



Immigration, Réfugiés  
et Citoyenneté Canada

Immigration, Refugees  
and Citizenship Canada

# Évaluation du Programme de dépistage médical et de notification

Division d'Évaluation

Novembre 2015



Canada

Ci4-149/2016F-PDF  
978-0-660-04768-3

N° de référence : E8-2013

## Table des matières

|                                                                                                                                                                                     |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Liste des acronymes .....                                                                                                                                                           | iv        |
| Sommaire .....                                                                                                                                                                      | v         |
| Évaluation du Programme de dépistage médical et de notification – Réponse de la direction et plan d'action .....                                                                    | xi        |
| <b>1. Introduction .....</b>                                                                                                                                                        | <b>1</b>  |
| 1.1. Objet de l'évaluation .....                                                                                                                                                    | 1         |
| 1.2. Profil du Programme et contexte .....                                                                                                                                          | 1         |
| 1.2.1. <i>Description du Programme</i> .....                                                                                                                                        | 1         |
| 1.2.2. <i>Gestion du Programme</i> .....                                                                                                                                            | 3         |
| 1.2.3. <i>Partenaires et intervenants</i> .....                                                                                                                                     | 4         |
| 1.2.4. <i>Coûts du Programme</i> .....                                                                                                                                              | 5         |
| 1.2.5. <i>Données sur le Programme</i> .....                                                                                                                                        | 6         |
| <b>2. Méthodologie .....</b>                                                                                                                                                        | <b>8</b>  |
| 2.1. Méthode d'évaluation .....                                                                                                                                                     | 8         |
| 2.2. Questions d'évaluation et enjeux .....                                                                                                                                         | 8         |
| 2.3. Portée de l'évaluation .....                                                                                                                                                   | 10        |
| 2.4. Méthodes de collecte des données .....                                                                                                                                         | 10        |
| 2.5. Points forts et limites .....                                                                                                                                                  | 11        |
| <b>3. Constatations de l'évaluation .....</b>                                                                                                                                       | <b>13</b> |
| 3.1. Pertinence .....                                                                                                                                                               | 13        |
| 3.1.1. <i>Besoin continu du dépistage médical</i> .....                                                                                                                             | 13        |
| 3.1.2. <i>Besoin continu de la surveillance médicale</i> .....                                                                                                                      | 14        |
| 3.1.3. <i>Harmonisation avec les priorités ministérielles et pangouvernementales</i> .....                                                                                          | 16        |
| 3.1.4. <i>Pertinence des rôles des gouvernements fédéral et provinciaux</i> .....                                                                                                   | 17        |
| 3.2. Politique en matière de dépistage médical et de notification .....                                                                                                             | 19        |
| 3.2.1. <i>Danger pour la santé publique</i> .....                                                                                                                                   | 19        |
| 3.2.2. <i>Danger pour la sécurité publique</i> .....                                                                                                                                | 23        |
| 3.2.3. <i>Fardeau excessif pour les services sociaux et les services de santé</i> .....                                                                                             | 25        |
| 3.2.4. <i>Pertinence des catégories de candidats et des populations qui sont soumises au dépistage</i> .....                                                                        | 27        |
| 3.3. Conception et gestion du programme .....                                                                                                                                       | 30        |
| 3.3.1. <i>Outils et lignes directrices pour l'exécution du Programme</i> .....                                                                                                      | 30        |
| 3.3.2. <i>Communication et coordination</i> .....                                                                                                                                   | 33        |
| 3.3.3. <i>Assurance de la qualité pour le Programme de DMN</i> .....                                                                                                                | 36        |
| 3.3.4. <i>Impact des activités et initiatives de modernisation sur le Programme de DMN</i> .....                                                                                    | 37        |
| 3.4. Rendement .....                                                                                                                                                                | 41        |
| 3.4.1. <i>Délai d'évaluation des examens médicaux aux fins de l'immigration</i> .....                                                                                               | 41        |
| 3.4.2. <i>Dépistage des maladies préoccupantes</i> .....                                                                                                                            | 44        |
| 3.4.3. <i>Mesure dans laquelle les demandeurs devant se soumettre à une surveillance sont mis en relation avec les systèmes de soins de santé provinciaux et territoriaux</i> ..... | 46        |

|           |                                                                                                                                                                       |    |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.4.4.    | <i>Réduction du fardeau de la migration pour les services de santé et les services sociaux au Canada et protection de la santé et la sécurité des Canadiens</i> ..... | 51 |
| 3.5.      | Utilisation des ressources .....                                                                                                                                      | 54 |
| 3.5.1.    | <i>Évaluation du Programme de dépistage médical et de notification</i> .....                                                                                          | 54 |
| 3.5.2.    | <i>Estimation des économies de coûts</i> .....                                                                                                                        | 55 |
| 4.        | Conclusions et recommandations .....                                                                                                                                  | 57 |
| Annexe A. | Programme de dépistage médical et de notification – Modèle logique .....                                                                                              | 61 |
| Annexe B. | Annexe B : Autres suggestions d’amélioration .....                                                                                                                    | 62 |

## Liste des tableaux et figures

|               |                                                                                                                                                                 |    |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tableau 1.1 : | Coûts estimatifs du Programme de DMN .....                                                                                                                      | 6  |
| Tableau 1.2 : | Nombre d'évaluations médicales aux fins de l'immigration effectuées,<br>selon le bureau médical régional (de 2007 à 2012) .....                                 | 6  |
| Tableau 1.3 : | Nombre d'évaluations médicales aux fins de l'immigration effectuées,<br>selon la catégorie d'immigration (de 2007 à 2012) .....                                 | 7  |
| Tableau 1.4 : | Notifications des autorités de la santé provinciales et territoriales selon la<br>maladie (de 2007 à 2013) .....                                                | 7  |
| Tableau 2.1 : | Questions de l'évaluation .....                                                                                                                                 | 9  |
| Tableau 2.2 : | Résumé des méthodes de collecte des données .....                                                                                                               | 10 |
| Tableau 3.1 : | Nombre de résidents permanents et temporaires admis au Canada (de 2008<br>à 2012) .....                                                                         | 13 |
| Tableau 3.2 : | Résumé des responsabilités fédérales et provinciales en matière de santé .....                                                                                  | 17 |
| Tableau 3.3 : | Principaux pays source des migrants au Canada et leur taux d'incidence de<br>la TB (de 2008 à 2013) .....                                                       | 21 |
| Figure 3.1 :  | Opinions des répondants au sondage auprès des médecins désignés au sujet<br>du système eMédical .....                                                           | 39 |
| Tableau 3.4 : | Nombre de jours nécessaires pour traiter 80 % des cas simples et des cas de<br>fardeau excessif .....                                                           | 43 |
| Tableau 3.5 : | Nombre de cas de maladie préoccupante .....                                                                                                                     | 44 |
| Tableau 3.6 : | Pourcentage de notifications de surveillance médicale envoyées à CIC dans<br>les délais impartis (de 2008 à 2013) .....                                         | 49 |
| Tableau 3.7 : | Information sur la conformité selon la catégorie d'immigration (de 2009<br>à 2013) (%) .....                                                                    | 51 |
| Tableau 3.8 : | Nombre d'étrangers déclarés interdits de territoire pour motifs sanitaires,<br>selon le genre d'interdiction (de 2008 à 2012) .....                             | 52 |
| Tableau 3.9 : | Économies annuelles estimatives découlant de la détection de la TB<br>pulmonaire évolutive par dépistage auprès des migrants avant l'arrivée au<br>Canada ..... | 56 |

## Liste des acronymes

|       |                                                                  |
|-------|------------------------------------------------------------------|
| AAP   | Architecture d'alignement des programmes                         |
| AF    | Année financière                                                 |
| AM    | Autre ministère                                                  |
| AQ    | Assurance de la qualité                                          |
| ASFC  | Agence des services frontaliers du Canada                        |
| ASPC  | Agence de la santé publique du Canada                            |
| BMR   | Bureau médical régional                                          |
| BSP   | Bureau de santé publique                                         |
| CCN   | Conférence des cinq nations                                      |
| CIC   | Citoyenneté et Immigration Canada                                |
| DAU   | Dollar australien                                                |
| DGMS  | Direction générale de la migration et de la santé                |
| DIAC  | Ministère de l'Immigration et de la Citoyenneté (Australie)      |
| DMN   | Dépistage médical et notification                                |
| DNZ   | Dollar néozélandais                                              |
| EMI   | Examen médical aux fins de l'immigration                         |
| GCUSM | Gestionnaire client de l'Unité de surveillance médicale          |
| LIPR  | <i>Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés</i>       |
| MGC   | Modèle de gestion des coûts                                      |
| PDE   | Point d'entrée                                                   |
| PON   | Procédure opérationnelle normalisée                              |
| PT    | Provinces et territoires                                         |
| RIPR  | <i>Règlement sur l'immigration et la protection des réfugiés</i> |
| RP    | Résident permanent                                               |
| RT    | Résident temporaire                                              |
| SMGC  | Système mondial de gestion des cas                               |
| SMI   | Système médical de l'immigration                                 |
| SSOBL | Système de soutien des opérations des bureaux locaux             |
| TB    | Tuberculose                                                      |
| ULSP  | Unité de liaison avec les autorités de la santé publique         |
| VIH   | Virus de l'immunodéficience humaine                              |

# Sommaire

## Objet de l'évaluation

L'évaluation du Programme de dépistage médical et de notification (DMN) de Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) a été menée en application de la *Directive sur la fonction d'évaluation* de 2009 du Conseil du Trésor. Elle a été entreprise à l'interne par la Direction générale de la recherche et de l'évaluation de CIC entre novembre 2013 et décembre 2014. Le Programme de DMN se compose d'un volet de dépistage médical et d'un volet de notification et de surveillance médicale. En fonction des résultats définis dans le modèle logique du Programme, la pertinence et le rendement du Programme de DMN ont été examinés pour les années financières (AF) 2008-2009 à 2012-2013, ainsi que la politique en matière de DMN et la conception et la gestion du Programme.

## Profil du Programme

L'article 38 de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (LIPR) établit les facteurs qui servent à décider si certains ressortissants étrangers qui présentent une demande pour immigrer au Canada sont interdits de territoire pour motifs sanitaires, tandis que l'alinéa 16.2*b*) décrit les examens médicaux qui appuient les décisions d'admission fondées sur l'état de santé. De plus, l'article 32 du *Règlement sur l'immigration et la protection des réfugiés* (RIPR) prescrit les conditions imposées aux étrangers qui sont tenus de se soumettre à une surveillance médicale.

## Dépistage médical

Sous le volet de dépistage médical, l'état de santé d'un étranger est évalué au moyen d'un examen médical aux fins de l'immigration (EMI) effectué par un médecin désigné par CIC. Un médecin de CIC ou le personnel délégué d'un bureau médical régional (BMR) de CIC utilise ensuite les résultats de l'EMI pour procéder à une évaluation médicale aux fins de l'immigration afin d'établir si le demandeur est interdit de territoire au Canada, en fonction des trois motifs définis aux alinéas 38(1)*a*), *b*) et *c*) de la LIPR :

- Danger pour la santé publique : L'état de santé de l'étranger est évalué sur le plan de la transmissibilité de toute maladie et des conséquences que la maladie pourrait avoir sur d'autres personnes vivant au Canada (p. ex. la tuberculose pulmonaire évolutive (TB) et la syphilis non traitée).
- Danger pour la sécurité publique : Le danger pour la sécurité publique est évalué selon le risque qu'une invalidité soudaine ou qu'un comportement imprévisible ou violent crée un danger pour la santé et la sécurité des personnes vivant au Canada (p. ex. troubles mentaux et personnalité sociopathique).
- Fardeau excessif pour les services sociaux ou de santé : L'état de santé de l'étranger est évalué en vue d'établir s'il représente a) une 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 ou, s'il y a lieu de croire que des dépenses importantes devront probablement être faites après cette période, sur une période d'au plus dix années consécutives; b) une charge pour les services sociaux ou les services de santé qui viendrait allonger les listes d'attente actuelles et qui augmenterait le taux de mortalité et de morbidité au Canada vu l'impossibilité d'offrir en temps voulu ces services aux citoyens canadiens ou aux résidents permanents (RP).

