepter, en moins de temps, de plus grandes cohortes de réfugiés qu'il parraine lui-même, nous devons réfléchir aux coûts pour le réseau de soins de santé qui vont s'accumuler durant cette période.

Serait-il possible d'obtenir certaines de ces données afin que nous puissions les inclure dans notre rapport?

Mme Dawn Edlund: Je vais commencer, puis Michael pourra intervenir.

L'hon. Michelle Rempel: D'accord.

Mme Dawn Edlund: Nous n'avons pas vraiment une idée claire de ce que pourraient utiliser les réfugiés syriens après la fin de la couverture complémentaire au titre du Programme fédéral de santé intérimaire.

L'hon. Michelle Rempel: D'accord.

Mme Dawn Edlund: Nous travaillons sur des ententes d'échange de renseignements avec les provinces afin de tenter d'obtenir de l'information au sujet de l'utilisation des services sociaux, des services de santé, des services d'éducation, et de tout ce qui touche à l'emploi, mais cela n'a rien à voir avec la non-admissibilité pour des raisons médicales.

L'hon. Michelle Rempel: Comme il vous manque ces renseignements, pourriez-vous nous fournir les données dont vous disposez concernant l'utilisation et le complément pour la première année?

Mme Dawn Edlund: Oui.

L'hon. Michelle Rempel: D'accord. Ce serait fantastique.

Le président: Je vais rappeler à la députée qu'elle doit s'assurer que nous restons dans les limites de l'étude.

L'hon. Michelle Rempel: J'exposais mon raisonnement précisément pour cette raison, puisque nous étudions les coûts généraux.

Pour en revenir à mes questions précédentes concernant l'impact sur les listes d'attente, ce critère a-t-il toujours été appliqué aux problèmes chirurgicaux ou aigus seulement? A-t-on songé à étudier la définition associée à ce facteur? Dans le cas des services en santé mentale ou d'autres services de soutien aux malades chroniques, nous savons que les délais d'attente sont longs. Dans le cadre de vos consultations, avez-vous tenu des discussions pour ce qui est de réduire ou d'étendre la portée de la définition relative à l'impact sur les listes d'attente?

•(1040)

Mme Dawn Edlund: On aborde encore une fois la question sous un angle stratégique, mais, si une telle discussion devait être tenue et que des recommandations étaient formulées ou des décisions, prises, nous devrions modifier la réglementation. Nous étudions les délais d'attente seulement du point de vue de la mortalité et de la morbidité. Un problème de santé mentale n'aura pas d'impact à ces égards.

L'hon. Michelle Rempel: Si une personne présentait des besoins importants au chapitre de services de soutien en santé mentale, actuellement, elle ne serait pas déclarée non admissible pour des raisons médicales.

Mme Dawn Edlund: Le facteur du délai d'attente ne serait pas pris en considération.

L'hon. Michelle Rempel: Qu'en est-il du coût?

Mme Dawn Edlund: En ce qui concerne le coût, s'il s'agit d'un problème de santé mentale qui rend une personne violente, par exemple, alors, on l'évaluerait en fonction du critère du danger public.

L'hon. Michelle Rempel: Excellent.

Larry ou Bob, avez-vous d'autres questions?

M. Larry Maguire: Non.

L'hon. Michelle Rempel: D'accord, je pense que nous avons terminé.

Le président: M. Sarai est le prochain intervenant.

M. Randeep Sarai: Qu'arrive-t-il lorsque de nouveaux renseignements sont présentés par un demandeur? Quels mécanismes sont en place pour la réouverture d'une demande, si elle a été rejetée en fonction d'un avis médical? Y a-t-il un moyen de la réévaluer?

Mme Dawn Edlund: Vous voulez dire si le cas a été refusé.

M. Randeep Sarai: Oui, ou bien il se pourrait qu'au départ le médecin a jugé qu'il dépassait le seuil de 33 000 \$, mais quelqu'un a maintenant de nouvelles données probantes. Par exemple, si la personne subit un traitement de chimiothérapie ou contre le cancer et qu'elle a maintenant passé cette étape, ou bien si elle est atteinte d'un trouble du spectre de l'autisme qui est maintenant mieux géré et qu'elle n'a pas autant besoin de ces services, quelle serait la procédure?

M. Arshad Saeed: L'agent des visas envoie une demande au médecin, et nous nous penchons sur la validité de cette information. Si le traitement requis pour la personne en question est terminé et qu'il ne dépasse plus le seuil pour les cinq prochaines années, la personne peut être admissible. Une personne atteinte de l'hépatite C serait un exemple. Le traitement de cette maladie est très coûteux — environ de 70 000 \$ à 80 000 \$ —, mais il ne dure que 12 semaines, et les personnes sont considérées comme guéries après ce traitement. Elles peuvent présenter des éléments de preuve documentaire attestant qu'elles ont suivi ce traitement dans leur pays et fournir des rapports de laboratoire le confirmant. Nous pouvons ensuite envoyer notre nouvel avis à l'agent des visas.

M. Randeep Sarai: Je connais la situation d'un enfant qui avait des besoins spéciaux relativement à sa scolarité, et le père avait dit qu'il allait payer pour une école privée qui offrait ces services. Je crois qu'il a été refusé en raison des problèmes de son fils. Y a-t-il une exigence de garantie lorsqu'une personne s'engage à fournir des services au Canada, ou bien s'agit-il seulement de la capacité de montrer qu'on a des moyens financiers suffisants? Quelle est l'exigence lorsqu'une personne offre d'atténuer les coûts pour le Canada ou de tout simplement les payer par elle-même? Y a-t-il une possibilité de donner une garantie? Je ne pense pas que ce soit possible en ce moment. Y a-t-il d'autres moyens pour une personne de montrer qu'elle atténuerait les coûts pour le Canada?