## Surveillance médicale et notification

Dans certains cas, les étrangers qui ont une maladie non évolutive posant un risque pour la santé publique peuvent être admis au Canada, mais ils doivent se soumettre à une surveillance médicale à leur arrivée. Les maladies qui nécessitent actuellement une surveillance médicale sont la TB non évolutive et la TB complexe non évolutive<sup>1</sup>. De plus, même si l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) n'est pas un état qui nécessite une surveillance médicale, CIC signale les cas de séropositivité aux provinces et territoires (PT) qui ont choisi d'être informés de l'entrée au Canada des personnes atteintes<sup>2</sup>.

Dans le cadre du processus de notification, CIC fournit aux personnes devant se soumettre à une surveillance médicale le formulaire *Surveillance médicale – Engagement* et un *document d'information sur la surveillance médicale*, qu'ils doivent ensuite remettre à l'Agence des services frontaliers du Canada (ASFC), à leur arrivée au Canada. L'ASFC transmet les formulaires à CIC et à leur réception, le Ministère informe l'autorité de la santé publique provinciale ou territoriale compétente de l'arrivée du demandeur. Les étrangers qui doivent se soumettre à une surveillance médicale sont tenus de se rapporter à une autorité de la santé publique provinciale ou territoriale dans les 30 jours suivant leur arrivée, ou dans les sept jours, si leur cas est complexe. Les autorités de la santé des PT sont responsables du suivi médical exigé par les protocoles de leurs autorités respectives.

## Gestion du Programme

La Direction générale de la migration et de la santé (DGMS) est l'unité organisationnelle de CIC qui est chargée de la gestion et de l'exécution du volet de dépistage médical et du volet de notification et de surveillance médicale. Le Programme de DMN est exécuté en collaboration avec de nombreux ministères fédéraux et organismes de l'extérieur, notamment l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), l'ASFC, les autorités de la santé des PT et le réseau des médecins et radiologistes désignés.

Entre 2007 et 2012<sup>3</sup>, CIC a mené environ 3,2 millions d'évaluations médicales aux fins de l'immigration, ce qui représente en moyenne environ 525 000 évaluations par année. Entre 2007 et 2013, le Ministère a informé les autorités de la santé des PT de l'entrée au Canada de 52 351 clients ayant une TB non évolutive<sup>4</sup>, une syphilis ou le VIH.

Les coûts totaux du volet de dépistage médical pour une période de trois ans (de l'AF 2011-2012 à l'AF 2013-2014<sup>5</sup>) se sont élevés à 24,5 millions de dollars et les dépenses totales pour le volet de notification et de surveillance médicale pour une période de deux ans (de l'AF 2012-2013 à l'AF 2013-2014<sup>6</sup>) ont atteint 2,3 millions de dollars.

---

<sup>1</sup> CIC exigeait auparavant la surveillance médicale des cas de syphilis correctement traités; cette exigence a toutefois été abolie en mai 2014.

<sup>2</sup> Cette notification a pour objet de mettre en relation les nouveaux arrivants séropositifs avec le système de soins de santé.

<sup>3</sup> Les données du Système mondial de gestion des cas (SMGC) de CIC pour 2013 n'englobent que les cas évalués à l'étranger; les données pour cette année n'ont donc pas été incluses.

<sup>4</sup> Ces cas incluent la TB non évolutive et la TB complexe non évolutive.

<sup>5</sup> Les coûts du volet de dépistage médical pour la période précédant l'AF 2011-2012 et n'ont donc pas été inclus.

<sup>6</sup> Les coûts du volet de notification et de surveillance médicale ne sont pas disponibles pour les années antérieures à l'AF 2012-2013, car ils n'étaient pas systématiquement déclarés par CIC dans le Modèle de gestion des coûts (MGC).



## Constatations de l'évaluation

### Constatations relatives à la pertinence et des politiques du Programme

Il existe un besoin continu d'évaluation de l'état de santé des migrants par CIC avant leur admission au Canada, car le volet de dépistage médical permet de cerner les risques pour la santé et la sécurité et contribue à réduire le fardeau de l'immigration pour le système canadien de soins de santé et de services sociaux. Il existe également un besoin continu d'obligation de surveillance médicale pour certains migrants qui ont une maladie posant un risque pour la santé publique, notamment la TB non évolutive, car le volet de surveillance médicale contribue à la gestion des risques associés à la propagation et à la réactivation de cette maladie.

Le Programme de DMN est harmonisé avec les priorités du gouvernement du Canada : la protection de la santé et de la sécurité des Canadiens et la durabilité des services de santé et des services sociaux. Les rôles du gouvernement fédéral et des PT sont clairement définis et en accord avec les mandats et responsabilités des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

L'examen des politiques de CIC sur le danger pour la santé publique, le danger pour la sécurité publique et le fardeau excessif a révélé que ces politiques permettent au gouvernement fédéral de réduire les risques pour la santé et la sécurité associés à la migration. Les politiques sont en accord avec les objectifs généraux du Programme de DMN et elles sont, de façon générale, cohérentes avec les politiques de dépistage médical des autres pays partenaires de la Conférence des cinq nations (CCN). Certains problèmes ont cependant été relevés :

- *Danger pour la santé publique* : Il a été constaté que la politique actuelle sur le danger pour la santé publique est restrictive et ne permet pas de s'adapter rapidement à l'augmentation potentielle de la prévalence d'une maladie ou à l'apparition de maladies pouvant temporairement constituer un risque pour la santé publique.
- *Danger pour la sécurité publique* : Les objectifs de la politique sur le danger pour la sécurité publique demeurent pertinents, mais il n'a pas été facile de les étudier au cours de l'évaluation, parce que les problèmes de santé liés à la sécurité publique sont souvent difficiles à déceler et peuvent chevaucher des problèmes d'interdiction de territoire liés à la criminalité.
- *Fardeau excessif* : Au chapitre de la politique sur le fardeau excessif, l'évaluation a permis de conclure qu'il est important de prévenir les fardeaux déraisonnables pour les services de santé et les services sociaux du Canada; plusieurs problèmes limitent cependant la mise en œuvre et les résultats attendus de cette politique. Parmi ces problèmes figurent un manque de mise en application, plus particulièrement, l'incapacité de faire respecter le plan d'atténuation de l'interdiction de territoire d'un demandeur, le fait que certains demandeurs qui imposeraient un fardeau excessif soient exemptés de la politique, le nombre considérable de cas imposant un fardeau excessif qui sont annulés à la suite d'une procédure d'appel et les contraintes de l'opérationnalisation de la politique (p. ex. nature complexe et fastidieuse du traitement des cas, le manque de cohérence dans la prise de décisions et le manque de données à jour sur les coûts des services de santé et services sociaux des PT).

Enfin, pour ce qui est du genre de demandeurs visés par la politique de dépistage de CIC, des lacunes ont été décelées sur le plan des risques pour la santé que posent les résidents temporaires. Il n'est pas possible ni efficace de soumettre tous les demandeurs à un dépistage, mais une approche en matière de dépistage fondée sur les risques pour l'ensemble des catégories serait peut-être plus efficace pour atténuer les risques associés à la migration.

## **Constatations relatives à la conception et la gestion du programme**

Dans l'ensemble, les évaluateurs ont considéré l'exécution du volet de dépistage médical du Programme de DMN comme efficace, à l'exception des outils et procédures de l'assurance de la qualité (AQ). Un cadre et des outils normalisés d'AQ ont bien été élaborés, mais ils n'ont pas été mis en place de façon uniforme dans l'ensemble du Programme.

Les efforts récents de modernisation ont été bénéfiques pour le volet de dépistage médical du Programme, dont ils ont amélioré l'efficacité quant au traitement des dossiers médicaux simples (M1). Cependant, les contraintes du SMGC (p. ex. les limites sur les plans de la vitesse et de la convivialité) ont entraîné des inefficacités de traitement lors de l'évaluation des cas complexes. De plus, le volet de notification et de surveillance médicale étant entièrement exécuté sur support papier, des efforts de modernisation pourraient permettre de réaliser d'autres gains en efficience.

L'évaluation a permis de relever un certain nombre de problèmes de communication et de coordination entre CIC et les PT, tandis que les PT estimaient ne pas avoir reçu d'information suffisante en temps opportun en rapport avec le processus de notification et de données médicales sur les clients. Les évaluateurs ont également constaté l'absence de mécanismes officiels pour favoriser la concertation de CIC et des ministres de la santé des PT, particulièrement sur le plan de la coordination des questions liées au fardeau excessif.

## **Constatations relatives au rendement du Programme**

Le volet de dépistage médical du Programme a permis à CIC de repérer les demandeurs ayant une maladie préoccupante, ce qui a contribué à réduire le fardeau pour les services de santé et de services sociaux et à protéger la santé et la sécurité des Canadiens. L'évaluation a cependant relevé des lacunes dans les processus et politiques de dépistage actuellement en place qui nuisent peut-être à l'efficacité du Programme. Il a aussi été constaté que les normes de service quant aux temps de traitement pour l'évaluation médicale aux fins de l'immigration n'ont pas été respectées, mais qu'il y avait une amélioration depuis la mise en place du système eMédical.

Dans l'ensemble, le processus de notification médicale s'est avéré efficace pour ce qui est de notifier les PT au sujet des clients devant se soumettre à une surveillance. Les PT estimaient que les formulaires de notification ne leur fournissaient pas de données suffisantes sur les clients, mais selon l'information accessible sur le Programme, une grande proportion des clients se conforment à l'exigence de surveillance. Par ailleurs, l'évaluation a aussi révélé que l'ASFC ne fournissait pas les notifications à CIC en temps opportun; en effet, les cas aux points d'entrée sont rares et ils sont donc groupés en lots. Les agents de l'ASFC aux points d'entrée ne sont peut-être pas au courant de la nécessité de fournir les notifications sans délai.

## **Constatations relatives à l'efficience et l'économie**

Les efforts de modernisation déployés par CIC, notamment le lancement du système eMédical, ont entraîné une réduction du coût du Programme de DMN; le Ministère a donc pu mener le même nombre d'évaluations médicales aux fins de l'immigration qu'avant en utilisant une moins grande quantité de ressources. De plus, les économies de coûts estimatives minimales pour les services de santé et de services sociaux canadiens qui sont attribuables au Programme de DMN sont sensiblement supérieures aux coûts globaux du Programme.

## Conclusions et recommandations

Les évaluateurs constatent que le Programme de DMN demeure pertinent et conforme aux priorités des gouvernements fédéral et provinciaux/territoriaux. Le Programme contribue à réduire les risques pour la santé et les risques que pose l'immigration pour la durabilité du système de services de santé et de services sociaux du Canada. Des économies ont été réalisées grâce à la modernisation du Programme. Enfin, les volets du dépistage médical et de la notification et de la surveillance médicale sont, de façon générale, efficaces à l'égard de la protection de la santé et de la sécurité des Canadiens. Cependant, compte tenu des problèmes définis sur le plan des politiques, de la gestion et de la gouvernance du Programme, voici les recommandations découlant de l'évaluation :

**Recommandation n° 1 :** CIC devrait revoir sa politique sur le danger pour la santé publique pour cibler d'autres maladies qui pourraient poser un risque pour la santé publique, et devrait l'assouplir de manière à pouvoir réagir à l'émergence de nouvelles maladies transmissibles.

**Recommandation n° 2 :** CIC devrait revoir sa politique sur le fardeau excessif de manière à :

- faire participer plus efficacement les PT aux questions liées au fardeau excessif,
- corriger les lacunes qui nuisent à son efficacité,
- simplifier le processus d'évaluation des cas de fardeau excessif pour garantir un processus décisionnel simple, rapide et uniforme.

**Recommandation n° 3 :** Sur le plan du dépistage médical, CIC devrait :

- examiner la possibilité de mettre en œuvre une approche fondée sur le risque qui tiendrait compte des facteurs de risque épidémiologique,
- examiner son protocole actuel pour le dépistage de la tuberculose latente afin de déterminer s'il peut être élargi de sorte à englober d'autres facteurs de risque de la réactivation de la TB.

**Recommandation n° 4 :** CIC devrait examiner, mettre à jour et mettre en œuvre son cadre d'AQ pour faire en sorte que les activités d'AQ soient menées de façon cohérente dans l'ensemble du réseau des BMR. Le cadre devrait être mis à jour en fonction du genre d'AQ à effectuer relativement aux divers éléments du processus de dépistage médical (p. ex. l'EMI, l'évaluation médicale aux fins de l'immigration et les fichiers autorisés automatiquement), du calendrier et de la fréquence des activités d'AQ et des exigences en matière d'établissement de rapports.

**Recommandation n° 5 :** CIC devrait établir si :

- le volet médical du SMGC pourrait être amélioré : les modifications viseraient à corriger les problèmes de traitement (p. ex. les limites sur les plans de la vitesse et de la convivialité) qui se rattachent aux cas complexes,
- le processus de notification pourrait être modernisé par son intégration au SMGC,
- un système d'échange d'information électronique pourrait être établi pour l'échange d'information liée aux notifications entre CIC et les PT.

**Recommandation n° 6 :** CIC devrait renforcer la composante PT de son processus de dépistage et de notification en :

- améliorant la qualité de l'information ou en augmentant la quantité d'information mise à la disposition des PT dans le cadre de la procédure de notification,
- établissant si les renseignements médicaux des clients peuvent être communiqués automatiquement aux PT.

**Recommandation n° 7 :** CIC devrait veiller à ce que de l'information sur la surveillance soit fournie aux clients dans les bureaux des visas et par l'ASFC de façon uniforme et en temps opportun.

Ainsi, CIC pourrait indiquer la nécessité d'une surveillance sur l'écran principal du SMGC, intégrer les formulaires de notification et documents d'information sur la surveillance dans le système de demande électronique et fournir des lignes directrices opérationnelles à jour aux bureaux des visas (y compris aux centres de traitement centralisé et à l'ASFC).



# Évaluation du Programme de dépistage médical et de notification – Réponse de la direction et plan d'action

| Recommandations                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Réponse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Mesures à prendre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Bureau de responsabilité                                                                                         | Date d'achèvement |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>Recommandation n° 1 :</b><br>CIC devrait revoir sa politique sur le danger pour la santé publique pour cibler d'autres maladies qui pourraient poser un risque pour la santé publique, et devrait l'assouplir de manière à pouvoir réagir à l'émergence de nouvelles maladies transmissibles. | CIC est d'accord avec la recommandation.<br><br>CIC reconnaît la nécessité de gérer les risques pour la santé publique dans l'ensemble du processus d'immigration tout en les conciliant avec son rôle de facilitation des déplacements. À cet égard, CIC étudiera les options pour enrayer les menaces additionnelles pour la santé publique. À ce jour, un outil diagnostique définissant les lacunes et les occasions a été présenté au Comité des politiques (niveau des DG), y compris une analyse des données sur le danger pour la santé publique. Les options d'interventions en santé publique sont aussi examinées.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | • CIC mettra la dernière main à un outil diagnostique visant à définir les lacunes dans la gestion des risques pour la santé publique, qui sera présenté au Comité exécutif du Ministère.                                                                                                                                                                       | Direction générale de la migration et de la santé<br><br>SOUTIEN : RI, Services juridiques, Admissibilité, DGGOC | T4 2015-2016      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | • CIC définira les principaux domaines d'action prioritaire pour lesquels il faudra élaborer des options stratégiques.                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                  | T1 2016-2017      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | • CIC élaborera des options stratégiques, aux fins d'examen par la haute direction, visant à recentrer l'admissibilité médicale sur une approche fondée sur les risques et sur des données probantes. Plus particulièrement, les options engloberont des stratégies pour lutter contre d'autres maladies qui pourraient poser un risque pour la santé publique. |                                                                                                                  | T2 2016-2017      |
| <b>Recommandation n° 2 :</b><br>CIC devrait revoir sa politique sur le fardeau excessif de manière à :<br>• faire participer plus efficacement les PT aux questions liées au fardeau excessif                                                                                                    | CIC est d'accord avec la recommandation.<br><br>CIC reconnaît l'importance de la mobilisation des PT sur la question du fardeau excessif, étant donné leur rôle dans le système de soins de santé. CIC s'engage à faire des efforts pour mobiliser les PT sur cette question. Au cours des dernières années, des obstacles ont empêché CIC d'obtenir la participation des PT à des discussions sur la disposition du « fardeau excessif », notamment l'absence de représentation du Ministère aux tables FPT sur les soins de santé, où il aurait été à propos d'examiner cette question.<br><br><i>* Aux termes de l'alinéa 38(1)c) de la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés, l'un des motifs de l'interdiction de territoire d'un étranger est le fait que son état de santé risquerait d'entraîner un fardeau excessif pour les services de santé ou les services sociaux. La définition du fardeau excessif figure au paragraphe 1(1) du Règlement sur l'immigration.</i> | • CIC élaborera une stratégie de mobilisation pour définir les meilleures façons d'obtenir la participation des PT à des travaux de réflexion sur le fardeau excessif.                                                                                                                                                                                          | Direction générale de la migration et de la santé<br><br>SOUTIEN : RII                                           | T4 2015-2016      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | • CIC commencera à mettre en œuvre la stratégie de mobilisation.                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                  | T1 2016-2017      |

| Recommandations                                     | Réponse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Mesures à prendre                                                                                                                                | Bureau de responsabilité                                           | Date d'achèvement |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------|
|                                                     | Une étape clé des efforts pour obtenir la participation des PT à un examen de la disposition du « fardeau excessif » consisterait à démontrer la pertinence et les retombées de cette disposition pour les systèmes de soins de santé. Gardant cette considération à l'esprit, CIC a entrepris une analyse coûts-avantages de la disposition sur le « fardeau excessif » comme élément clé de la mobilisation des PT.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | • CIC mènera l'analyse coûts-avantages de la disposition du « fardeau excessif ».                                                                | Direction générale de la migration et de la santé                  | T4 2015-2016      |
|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | • CIC communiquera aux PT les résultats de l'analyse coûts-avantages.                                                                            | Direction générale de la migration et de la santé<br>SOUTIEN : RII | T2 2016-2017      |
|                                                     | Les services d'éducation spécialisée constituent un autre domaine d'action prioritaire où CIC peut faire appel à la participation des PT et qui est inclus dans le concept du fardeau excessif pour les services sociaux. La nécessité d'évaluer les coûts de l'éducation spécialisée a fait l'objet d'une très forte attention médiatique et de litiges pour CIC. Les PT ayant intégré les élèves ayant des besoins spéciaux dans les classes ordinaires, l'information sur les coûts des services individuels n'est plus disponible dans bon nombre de PT. CIC entreprend donc un projet pilote visant à établir une approche qualitative de l'analyse des besoins en matière de services d'éducation spécialisée. Les résultats de ce projet pilote serviront à mobiliser les PT sur la question de l'éducation spécialisée. | • CIC mènera le projet pilote visant à établir une approche qualitative de l'analyse des besoins en matière de services d'éducation spécialisée. | Direction générale de la migration et de la santé                  | T1 2016-2017      |
|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | • CIC présentera les résultats aux PT.                                                                                                           | Direction générale de la migration et de la santé<br>SOUTIEN : RII | T3 2016-2017      |
| • corriger les lacunes qui nuisent à son efficacité | CIC reconnaît qu'il existe des lacunes dans la politique de gestion du fardeau excessif. Pour les corriger, le Ministère devrait d'abord mener des travaux d'élaboration de la politique de concert avec les PT, et apporter ensuite d'importantes modifications à la <i>Loi</i> et au <i>Règlement</i> ainsi que des modifications au Programme sur les plans stratégique et opérationnel.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | • CIC entreprendra des travaux visant à élaborer les options de modification de la disposition du fardeau excessif.                              | Direction générale de la migration et de la santé                  | T4 2015-2016      |
|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | • CIC commencera à faire appel à la participation des PT pour définir les meilleures façons de corriger les lacunes de la politique.             |                                                                    | T1 2016-2017      |
|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | • CIC présentera les options au Comité exécutif du Ministère.                                                                                    |                                                                    | T4 2016-2017      |

| Recommandations                                                                                                                                                                                                                                                                       | Réponse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Mesures à prendre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Bureau de responsabilité                          | Date d'achèvement |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>simplifier le processus d'évaluation des cas de fardeau excessif pour garantir un processus décisionnel simple, rapide et uniforme</li> </ul>                                                                                                  | <p>L'Unité centralisée de l'admissibilité médicale (UCAM) de la Direction générale de la migration et de la santé a été créée pour normaliser et coordonner les activités d'évaluation médicale des cas d'interdiction de territoire pour motifs sanitaires et pour fournir des avis sur l'admissibilité médicale des demandeurs. Ce centre d'expertise sur les cas d'interdiction de territoire pour motifs sanitaires permettra d'optimiser les compétences spécialisées et la capacité. La normalisation et la coordination entraîneront une amélioration de l'analyse et de la gestion des risques ainsi qu'une simplification et une amélioration du service à la clientèle.</p> <p>Pour la période de 2015-2016, tous les cas d'interdiction de territoire pour motifs sanitaires sont transmis à l'UCAM par les bureaux de l'étranger dans une approche de mise en œuvre graduelle. L'UCAM a mis en œuvre la première étape, soit l'examen et le traitement centralisés de tous les cas entraînant un fardeau excessif (M5), qui seront dorénavant toujours envoyés à l'UCAM pour traitement. La deuxième étape visera les cas constituant un danger pour la santé publique et la troisième étape, les cas constituant un danger pour la sécurité publique.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>CIC centralisera tous les cas d'interdiction de territoire pour motifs sanitaires, y compris les cas entraînant un fardeau excessif, à l'Unité centralisée de l'admissibilité médicale.</li> </ul>                                                                                                                      | Direction générale de la migration et de la santé | T4 2015-2016      |
| <p><b>Recommandation n° 3 :</b></p> <p>Sur le plan du dépistage médical, CIC devrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>examiner la possibilité de mettre en œuvre une approche fondée sur le risque qui tiendrait compte des facteurs de risque épidémiologique</li> </ul> | <p>CIC est d'accord avec la recommandation.</p> <p>À l'appui d'une approche de l'admissibilité médicale fondée sur les risques et sur des données probantes, comme défini à la recommandation n° 1, CIC examine la possibilité d'utiliser les connaissances épidémiologiques des pays source ainsi que des facteurs liés à la santé des migrants pour définir des options de remplacement en vue d'établir une approche axée sur le dépistage médical. Ainsi, l'exigence de subir un examen médical aux fins de l'immigration pourrait être fondée sur les risques épidémiologiques.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>CIC examinera la possibilité de mettre en place une approche fondée sur le risque et élaborera une proposition de politique afin d'élargir et d'utiliser les connaissances et les risques épidémiologiques utilisés pour l'évaluation des dossiers médicaux des migrants pour examen par la haute direction.</li> </ul> | Direction générale de la migration et de la santé | T3 2016-2017      |

| Recommandations                                                                                                                                                                                                                                      | Réponse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Mesures à prendre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Bureau de responsabilité                          | Date d'achèvement |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>examiner son protocole actuel pour le dépistage de l'infection tuberculeuse latente pour établir s'il peut être élargi de sorte à englober d'autres facteurs de risque de la réactivation de la TB</li> </ul> | <p>L'infection tuberculeuse latente n'est pas contagieuse et elle ne peut donc pas être considérée comme un motif d'interdiction de territoire lié à la santé publique. Certains facteurs de risque pourraient toutefois réactiver une TB latente; CIC cherche donc à établir la meilleure façon de traiter cette question.</p> <p>CIC est membre du groupe de travail sur la tuberculose et les migrants, qui présentera à CIC et à l'ASPC et au Réseau de santé publique, d'ici la fin de l'année financière, des recommandations pour améliorer la prévention et le contrôle de la tuberculose auprès des populations immigrantes, de la période précédant le départ à la période suivant l'arrivée et la réinstallation au Canada. Ces recommandations ont pour principal objet de gérer les cas d'infection tuberculeuse latente chez les migrants.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>CIC examinera les recommandations fournies par le groupe de travail sur la tuberculose et les migrants pour évaluer son protocole de dépistage médical actuel des cas d'infection tuberculeuse latente. En fonction des résultats de cet examen, le Ministère établira s'il s'impose d'apporter des modifications à ce protocole, y compris à la définition des facteurs de risque qui pourraient entraîner la réactivation, et il commencera à apporter ces modifications, au besoin.</li> </ul> | Direction générale de la migration et de la santé | T1 2016-2017      |