Le président: Soyez très brève.

Mme Dawn Edlund: Cela ferait partie du plan d'atténuation que présenterait la famille. Elle dirait: « Nous n'accéderons pas à ces services, parce que nous procéderons plutôt de cette manière. » Nos

médecins examineront ce plan et détermineront s'il est pratique. Si, par exemple, la famille disait: « Nous n'accéderons pas à des services d'éducation spécialisée parce que nous n'enverrons pas du tout notre enfant à l'école », nous répondrions que, du point de vue des valeurs morales canadiennes en général, nous ne considérons pas qu'il s'agit d'un plan acceptable.

En ce qui a trait aux plans d'atténuation en tant que tels, si ce plan dissipe ensuite les préoccupations quant à la non-admissibilité pour des raisons médicales, nous n'avons aucun pouvoir de faire appliquer ce plan d'atténuation une fois que la personne devient résident permanent.

Le président: Je vais céder la parole à Mme Kwan pour une minute.

• (1045)

Mme Jenny Kwan: Je dispose d'une minute?

Le président: Nous sommes à la fin de la séance.

Mme Jenny Kwan: D'accord. Merci.

Je veux clarifier quelque chose. Concernant la question de la collecte de données sur les personnes qui ne sont pas admissibles en raison de la mesure dans laquelle elles dépassent le seuil gouvernemental du fardeau excessif et de leur présentation au Comité, pouvons-nous obtenir ce chiffre, divisé en tranches de 500 \$? Au lieu de fournir l'information indiquant qu'elles dépassent cette limite de 50 000 \$ ou moins, pourriez-vous plutôt fournir les données ventilées en plus petites tranches afin que nous puissions nous faire une idée plus complète de qui est rejeté?

Dans un cas, une avocate en immigration s'est présentée pour dire que son client avait été rejeté parce qu'il dépassait la somme de 400 \$, alors je voudrais voir dans quelle mesure les gens qui sont rejetés dépassent le montant.

Le président: Merci.

Voilà qui met fin à notre séance.

Au cours de la séance, j'ai eu l'impression que de nouvelles questions ont été soulevées pour probablement chacun d'entre vous, des questions que vous ne vous posiez pas avant cette séance d'information.

Je m'adresse à chaque parti: si vous avez une nouvelle suggestion de témoin dont vous voudriez entendre le témoignage en raison de celui que nous avons entendu aujourd'hui, nous envisagerons cette possibilité. Il y a eu certaines questions à l'égard desquelles on a peut-être cité Statistique Canada, et nous n'avons pas reçu de témoin de cet organisme. Certaines questions liées aux candidats des provinces ont été soulevées. Je pense que de nouvelles demandes de témoins fondées sur ce témoignage seraient utiles, car beaucoup de sujets ont été abordés aujourd'hui.

Allez-y, madame Kwan.

Mme Jenny Kwan: Merci beaucoup, monsieur le président, pour cette offre. Nous vous en sommes reconnaissants.

Sur cette note, je pense que l'un des représentants a mentionné que la ministre allait se présenter devant le Comité sur cette question. Si c'est le cas, je me demande si le Comité pourrait obtenir les renseignements qu'il a demandés avant l'arrivée de la ministre, car le fait de disposer de ces renseignements nous serait utile et nous aiderait; ainsi, nous ne serons pas tentés de répéter nos questions à la ministre.

Le président: Absolument. Je crains que notre définition du terme « fardeau excessif » change, à la lumière de ce que nous avons donné à faire aux représentants aujourd'hui; nous allons donc élaborer un calendrier raisonnable du point de vue de leur capacité de nous procurer ces renseignements. Il nous faudra peut-être adapter notre période d'étude, car nous avons demandé énormément de renseignements aujourd'hui. Je travaillerai avec la greffière et l'analyste sur un calendrier.

Mon instinct me dit que, maintenant que nous avons entendu le témoignage des représentants, il est temps de vraiment établir la portée de l'étude. Je pense que nous avons maintenant une idée de ce qu'elle suppose.

Nous allons reprendre notre souffle. Nous avons invité des représentants provinciaux à comparaître jeudi. Nous n'avons pas reçu beaucoup de réponses, alors tenez-vous au courant à ce sujet. Nous nous occuperons du rapport, la semaine prochaine, puis de l'étude sur les Yézidies, alors les représentants auront un peu de temps pour nous donner des nouvelles. Ensuite, nous verrons où nous en sommes.

Mesdames et messieurs les députés, si chacun d'entre vous peut réfléchir à tout aspect du témoignage d'aujourd'hui, au sujet duquel, selon vous, nous devons faire venir témoigner un représentant de la société civile ou d'un autre ministère, nous envisagerons cette idée.

Au revoir. La séance est levée.

Publié en conformité de l'autorité
du Président de la Chambre des communes

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

Aussi disponible sur le site Web de la Chambre des communes à l'adresse suivante : <http://www.noscommunes.ca>

Published under the authority of the Speaker of
the House of Commons

SPEAKER'S PERMISSION

The proceedings of the House of Commons and its Committees are hereby made available to provide greater public access. The parliamentary privilege of the House of Commons to control the publication and broadcast of the proceedings of the House of Commons and its Committees is nonetheless reserved. All copyrights therein are also reserved.

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its Committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the *Copyright Act*. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a Committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the *Copyright Act*.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its Committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

Also available on the House of Commons website at the following address: <http://www.ourcommons.ca>