| Recommandations                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Réponse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Mesures à prendre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Bureau de responsabilité                                 | Date d'achèvement                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <p><b>Recommandation n° 4</b></p> <p>CIC devrait examiner, mettre à jour et mettre en œuvre son cadre d'AQ pour faire en sorte que les activités d'AQ soient menées de façon cohérente dans l'ensemble du réseau des BMR. Le cadre devrait être mis à jour en fonction du genre d'AQ à effectuer relativement aux divers éléments du processus de dépistage médical (p. ex. l'EMI, l'évaluation médicale aux fins de l'immigration et les fichiers autorisés automatiquement), du calendrier et de la fréquence des activités d'AQ et des exigences en matière d'établissement de rapports.</p> | <p>CIC accepte la recommandation; les travaux sont en cours.</p> <p>CIC examine actuellement son cadre d'assurance de la qualité déjà en place. Le Ministère s'en servira comme fondement pour élaborer un cadre d'intégrité du Programme de la Direction générale de la migration et de la santé (DGMS), qui permettra de définir le genre d'AQ nécessaire pour le processus de dépistage médical et dont les intervenants ont besoin; ce cadre sera harmonisé avec la stratégie globale d'intégrité des programmes du Ministère. Un plan de mise en œuvre triennal fournira les détails du calendrier et de la fréquence de chaque activité. CIC procède aussi à la mise à jour de ses outils d'AQ pour favoriser une mise en œuvre uniforme dans l'ensemble des bureaux médicaux régionaux.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CIC mettra la dernière main à son nouveau cadre d'intégrité du Programme de la DGMS, qui favorisera un processus d'assurance de la qualité cohérent à l'échelle du réseau des BMR et élaborera un plan de mise en œuvre triennal.</li> <li>• CIC commencera à mettre en œuvre le plan triennal, les premières activités de vérification de l'intégrité du Programme étant menées au moyen des outils d'AQ normalisés et les rapports s'y rattachant étant en cours de production.</li> </ul> | <p>Direction générale de la migration et de la santé</p> | <p>T4 2015-2016</p> <p>T1 2016-2017</p> |

| Recommandations                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Réponse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Mesures à prendre                                                                                                                                                                                       | Bureau de responsabilité                                                    | Date d'achèvement                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Recommandation n° 5 :</b><br>CIC devrait établir si : <ul style="list-style-type: none"> <li>le volet médical du SMGC pourrait être amélioré; les modifications viseraient à corriger les problèmes de traitement (p. ex. les limites sur les plans de la vitesse et de la convivialité) qui se rattachent aux cas complexes</li> </ul> | CIC accepte cette recommandation et la mettra en application par le biais de sa nouvelle structure de gouvernance pour les modifications au SMGC.<br><br>L'interface entre eMédical et le SMGC a été lancée en décembre 2012. Depuis le lancement, des problèmes ont été signalés et des améliorations ont été apportées pour en augmenter la vitesse et l'efficacité. La composante médicale du SMGC fait l'objet de contrôles réguliers qui visent à recenser les problèmes. En fonction des résultats, CIC définit les problèmes qui doivent être corrigés en priorité.<br><br>Le Secteur des opérations de CIC a établi un bureau central chargé de coordonner ses demandes de modification ou de correction du SMGC, celui-ci étant une plate-forme pluriministérielle. L'unité centrale classe les demandes des divers secteurs de programme par ordre de priorité et les soumet dans le cadre d'un plan d'action du SMGC ministériel. Si les modifications portent sur le fond, elles seront régies par le niveau de gestion de projet qui s'impose. | <ul style="list-style-type: none"> <li>CIC définira les modifications à la composante médicale du SMGC qui doivent être apportées en priorité.</li> </ul>                                               | Direction générale de la migration et de la santé                           | T1 2016-2017 et trimestres suivants |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>CIC classera les modifications par ordre de priorité dans ses plans ministériels globaux pour les mises à jour du SMGC.</li> </ul>                               | DGGOC                                                                       | T1 2016-2017 et trimestres suivants |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>CIC confirmera le niveau et l'étendue des efforts pour apporter les modifications, déterminera les délais et commencera à apporter les modifications.</li> </ul> | DGSGI<br>SOUTIEN :<br>DGGOC, DGMS                                           | T1 2016-2017 et trimestres suivants |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>le processus de notification pourrait être modernisé par son intégration au SMGC</li> </ul>                                                                                                                                                                                                         | Après l'évaluation des dossiers médicaux des migrants, des codes qui indiquent si un client doit se soumettre à une surveillance sont entrés dans le SMGC et ils sont consultés lors de la délivrance du visa. Au point d'entrée, les agents de délivrance des visas ou les agents des services frontaliers fournissent le document papier attestant la                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>CIC lancera le système de notification électronique.</li> </ul>                                                                                                  | Direction générale de la migration et de la santé<br><br>SOUTIEN :<br>DGSGI | T2 2016-2017                        |

| Recommandations                                                                                                                                                                                               | Réponse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Mesures à prendre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Bureau de responsabilité                          | Date d'achèvement                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>un système d'échange d'information électronique pourrait être établi pour l'échange d'information liée aux notifications entre CIC et les PT</li> </ul>                | <p>nécessité d'une surveillance médicale au client et à l'Unité de liaison avec les autorités de la santé publique, à CIC.</p> <p>CIC a étudié la possibilité d'intégrer dans le SMGC le processus de notification de CIC par l'ASFC pour éliminer le traitement papier. Après avoir défini les exigences et l'étendue du processus, le Ministère a entrepris de créer un système pour un portail Web, à titre d'élément du SMGC, qui comporterait les fonctions suivantes : 1) l'envoi à CIC d'une notification automatisée de l'arrivée au pays d'un demandeur devant se soumettre à une surveillance et 2) l'envoi aux PT de notifications électroniques de l'arrivée au Canada d'un demandeur devant se soumettre à une surveillance médicale. L'automatisation contribuera à accélérer le processus de notification à l'arrivée des demandeurs et permettra aux PT de lancer le processus promptement.</p> <p>CIC met la dernière main à une évaluation des facteurs relatifs à la vie privée (EFVP) pour définir les pouvoirs de CIC, les risques et les stratégies d'atténuation pour l'échange avec les PT des renseignements personnels contenus dans les notifications.</p> <p>Certaines modifications d'ordre législatif et réglementaire seront peut-être nécessaires pour permettre l'échange avec les PT des renseignements personnels contenus dans les notifications.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>CIC effectuera l'EFVP et élaborera un plan d'action pour la mise en œuvre des recommandations.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                       | Direction générale de la migration et de la santé | T2 2016-2017                            |
| <p><b>Recommandation n° 6 :</b></p> <p>CIC devrait renforcer la composante PT de son processus de dépistage et de notification en :</p>                                                                       | <p>CIC est d'accord avec la recommandation. Cette question exige une participation aux tables FPT sur la santé publique (p. ex. Conseil des médecins hygiénistes en chef), où CIC a un statut d'observateur. Le Ministère cherchera des façons d'optimiser les retombées de son accès à ces activités.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                   |                                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>améliorant la qualité de l'information ou en augmentant la quantité d'information mise à la disposition des PT relativement à la procédure de notification.</li> </ul> | <p>CIC fournit déjà aux PT de l'information en ligne et sur support papier sur le processus de notification. Le Ministère est à analyser le contenu des documents d'information pour en définir les lacunes potentielles et il examinera ces lacunes avec les PT dans l'optique de renforcer son échange de renseignements sur le processus de notification.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>CIC sollicitera l'intérêt des membres du Conseil des médecins hygiénistes en chef (CCMS) à l'égard d'une collaboration en vue du renforcement de l'échange d'information sur le processus de notification.</li> <li>CIC créera un groupe de travail FPT pour renforcer l'échange de renseignements sur le processus de notification.</li> </ul> | Direction générale de la migration et de la santé | <p>T4 2015-2016</p> <p>T1 2016-2017</p> |

| Recommandations                                                                                                                                           | Réponse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Mesures à prendre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Bureau de responsabilité                                                      | Date d'achèvement |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>CIC collaborera avec les PT pour définir les lacunes sur le plan du contenu des documents d'information sur le processus de notification.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                               | T3 2016-2017      |
|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>CIC présentera les résultats de cette analyse des lacunes au Conseil des médecins hygiénistes en chef FPT, afin de déterminer les problèmes qui peuvent être corrigés à l'intérieur des paramètres actuels du Programme et d'établir s'il sera nécessaire de conclure des ententes générales (p. ex. des protocoles d'entente bilatéraux) afin de renforcer l'échange de renseignements.</li> </ul> |                                                                               | T4 2016-2017      |
|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Après les discussions FPT, CIC élaborera un plan d'action pour la mise en œuvre des mesures convenues.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                               | T4 2016-2017      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>établissant si les renseignements médicaux des clients peuvent être communiqués automatiquement aux PT.</li> </ul> | <p>CIC travaille à une évaluation des facteurs relatifs à la vie privée (EFVP) pour l'échange de renseignements personnels avec les PT. L'EFVP devrait être terminée en mars 2016.</p> <p>Certaines modifications d'ordre législatif et réglementaire seront peut-être nécessaires pour permettre l'échange avec les PT de renseignements personnels contenus dans les notifications.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>CIC communiquera les résultats de l'EFVP aux PT en vue d'examiner la possibilité de prendre de nouvelles ententes en matière d'échange de renseignements. Le Ministère dressera la liste des PT que des ententes d'échange automatique de renseignements médicaux sur les clients intéressent.</li> </ul>                                                                                           | <p>Direction générale de la migration et de la santé</p> <p>SOUTIEN : RII</p> | T2 2016-2017      |

| Recommandations                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Réponse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Mesures à prendre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Bureau de responsabilité                                                                        | Date d'achèvement |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>Recommandation n° 7 :</b><br>CIC devrait veiller à ce que de l'information sur la surveillance soit fournie aux clients dans les bureaux des visas et par l'ASFC de façon uniforme et en temps opportun.<br><br>Ainsi, CIC pourrait indiquer la nécessité d'une surveillance sur l'écran principal du SMGC, intégrer les formulaires de notification et documents d'information sur la surveillance dans le système de demandes électronique et fournir des lignes directrices opérationnelles à jour aux bureaux des visas (y compris aux centres de traitement centralisé et à l'ASFC). | CIC est d'accord avec la recommandation.<br><br>Le Ministère examine les processus sur une base continue et y apporte des modifications au besoin, pour garantir l'efficacité du Programme. De plus, il fournit des directives à jour aux agents des visas et à ASFC. Ces travaux sont effectués de façon permanente.<br><br>CIC a entrepris des travaux sur l'intégration de l'information contenue dans les notifications au Système mondial de gestion des cas (SMGC) (voir la recommandation n° 5). L'intégration de l'information pourrait entraîner une diminution de la dépendance à l'égard du traitement papier et de l'envoi par la poste et une amélioration de la cohérence de l'information fournie dans les bureaux des visas et par l'ASFC. Après la mise en œuvre dans le SMGC au T2 2016-2017, CIC examinera les directives et les guides et y apportera des modifications au besoin. | <ul style="list-style-type: none"> <li>CIC examinera les directives, les guides et autres documents existants sur l'exécution du volet de la notification destinés aux agents des visas et des services frontaliers afin de déterminer les modifications à y apporter pour en garantir l'uniformité ou pour en corriger les lacunes et émettra au besoin des lignes directrices révisées.</li> </ul> | Direction générale de la migration et de la santé<br><br>SOUTIEN : RI, DGGOC                    | T3 2016-2017      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>CIC, en collaboration avec l'ASFC, évaluera l'efficacité des nouveaux outils et des nouvelles lignes directrices.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                  | Direction générale de la migration et de la santé<br><br>Soutien : DGGOC                        | T3 2016-2017      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>CIC effectuera une analyse des lacunes de l'information sur la procédure de notification sur le plan de la réponse aux besoins des clients, dans le contexte des initiatives ministérielles visant l'amélioration des services à la clientèle.</li> </ul>                                                                                                     | Direction générale de la migration et de la santé<br><br>SOUTIEN : RTC (service à la clientèle) | T4 2016-2017      |



# 1. Introduction

## 1.1. Objet de l'évaluation

Le présent rapport porte sur les résultats de l'évaluation du Programme de dépistage médical et de notification (DMN) de Citoyenneté et Immigration Canada (CIC). L'évaluation a été menée en application de la *Directive sur la fonction d'évaluation* de 2009 du Conseil du Trésor<sup>7</sup> et ciblait l'ensemble des dépenses directes du Programme sur un cycle quinquennal. L'évaluation a été entreprise par la Direction générale de la recherche et de l'évaluation de CIC. La collecte et l'analyse des données ont été effectuées entre novembre 2013 et décembre 2014. Le présent rapport d'évaluation comporte quatre grandes parties<sup>8</sup>:

- La première partie fournit des renseignements généraux sur le Programme de DMN.
- La deuxième partie contient une description de la méthode d'évaluation et une analyse de ses points forts et de ses limites.
- La troisième partie porte sur les constatations présentées selon les questions qui ont fait l'objet de l'évaluation.
- Enfin, la quatrième partie est un exposé des conclusions et recommandations.

## 1.2. Profil du Programme et contexte

### 1.2.1. Description du Programme

L'article 38 de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (LIPR) définit les facteurs qui servent à décider si certains ressortissants étrangers présentant une demande d'immigration au Canada sont interdits de territoire pour motifs sanitaires, tandis que l'alinéa 16.2*b*) établit l'obligation de se soumettre à une visite médicale dont les résultats appuieront les décisions d'admission fondées sur l'état de santé. Enfin, l'article 32 du *Règlement sur l'immigration et la protection des réfugiés* (RIPR) prescrit les conditions à l'égard des étrangers qui sont tenus de se soumettre à une surveillance médicale. La Direction générale de la migration et de la santé<sup>9</sup> est l'unité organisationnelle de CIC chargée de la gestion et de l'exécution des programmes de santé du Ministère, notamment du volet de dépistage médical et du volet de notification et de surveillance médicale. Ces deux composantes forment le Programme de DMN et correspondent aux sous-programmes 4.1.1 et 4.1.2 (Dépistage médical et Notification et surveillance médicale, respectivement), qui relèvent de l'activité de programme 4.1 (Protection de la santé) de l'architecture d'alignement des programmes (AAP) de CIC. Le Programme contribue à la *Gestion des mouvements migratoires qui favorise les intérêts canadiens et protège la santé et la sécurité des Canadiens* (résultat stratégique n° 4).

---

<sup>7</sup> Canada, Secrétariat du Conseil du Trésor (2009) *Politique sur l'évaluation*. [www.tbs-sct.gc.ca/pol/doc-fra.aspx?id=15024](http://www.tbs-sct.gc.ca/pol/doc-fra.aspx?id=15024)

<sup>8</sup> Les documents à l'appui du rapport d'évaluation (p. ex. la liste des documents examinés, les guides d'entrevue, la fréquence des réponses au sondage) sont joints dans les annexes techniques.

<sup>9</sup> La Direction générale – Santé a été renommée « Direction générale de la migration et de la santé » en avril 2015.

## Volet du dépistage médical

Sous le volet du dépistage médical, l'état de santé des étrangers est évalué au moyen d'un examen médical aux fins de l'immigration (EMI) qui est effectué par un médecin désigné<sup>10</sup> par CIC. L'EMI englobe un examen des antécédents médicaux du demandeur, un examen de l'état de santé mentale, un examen physique, des analyses de laboratoire et des épreuves de diagnostic<sup>11</sup> et une évaluation des dossiers médicaux du demandeur. Les médecins désignés peuvent aussi effectuer d'autres investigations médicales ou demander d'autres tests spécialisés (p. ex. des examens de suivi) au besoin pour compléter l'EMI.

Les résultats de l'EMI sont consignés dans le système eMédical<sup>12</sup> et sont ensuite téléchargés dans le Système mondial de gestion des cas (SMGC) de CIC. Un médecin de CIC ou le personnel désigné d'un bureau médical régional (BMR) de CIC utilise les résultats de l'EMI pour procéder à une évaluation médicale aux fins de l'immigration afin d'établir si le demandeur est interdit de territoire au Canada en fonction des trois motifs énoncés aux alinéas 38(1)a), b) et c) de la LIPR :

- *Danger pour la santé publique* : L'état de santé de l'étranger est évalué en fonction de la transmissibilité de toute maladie dont il pourrait être atteint ou porteur et des conséquences que la maladie pourrait avoir sur d'autres personnes vivant au Canada. La tuberculose pulmonaire évolutive (TB)<sup>13</sup> et la syphilis non traitée représentent un danger pour la santé publique.
- *Danger pour la sécurité publique* : Le danger pour la sécurité publique est évalué selon le risque qu'une invalidité soudaine ou qu'un comportement violent crée un danger pour la santé et la sécurité des personnes vivant au Canada (p. ex. troubles mentaux et personnalité sociopathique).
- *Fardeau excessif pour les services sociaux ou de santé* : Le fardeau excessif se dit de a) 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 ou, s'il y a lieu de croire que des dépenses importantes devront probablement être faites après cette période, sur une période d'au plus dix années consécutives; b) de toute charge pour les services sociaux ou les services de santé qui viendrait allonger les listes d'attente actuelles et qui augmenterait le taux de mortalité et de morbidité au Canada vu l'impossibilité d'offrir en temps voulu ces services aux citoyens canadiens ou aux résidents permanents (RP).

---

<sup>10</sup> Il y a des médecins désignés (le nouveau terme « panel physicians » a remplacé l'ancien terme « designated medical practitioners » comme équivalent de « médecin désigné » en anglais) dans toutes les régions du monde et ils sont autorisés à effectuer des EMI pour le compte de CIC.

<sup>11</sup> Parmi ces tests figurent les radiographies pulmonaires (pour les clients d'onze ans ou plus), les tests de dépistage de la syphilis et du VIH (clients de 15 ans ou plus) et les analyses d'urine (clients de cinq ans ou plus).

<sup>12</sup> L'application eMédical de CIC, lancée en janvier 2013, est un système de traitement Web des examens médicaux qui remplace le système papier; il a été créé par le ministère australien de l'Immigration et de la Citoyenneté (DIAC) pour la transmission et le traitement électronique des EMI. CIC et le DIAC ont collaboré à la mise en place du système pour les clients canadiens et australiens et en 2010, le DIAC et CIC ont signé un protocole d'entente cadre qui couvre la gestion et la mise en œuvre d'eMédical.

<sup>13</sup> La TB est une maladie infectieuse causée par un groupe de bactéries, le complexe *Mycobacterium tuberculosis*. Les personnes qui présentent une TB évolutive ont des germes de la TB actifs dans leur corps et ils peuvent transmettre la maladie à d'autres personnes.



Les médecins agréés entrent ensuite les résultats de l'évaluation médicale aux fins de l'immigration dans le SMGC et les agents des visas utilisent ces résultats pour évaluer l'admissibilité médicale.

### **Volet de la notification et de la surveillance médicale**

Dans certains cas, les ressortissants étrangers qui ont une maladie non évolutive peuvent être admis au Canada, mais ils doivent se soumettre à une surveillance médicale à leur arrivée. Les maladies qui nécessitent actuellement une surveillance médicale sont la TB non évolutive<sup>14</sup> et la TB complexe non évolutive<sup>15</sup> en raison du risque de réactivation. CIC exigeait auparavant la surveillance médicale des cas de syphilis correctement traités; cette exigence a toutefois été abolie en mai 2014<sup>16</sup>. De plus, même si l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) n'est pas un état qui nécessite une surveillance médicale, CIC signale les cas de séropositivité aux provinces et territoires (PT) qui ont choisi d'être informés de l'entrée au Canada des personnes atteintes<sup>17</sup>.

Dans le cadre du processus de notification, CIC fournit aux demandeurs qui ont besoin d'une surveillance médicale le formulaire *Surveillance médicale – Engagement* (IMM 0535B) et un *document d'information sur la surveillance médicale*, qu'ils doivent ensuite remettre à l'Agence des services frontaliers du Canada (ASFC) à leur arrivée au Canada. L'ASFC transmet les formulaires à CIC et à leur réception, le Ministère informe l'autorité de la santé publique provinciale ou territoriale compétente<sup>18</sup> de l'arrivée du demandeur. Les ressortissants étrangers qui doivent se soumettre à une surveillance médicale sont tenus de se rapporter à une autorité de la santé publique provinciale ou territoriale dans les 30 jours suivant leur arrivée, ou dans les sept jours, si leur cas est complexe. Les autorités de la santé des PT sont responsables du suivi médical exigé par les protocoles de leur province ou territoire respectif. CIC collabore étroitement avec les PT pour obtenir des preuves de conformité aux exigences de surveillance médicale, mais le Ministère n'a mis en place aucun mécanisme officiel à cette fin. Les autres soins ou traitements fournis au demandeur relèvent de la province ou du territoire où il réside.

#### **1.2.2. Gestion du Programme**

La Direction générale de la migration et de la santé (DGMS) de CIC est chargée de la gestion et de l'exécution du Programme de DMN.

La *Division des opérations de la santé* surveille les aspects opérationnels du Programme, y compris les activités des BMR, la gestion des médecins, radiologistes et laboratoires désignés (qui forment le

---

<sup>14</sup> La TB pulmonaire non évolutive est présente lorsqu'il existe des antécédents de TB évolutive traitée ou d'une radiographie pulmonaire anormale qui indique la présence de la TB (deux radiographies pulmonaires ont été prises à un intervalle de trois mois et ont eu une apparence stable et trois frottis et cultures d'expectoration ont donné des résultats négatifs ou encore deux radiographies pulmonaires prises à un intervalle de six mois ont eu une apparence stable).

<sup>15</sup> La TB complexe non évolutive (aussi appelée « tuberculose pulmonaire complexe non évolutive ») est une sous-catégorie de la TB pulmonaire non évolutive qui présente un risque accru de réactivation.

<sup>16</sup> Cette exigence a été abolie après consultation avec les PT.

<sup>17</sup> Cette notification a pour objet de mettre en relation les nouveaux arrivants séropositifs avec le système de soins de santé. La surveillance du VIH ne constitue pas une condition d'entrée.

<sup>18</sup> Le terme « autorité de la santé provinciale ou territoriale » peut désigner le ministère provincial ou territorial responsable de la santé ou des bureaux de santé publique (p. ex. à l'échelle municipale), selon le processus de notification utilisé dans chaque province ou territoire, qui peut être centralisé ou décentralisé.

réseau des professionnels désignés)<sup>19</sup>, la centralisation et la gestion des cas complexes et l'élaboration de documents de formation et de référence utilisés par les médecins désignés et le personnel médical de CIC pour effectuer les EMI et les évaluations médicales aux fins de l'immigration. L'Unité de liaison avec les autorités de la santé publique (ULSP) est chargée du volet de notification et de surveillance médicale du Programme de DMN, y compris de la notification des PT de l'arrivée de personnes qui doivent se soumettre à une surveillance.

La *Division des politiques et des partenariats liés à la santé migratoire* gère le cadre stratégique qui régit le Programme de DMN.

Les *bureaux médicaux régionaux* sont responsables de l'exécution du Programme de DMN dans leur région géographique respective<sup>20</sup>. Les quatre BMR de CIC sont situés à Ottawa, New Delhi, Manille et Londres. Ils entretiennent des liens directs avec le réseau des professionnels désignés, fournissant du soutien et une surveillance des activités d'EMI, effectuent les évaluations médicales aux fins de l'immigration et consultent les bureaux des visas au besoin. Un cadre de cogestion qui régit les activités de la DGMS et de la Région internationale définit les rôles respectifs du directeur principal des opérations de la DGMS et du gestionnaire du programme d'immigration dans la gestion des médecins de CIC et des programmes médicaux des BMR situés à l'étranger<sup>21</sup>.

Les bureaux des visas, les bureaux de CIC au Canada et les bureaux de traitement centralisé fournissent un soutien à l'exécution du Programme en informant les demandeurs de leur obligation de se soumettre à un EMI, en utilisant les résultats médicaux pour établir l'admissibilité au Canada et en émettant des notifications pour imposer la surveillance.

### 1.2.3. Partenaires et intervenants

Le Programme de DMN est exécuté en collaboration avec un certain nombre de ministères et d'organismes de l'extérieur ou avec leur soutien.

*Agence de la santé publique du Canada (ASPC)* : CIC et l'ASPC collaborent afin de remplir leurs mandats respectifs en matière d'immigration et de santé publique. Ils échangent ainsi de l'information sur des secteurs d'intérêt commun, facilitent l'accès aux réseaux fédéraux-provinciaux-territoriaux des secteurs de la santé et de l'immigration et veillent à l'harmonisation des politiques ministérielles sur la santé publique et l'immigration.

---

<sup>19</sup> Les activités de gestion englobent la sélection, la nomination, la surveillance, l'évaluation et, au besoin, la suspension ou le renvoi des médecins, radiologistes et laboratoires désignés.

<sup>20</sup> Le nombre de BMR a été ramené de dix à quatre. Le BMR de Vienne a cessé ses activités en juin 2011 et les dossiers ont été transférés à celui de Londres. Le BMR de Nairobi a fermé ses portes en septembre 2011 et les dossiers ont également été transférés à Londres. Le BMR de Port of Spain a fermé en mai 2012 et les dossiers ont été transférés au BMR des Amériques. Le BMR de Singapour a cessé ses activités en juin 2012 et ses dossiers ont été transférés au BMR de Manille, sauf les dossiers des réfugiés bhoutanais, maintenant traités par le BMR de New Delhi. Le BMR de Paris a fermé ses portes en décembre 2013 et les dossiers ont été transférés au BMR de Londres. Enfin, le BMR de Beijing a fermé ses portes en décembre 2013 et les dossiers ont été transférés au BMR de Manille.

<sup>21</sup> À l'exception du personnel médical du BMR d'Ottawa (le BMR des Amériques), qui relève de la Division des opérations de la santé.

*Agence des services frontaliers du Canada* : CIC et l'ASFC collaborent pour veiller à ce que les nouveaux arrivants au Canada à qui une maladie a été diagnostiquée et qui doivent se soumettre à une surveillance sont repérés et signalés aux autorités en matière de santé des PT. L'ASFC est de plus chargée de repérer les étrangers qui arrivent aux points d'entrée, ou qui sont déjà au Canada, et qui présentent un état de santé qui pourrait les rendre interdits de territoire pour motifs sanitaires, conformément à son rôle défini dans la LIPR et la *Loi sur la mise en quarantaine*<sup>22</sup>.

*Autorités de la santé provinciales et territoriales* : Les autorités PT appuient les objectifs du Programme de DMN en servant de point de contact pour les personnes qui doivent se soumettre à une surveillance médicale et en évaluant l'état de santé des étrangers à leur arrivée au Canada.

*Médecins et radiologistes désignés* : Les médecins désignés sont autorisés par CIC à effectuer des EMI, à établir des diagnostics, à procéder à des analyses ainsi qu'à remplir les formulaires médicaux de l'immigration. Ils ne sont toutefois pas habilités à déterminer si les problèmes médicaux du client sont des motifs d'interdiction du territoire, puisque cette décision appartient aux agents des visas. Les radiologistes désignés sont autorisés par CIC à effectuer des radiographies thoraciques dans le cadre d'un EMI ainsi qu'à en classer les résultats et à les soumettre.

#### 1.2.4. Coûts du Programme

Avant l'année financière (AF) 2014-2015, les dépenses prévues sous le résultat stratégique n° 4 n'étaient pas saisies au sous-niveau de l'architecture d'alignement des programmes de CIC (p. ex. les données financières n'étaient pas disponibles pour les volets 4.1.1 – Dépistage médical et 4.1.2 – Notification et surveillance médicale du Programme de DMN). De plus, avant 2011, les dépenses prévues pour le Programme étaient inscrites sous l'activité du mouvement migratoire de résidents permanents et temporaires de l'AAP. Pour déterminer les coûts du Programme, les évaluateurs ont donc utilisé les données du modèle de gestion des coûts (MGC)<sup>23</sup> de CIC, qui contient des estimations des coûts salariaux et non salariaux et des coûts prévus par la loi. Comme le montre le tableau 1.1b, et comme il est expliqué à la partie 3.5.1, le coût total du volet de dépistage médical pour une période de trois ans (de l'AF 2011-2012 à l'AF 2013-2014<sup>24</sup>) s'est élevé à 24,5 millions de dollars et celui des dépenses pour le volet de notification et de surveillance médicale pour une période de deux ans (de l'AF 2012-2013 à l'AF 2013-2014<sup>25</sup>), à 2,3 millions de dollars.

---

<sup>22</sup> Canada, ministère de la Justice (2005) *Loi sur la mise en quarantaine*.

<sup>23</sup> Le MGC de CIC est un modèle de prévision des coûts axé sur les activités qui utilise des données sur les temps et le volume pour élaborer une estimation des coûts totaux pour les secteurs d'activité de CIC. Ce modèle fait l'objet d'un suivi au moyen d'un outil en ligne qui intègre des renseignements financiers et non financiers, selon des processus opérationnels. La mise à jour du MGC commence par l'examen, par les gestionnaires de centre financier, de leurs activités et dépenses individuelles au cours d'une année financière donnée; cet examen se tient dans le contexte d'un exercice de collecte de données. Les centres financiers sont habituellement établis en fonction de la division du travail. Le MGC est mis à jour chaque année (il n'a exceptionnellement pas été mis à jour pour l'AF 2008-2009, car l'exercice n'a pas eu lieu) et fournit de l'information sur l'utilisation des ressources dans le cadre de l'exécution des programmes et la prestation des services.

<sup>24</sup> Les coûts du volet de dépistage médical étaient calculés différemment avant l'AF 2011-2012, et n'étaient donc pas inclus.

<sup>25</sup> Les coûts du volet de notification et de surveillance médicale ne sont pas disponibles pour les années antérieures à l'AF 2012-2013, car ils n'étaient pas systématiquement déclarés par CIC dans le MGC.

**Tableau 1.1 : Coûts estimatifs du Programme de DMN**

**Volet de dépistage médical**

|              | Coûts salariaux      | Coûts non salariaux | Total partiel        | Coûts prévus par la loi* | Total                |
|--------------|----------------------|---------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| AF 2011-2012 | 6 338 764 \$         | 925 608 \$          | 7 264 372 \$         | 994 102 \$               | <b>8 258 474 \$</b>  |
| AF 2012-2013 | 6 780 764 \$         | 1 809 658 \$        | 8 590 422 \$         | 1 123 531 \$             | <b>9 713 953 \$</b>  |
| AF 2013-2014 | 4 661 688 \$         | 1 069 176 \$        | 5 730 864 \$         | 756 824 \$               | <b>6 487 688 \$</b>  |
| <b>Total</b> | <b>17 781 216 \$</b> | <b>3 804 442 \$</b> | <b>21 585 658 \$</b> | <b>2 874 457 \$</b>      | <b>24 460 115 \$</b> |

**Volet de notification et de surveillance médicale**

|              | Coûts salariaux     | Coûts non salariaux | Total partiel       | Coûts prévus par la loi* | Total               |
|--------------|---------------------|---------------------|---------------------|--------------------------|---------------------|
| AF 2012-2013 | 816 256 \$          | 149 033 \$          | 965 289 \$          | 135 196 \$               | <b>1 100 485 \$</b> |
| AF 2013-2014 | 1 019 899 \$        | 61 394 \$           | 1 081 293 \$        | 166 996 \$               | <b>1 248 289 \$</b> |
| <b>Total</b> | <b>1 836 155 \$</b> | <b>210 427 \$</b>   | <b>2 046 582 \$</b> | <b>302 192 \$</b>        | <b>2 348 774 \$</b> |

\*Les coûts prévus par la loi sont les coûts du Régime d'avantages sociaux des employés, comme les coûts du Régime de pensions du Canada, ainsi que les coûts de l'assurance-emploi, les indemnités de départ, la contribution ministérielle, etc.

Source : Modèle de gestion des coûts de CIC.

## 1.2.5. Données sur le Programme

**Volet de dépistage médical**

Entre 2007 et 2012<sup>26</sup>, CIC a mené environ 3,2 millions d'évaluations médicales aux fins de l'immigration, ce qui représente en moyenne environ 525 000 évaluations médicales par année (tableau 1.2). La plupart des évaluations médicales ont été menées à l'extérieur du BMR des Amériques (anciennement le BMR d'Ottawa); elles représentent 30 % de toutes les évaluations médicales aux fins de l'immigration effectuées au cours de cette période.

**Tableau 1.2 : Nombre d'évaluations médicales aux fins de l'immigration effectuées, selon le bureau médical régional (de 2007 à 2012)**

| Bureau médical régional | 2007           | 2008           | 2009           | 2010           | 2011           | *2012          | Total            |
|-------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------|
| Amériques               | 144 937        | 152 250        | 161 022        | 153 057        | 152 448        | 184 217        | <b>947 931</b>   |
| Londres                 | 37 136         | 38 622         | 49 575         | 50 044         | 41 934         | 72 597         | <b>289 908</b>   |
| Manille                 | 63 467         | 71 592         | 66 197         | 65 801         | 58 704         | 84 333         | <b>410 094</b>   |
| Nairobi                 | 11 319         | 11 221         | 12 047         | 11 313         | 8 429          | -              | <b>54 329</b>    |
| New Delhi               | 48 607         | 49 063         | 47 936         | 61 001         | 63 796         | 77 646         | <b>348 049</b>   |
| Paris                   | 49 184         | 50 316         | 57 789         | 59 429         | 47 540         | 51 912         | <b>316 170</b>   |
| Beijing                 | 57 332         | 57 889         | 60 970         | 62 287         | 65 384         | 69 649         | <b>373 511</b>   |
| Port of Spain           | 40 866         | 42 952         | 41 995         | 39 964         | 34 931         | -              | <b>200 708</b>   |
| Singapour               | 29 601         | 30 207         | 33 056         | 28 357         | 23 270         | -              | <b>144 491</b>   |
| Vienne                  | 17 122         | 15 703         | 14 425         | 14 493         | 4 475          | -              | <b>66 218</b>    |
| <b>Total</b>            | <b>499 571</b> | <b>519 815</b> | <b>545 012</b> | <b>545 746</b> | <b>500 911</b> | <b>540 354</b> | <b>3 151 409</b> |

\*Ce nombre n'est pas fourni pour tous les BMR, car de nombreux bureaux ont fermé en raison de modifications au réseau, après la mise en œuvre du système eMédical.

Sources : Rapports annuels et trimestriels de la Direction générale de la migration et de la santé fondés sur les données du Système médical de l'immigration (SMI), le SMGC et le Système de soutien des opérations des bureaux locaux (SSOBL).

<sup>26</sup> Les données du SMGC pour 2013 n'englobent que les cas évalués à l'étranger; les données pour cette année n'ont donc pas été incluses.

Les demandes d'immigration<sup>27</sup> étaient à l'origine de la plupart des évaluations médicales aux fins de l'immigration traitées entre 2007 et 2012, soit environ 320 000 évaluations médicales aux fins de l'immigration ou 61 % de l'ensemble des évaluations menées annuellement (tableau 1.3). Les résidents temporaires (RT) et les réfugiés ont par ailleurs fait l'objet d'environ 28 % et 10 % des évaluations par année, respectivement.

**Tableau 1.3 : Nombre d'évaluations médicales aux fins de l'immigration effectuées, selon la catégorie d'immigration (de 2007 à 2012)**

| Catégorie d'immigration                                                                | 2007           | 2008           | 2009           | 2010           | 2011           | 2012           | Total            |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------|
| Immigrants (regroupement familial, immigration économique, motifs d'ordre humanitaire) | 310 141        | 308 379        | 337 438        | 347 386        | 308 798        | 312 885        | <b>1 925 027</b> |
| Réfugiés (au sens de la Convention et demandeurs d'asile)                              | 56 730         | 51 271         | 64 042         | 51 128         | 57 108         | 35 130         | <b>315 409</b>   |
| Résidents temporaires                                                                  | 132 559        | 160 031        | 143 071        | 147 043        | 134 176        | 162 331        | <b>879 211</b>   |
| <b>Total</b>                                                                           | <b>499 571</b> | <b>519 830</b> | <b>545 012</b> | <b>545 746</b> | <b>500 911</b> | <b>540 354</b> | <b>3 151 424</b> |

Sources : Rapports annuels et trimestriels de la Direction générale de la migration et de la santé fondés sur les données du SMI, du SMGC et du SSOBL.

### *Volet de notification et de surveillance médicale*

Entre 2007 et 2013, CIC a informé les autorités de la santé des PT de l'entrée de 52 351 clients ayant une TB non évolutive<sup>28</sup>, une syphilis ou le VIH (tableau 1.4). Ce chiffre représente en moyenne 7 500 notifications par année. La plupart des notifications visaient des clients atteints d'une TB non évolutive (87 %), de la syphilis (11 %) ou du VIH (1,6 %).

**Tableau 1.4 : Notifications des autorités de la santé provinciales et territoriales selon la maladie (de 2007 à 2013)**

| Maladie          | 2007         | 2008         | 2009         | 2010         | 2011         | 2012         | 2013         | Total         |
|------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| TB non évolutive | 6 963        | 6 836        | 5 940        | 6 670        | 6 078        | 6 580        | <b>6 458</b> | <b>45 525</b> |
| Syphilis         | 961          | 962          | 984          | 898          | 738          | 711          | <b>476</b>   | <b>5 730</b>  |
| VIH              | 109          | 148          | 101          | 107          | 115          | 144          | <b>372</b>   | <b>1 096</b>  |
| <b>Total</b>     | <b>8 033</b> | <b>7 946</b> | <b>7 025</b> | <b>7 675</b> | <b>6 931</b> | <b>7 435</b> | <b>7 306</b> | <b>52 351</b> |

Sources : Rapports de la Direction générale de la migration et de la santé et données extraites du questionnaire client de l'Unité de surveillance médicale (GCUSM)

<sup>27</sup> Aux fins de la rédaction du présent rapport, les immigrants sont définis comme des migrants qui ont reçu le statut de résident permanent après avoir suivi toutes les étapes de la demande de résidence permanente, à l'exception des réfugiés (au sens de la Convention et demandeurs d'asile).

<sup>28</sup> Englobe la TB non évolutive et la TB complexe non évolutive.

## 2. Méthodologie

### 2.1. Méthode d'évaluation

L'approche et l'étendue de l'évaluation ont été établies au cours d'une étape de planification entreprise avant le début des travaux. Le mandat de l'évaluation a été approuvé par le Comité d'évaluation ministériel de CIC en octobre 2013.

Une évaluation à grande échelle a été menée; le niveau d'effort de l'exercice a été fondé sur plusieurs facteurs :

- le volet de dépistage médical du Programme de DMN n'avait pas été évalué dans le passé;
- le Programme de DMN chevauche tous les autres programmes liés à l'immigration et aux réfugiés de CIC;
- le Programme de DMN comporte des éléments nationaux et internationaux;
- un grand nombre d'intervenants clés et de partenaires d'exécution participent au Programme;
- la Direction générale de la migration et de la santé effectuait un examen de ses politiques et désirait que les questions stratégiques soient étudiées dans l'évaluation.

### 2.2. Questions d'évaluation et enjeux

L'évaluation du Programme de DMN a été menée en application de la *Directive sur la fonction d'évaluation*<sup>29</sup> du Secrétariat du Conseil du Trésor; elle portait sur des questions de pertinence et de rendement. La pertinence et le rendement, ainsi que la politique en matière de DMN et la conception et la gestion du Programme, ont été évalués en fonction des résultats attendus, qui sont également définis dans le modèle logique du Programme (voir l'annexe A : Modèle logique) :

- Des examens médicaux aux fins de l'immigration sont effectués (résultat immédiat);
- Les demandeurs qui ont une maladie posant un risque pour la santé publique ou un état de santé imposant un fardeau excessif sont repérés (résultat immédiat);
- Les personnes qui pourraient poser un risque pour la santé publique sont mises en relation avec le système de soins de santé provincial (résultat immédiat);
- Les migrants qui posent un risque pour la santé publique ou pour la sécurité publique sont admis sous conditions, se voient refuser l'entrée au pays ou sont déclarés comme représentant un fardeau excessif pour le Canada (résultat intermédiaire);
- Une réduction du fardeau de la migration sur les services de santé et les services sociaux du Canada (résultat final) est obtenue;
- Les mouvements migratoires sont gérés de façon à favoriser les intérêts canadiens et à protéger la santé et la sécurité des Canadiens (résultat stratégique n° 4 de CIC).

---

<sup>29</sup> Canada, Secrétariat du Conseil du Trésor (2009) *Directive sur la fonction d'évaluation*. [www.tbs-sct.gc.ca/pol/doc-fra.aspx?id=15681](http://www.tbs-sct.gc.ca/pol/doc-fra.aspx?id=15681)

Les questions d'évaluation, présentées selon les principaux points de l'évaluation, figurent au tableau 2.1 (pour les questions d'évaluation, les indicateurs et les approches, consulter l'annexe A).

**Tableau 2.1 : Questions de l'évaluation**

| <b>Pertinence (besoin, conformité aux priorités et rôles du gouvernement fédéral)</b>                                                                                                                                                 | <b>Section du rapport</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| 1.1 a) Existe-t-il un besoin continu d'examiner et d'évaluer l'état de santé des migrants avant leur admission au Canada?                                                                                                             | 3.1.1                     |
| 1.1 b) Existe-t-il un besoin continu d'imposer la surveillance médicale aux demandeurs qui ont reçu un diagnostic de maladie posant un risque pour la santé publique?                                                                 | 3.1.2                     |
| 1.2 Le Programme de dépistage médical et de notification (DMN) est-il harmonisé avec les priorités ministérielles et pangouvernementales?                                                                                             | 3.1.3                     |
| 1.3 a) Le rôle du gouvernement fédéral dans l'exécution du volet de dépistage médical est-il pertinent?                                                                                                                               | 3.1.4                     |
| 1.3 b) Le rôle du gouvernement fédéral dans l'exécution du volet de notification et de surveillance médicale est-il pertinent?                                                                                                        | 3.1.4                     |
| <b>Rendement (obtention des résultats attendus)</b>                                                                                                                                                                                   |                           |
| 2.1 Le dépistage de maladies au moyen d'un examen médical aux fins de l'immigration est-il pertinent dans le contexte de la migration?                                                                                                | 3.2.1                     |
| 2.3 Les politiques sur le fardeau excessif et sur le danger pour la santé et la sécurité publiques sont-elles toujours pertinentes?                                                                                                   | 3.2.2<br>3.2.3            |
| 2.2 L'exigence de dépistage médical vise-t-elle les bons demandeurs et les bonnes populations?                                                                                                                                        | 3.2.4                     |
| 3.1 Les outils nécessaires sont-ils en place pour appuyer l'exécution du Programme? Quel est le niveau de cohérence de leur utilisation et de leur mise en application?                                                               | 3.3.1<br>3.3.2<br>3.3.3   |
| 3.2 Quelles répercussions les activités et outils de modernisation (p. ex. le système eMédical et le SMGC) ont-ils sur l'efficacité et l'efficience du Programme de dépistage médical et de notification?                             | 3.3.4                     |
| 4.1 Les EMI sont-ils effectués et évalués en temps opportun?                                                                                                                                                                          | 3.4.1                     |
| 4.2 Dans quelle mesure les migrants ayant une maladie posant un risque pour la santé publique sont-ils repérés?                                                                                                                       | 3.4.2                     |
| 4.3 Les migrants sont-ils informés de leur obligation de se soumettre à une surveillance médicale?                                                                                                                                    | 3.4.3                     |
| 4.4 Dans quelle mesure les personnes qui ont une maladie posant un risque pour la santé publique a) sont-elles renvoyées aux systèmes de santé publique provinciaux? b) se conforment-elles aux exigences en matière de surveillance? | 3.4.3                     |
| 4.5 Quel est le niveau d'efficacité du Programme de DMN sur le plan de la réduction du fardeau des mouvements migratoires sur les services de santé et les services sociaux au Canada?                                                | 3.4.4                     |
| 4.6 Quel est le niveau d'efficacité du Programme de DMN sur le plan de la protection de la santé et de la sécurité des Canadiens?                                                                                                     | 3.4.4                     |
| <b>Rendement (économie et efficience)</b>                                                                                                                                                                                             |                           |
| 5.1 Quel est le niveau d'efficacité du Programme de DMN, compte tenu de ses ressources?                                                                                                                                               | 3.5.1<br>3.5.2            |



## 2.3. Portée de l'évaluation

Les évaluateurs se sont attachés aux volets de dépistage médical et de notification et surveillance médicale, parce que ces fonctions font partie d'une série d'activités du secteur de la santé. Ils ont également inclus les deux volets dans un souci d'optimisation des ressources et d'économie; il y avait en effet un certain chevauchement des processus de collecte des données. Le calendrier de l'évaluation couvrait une période de cinq ans, soit de 2008-2009 à 2012-2013. Cette période a été choisie parce que la dernière évaluation du volet de notification et de surveillance médicale avait été menée en 2007-2008. Le volet de dépistage médical n'avait quant à lui jamais été évalué. L'évaluation des radiologistes et des laboratoires désignés ainsi que l'évaluation de l'efficacité des méthodes de dépistage utilisées pour détecter les maladies préoccupantes se situaient hors de la portée de l'évaluation.

## 2.4. Méthodes de collecte des données

La collecte des données pour l'évaluation a eu lieu entre novembre 2013 et décembre 2014; le processus a fait appel à de nombreuses sources pour garantir la solidité de l'information et des données recueillies, qui sont décrites brièvement au tableau 2.2<sup>30</sup>.

**Tableau 2.2 : Résumé des méthodes de collecte des données**

| Méthode de collecte des données | Description                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Examen des documents            | Examen des documents du gouvernement fédéral et des documents ministériels (p. ex. discours du Trône, rapports sur les plans et les priorités, lois pertinentes), de la documentation relative au Programme (p. ex. guides, lignes directrices et modèles d'assurance de la qualité) et des documents de la santé publique (p. ex. priorités des PT en matière de lutte contre la TB, stratégie fédérale de lutte antituberculeuse et rapports et publications de l'ASPC).                                                                                                                                                                                                                    |
| Recension des écrits            | Examen des écrits universitaires canadiens visant à recueillir de l'information afin de pouvoir répondre à des questions liées à la pertinence et au rendement du Programme. Au total, 106 articles ont été examinés.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Entrevues                       | Entretiens avec des personnes qui connaissent le Programme ou qui ont de l'expérience quant à son exécution. Dans l'ensemble, 91 entretiens avec 107 personnes ont été tenus dans les milieux suivants : <ul style="list-style-type: none"><li>• CIC (Direction générale de la migration et de la santé, Région internationale, agents des visas et médecins de CIC),</li><li>• autres ministères (ASPC, Santé Canada et ASFC),</li><li>• médecins désignés (échantillon de chaque BMR),</li><li>• représentants des PT (médecins hygiénistes en chef et représentants de la lutte contre la TB et la syphilis),</li><li>• spécialistes de l'extérieur et chercheurs universitaires</li></ul> |
| Visites sur place               | Quatre visites ont été effectuées dans des BMR de CIC. Le processus de collecte des données qui a eu lieu lors de ces visites comportait les éléments suivants : entretiens avec les médecins de CIC, les employés des bureaux des visas, les employés recrutés sur place et les médecins désignés, collecte de documents propres à chaque BMR et observation du processus de dépistage médical.                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

<sup>30</sup> Une description détaillée des méthodes et de l'information à l'appui (p. ex. une liste des documents examinés et les guides d'entrevue) figure dans les annexes techniques.



| Méthode de collecte des données                    | Description                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sondage auprès des agents des visas                | Sondage en ligne auprès de 240 agents des visas affectés au Canada, auquel 125 réponses ont été reçues, ce qui représente un taux de réponse de 52 % (la marge d'erreur est de $\pm 6,08$ % et le niveau de confiance de 95 %).                                                                                                                                                                                                         |
| Sondage auprès des médecins désignés               | Sondage en ligne auprès de 904 médecins désignés en exercice, auquel 521 réponses ont été reçues, ce qui représente un taux de réponse de 57,6 % (la marge d'erreur est de $\pm 2,80$ % et le niveau de confiance de 95 %).                                                                                                                                                                                                             |
| Sondage auprès des bureaux de santé publique (BSP) | Sondage téléphonique auprès des bureaux de santé publique qui sont informés de l'arrivée des personnes qui doivent se soumettre à une surveillance médicale. Cinquante-cinq réponses ont été obtenues <sup>31</sup> .                                                                                                                                                                                                                   |
| Analyse des données du Programme                   | Des données ont été extraites des rapports annuels et trimestriels de la Direction générale de la migration et de la santé, du Système médical de l'immigration (SMI) <sup>32</sup> , du SMGC, du Système de soutien des opérations des bureaux locaux (SSOBL), de la base de données du gestionnaire client de l'Unité de surveillance médicale <sup>33</sup> (GCUSM) et des données financières de CIC (modèle de gestion des coûts). |
| Comparaison avec d'autres pays                     | Examen des documents accessibles au public sur les autres pays partenaires de la Conférence des cinq nations (CCN) visant à recueillir de l'information sur les similitudes et les différences de leurs initiatives par rapport au Programme de DMN du Canada.                                                                                                                                                                          |

## 2.5. Points forts et limites

La méthode d'évaluation comporte un certain nombre de points forts :

- l'utilisation de nombreuses sources de données,
- la participation complète de tous les secteurs du Programme, soit les membres du personnel au pays et à l'étranger, des autres ministères et des PT,
- le haut niveau de confiance dans les réponses obtenues et la qualité de l'information recueillie au moyen des sondages auprès des agents des visas et des médecins désignés,
- la grande qualité des données recueillies au moyen du sondage auprès des BSP,
- l'approche exhaustive utilisée pour la recension des écrits qui ont fait l'objet d'un examen.

Il faut souligner quelques limites qui, dans l'ensemble, n'ont pas eu de répercussions importantes sur les constatations de l'évaluation :

- les évaluateurs n'ont pas tenu d'entretiens avec les représentants des PT au sujet du fardeau excessif<sup>34</sup>,

<sup>31</sup> En raison de l'approche utilisée pour le processus de notification, les ULSP n'ont pas toutes participé au sondage (certaines d'entre elles ne recevaient pas de notifications). Dans certains cas, c'est un représentant d'une autorité de la santé provinciale ou territoriale qui a participé au sondage. De plus, il est arrivé que plus d'un employé d'un bureau réponde au sondage. Il n'est donc pas possible de calculer le taux de réponse au sondage.

<sup>32</sup> Le SMI est le système qui était utilisé pour recueillir les données sur le volet de dépistage médical avant la mise en œuvre du SMGC en 2012.

<sup>33</sup> La base de données du GCUSM permet de faire un suivi de toutes les données qui se rattachent au volet de notification et de surveillance médicale.

<sup>34</sup> Les représentants fédéraux-provinciaux-territoriaux du niveau des directeurs généraux de la table ronde sur la santé dirigée par Santé Canada ont été invités à participer à un entretien aux fins de l'évaluation. La plupart des PT ont refusé cette invitation et aucun entretien n'a donc été mené avec des membres de ce groupe d'intervenants.

- la comparaison avec des programmes de santé des migrants semblables des pays partenaires de la CCN s'est limitée à une comparaison des documents accessibles au public,
- un très petit volume de données quantitatives liées au Programme était disponible pour l'évaluation de la mise en œuvre et des retombées d'eMédical, en raison du moment de la mise en œuvre de ce système,
- certains intervenants interviewés n'avaient qu'une connaissance limitée du Programme de DMN et leur capacité de formuler des commentaires sur ses processus et son efficacité était donc elle aussi limitée,
- en raison de modifications aux systèmes de gestion des données sur la santé de CIC, les évaluateurs n'ont pu obtenir de données uniformes pour l'ensemble des éléments du processus de dépistage médical<sup>35</sup>.

---

<sup>35</sup> La transition du SMI vers le SMGC et l'abandon du SSOBL ont entraîné des problèmes d'uniformité des données pendant les années de transition.

### 3. Constatations de l'évaluation

#### 3.1. Pertinence

##### 3.1.1. Besoin continu du dépistage médical

**Constatation :** En raison du nombre croissant de migrants qui entrent au Canada et des risques pour la santé associés à la migration, il est nécessaire d'évaluer l'état de santé des migrants avant leur admission au pays, afin d'éviter que des personnes ayant une maladie infectieuse ou un état de santé préoccupant entrent au Canada et qu'un fardeau économique indu pèse sur le système de soins de santé et sur les contribuables canadiens.

#### *Mondialisation, migration et risques pour la santé*

La mondialisation a mené à une augmentation des mouvements migratoires à l'échelle mondiale, qui ont entraîné une aggravation des risques pour la santé. En 2013, le Canada s'est classé au huitième rang parmi les vingt-cinq premiers pays dans une évaluation du nombre et de la part des migrants internationaux accueillis dans le monde<sup>36</sup>. Entre 2008 et 2012, le Canada a admis environ 6,2 millions de résidents permanents et temporaires (RT)<sup>37</sup>, comme le montre le tableau 3.1.

**Tableau 3.1 : Nombre de résidents permanents et temporaires admis au Canada (de 2008 à 2012)**

| Catégorie             | 2008             | 2009             | 2010             | 2011             | 2012             | Total            |
|-----------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Résidents permanents  | 247 245          | 252 172          | 280 688          | 248 749          | 257 895          | <b>1 286 749</b> |
| Résidents temporaires | 881 685          | 938 441          | 982 495          | 1 021 070        | 1 091 876        | <b>4 915 567</b> |
| <b>Total</b>          | <b>1 130 938</b> | <b>1 192 622</b> | <b>1 265 193</b> | <b>1 271 830</b> | <b>1 351 783</b> | <b>6 202 316</b> |

Source : *Faits et chiffres 2012* de CIC.

Selon les écrits recensés et les données recueillies lors des entretiens, une hausse de la migration entraîne une aggravation des risques pour la santé. Plus particulièrement, les pays qui présentent de faibles taux de prévalence de certaines maladies infectieuses deviennent eux-mêmes à risque lorsqu'ils reçoivent des migrants de pays qui présentent des taux de prévalence élevés. Le Canada est un pays d'accueil qui présente de faibles taux d'incidence de certaines maladies infectieuses et qui reçoit des migrants de pays présentant des taux d'incidence élevés de certaines maladies. Ces maladies peuvent donc rester prévalentes chez les populations nées à l'étranger qui résident au Canada. Ainsi, les taux de tuberculose au Canada en 2012 chez les personnes nées à l'étranger représentaient 64 % des cas déclarés de tuberculose évolutive, un taux de tuberculose 20 fois plus élevé que celui des non-Autochtones nés au Canada<sup>38</sup>.

La migration entraîne une augmentation du nombre de cas et un changement dans la nature des maladies préoccupantes<sup>39</sup> au fil du temps. Selon les écrits recensés, la migration de populations de pays présentant des taux élevés de maladies infectieuses vers des pays présentant de faibles taux influe en effet sur l'épidémiologie de certaines maladies à l'échelle mondiale et dans les pays

<sup>36</sup> Migration Policy Institute (2015), *Programs*.

<sup>37</sup> Les résidents temporaires englobent les visiteurs, les étudiants et les travailleurs étrangers temporaires.

<sup>38</sup> Canada, ASPC (2014), *Prévention et contrôle de la tuberculose au Canada : Un cadre d'action fédéral*.

<sup>39</sup> Maladies considérées importantes dans le contexte de la migration.

d'accueil. À titre d'exemples de maladies qui suivent cette tendance, il y a la tuberculose et les maladies transmissibles sexuellement<sup>40</sup> ainsi que l'augmentation du nombre de cas d'hépatites B et C chez les personnes nées à l'étranger<sup>41</sup>. Tous ces facteurs contribuent à la nécessité d'examiner et d'évaluer l'état de santé des migrants avant leur admission au Canada, étant donné que le pays entretient de nombreux liens avec les pays du monde entier en raison de la migration et des voyages.

Les données recueillies lors des entretiens appuient cette constatation : pour l'ensemble des groupes, la plupart des personnes interviewées ont fait remarquer que l'état de santé des migrants devait être évalué avant l'admission de ces derniers au Canada, parce que le dépistage permet de détecter certaines maladies qui pourraient poser un risque pour la santé et la sécurité des Canadiens. De plus, le principe du dépistage médical est appuyé par les autres pays partenaires de la CCN, qui ont tous mis en place leur propre programme de dépistage pour l'examen et l'évaluation de l'état de santé des migrants avant l'admission.

### **Réduction du fardeau pour les services de santé et les services sociaux**

Les évaluateurs ont associé la nécessité du dépistage avec la réduction du fardeau pour le système de soins de santé public du Canada. Selon les documents publics fournis par les PT, les systèmes de soins de santé au Canada sont surchargés et le coût des soins de santé et les temps d'attente constituent des problèmes particuliers. Bon nombre des personnes interviewées, plus particulièrement celles du groupe des médecins de CIC, et des répondants au sondage auprès des bureaux de santé publique ont appuyé ces énoncés et ont indiqué que le dépistage médical pouvait prévenir qu'un fardeau économique indu ne pèse sur le système de soins de santé du Canada et les contribuables en permettant de refuser les demandeurs dont l'état de santé risque d'imposer un fardeau excessif.

#### **3.1.2. Besoin continu de la surveillance médicale**

**Constatation :** Il existe un besoin continu d'imposer la surveillance médicale aux demandeurs qui ont reçu un diagnostic de maladie posant un risque pour la santé publique, surtout en raison du risque de propagation et de réactivation de maladies infectieuses. De plus, la surveillance médicale peut présenter un autre avantage : elle met les immigrants en relation avec le système de soins de santé.

### **Risque de propagation et de réactivation des maladies infectieuses**

L'évaluation a permis de constater que la nécessité de placer sous surveillance les clients ayant une TB non évolutive est en grande partie liée au risque de réactivation. L'examen des écrits recensés<sup>42</sup> a mené à la conclusion que la plupart des cas de tuberculose évolutive au Canada dans

<sup>40</sup> B.D. Gushulak et D.W. MacPherson (2006), « The basic principles of migration health : Population mobility and gaps in disease prevalence ». *Emerging Themes in Epidemiology*, vol. 3, n° 3.

<sup>41</sup> B.D. Gushulak et D.W. MacPherson (2011), « Health Aspects of the Pre-Departure Phase of Migration ». *PLoS Med* 8(5).

<sup>42</sup> [1] A. Houde et coll. (2010), « Le VIH/sida et la tuberculose chez les migrants au Canada ». *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, n° 17.

[2] M. Beiser et coll. (2005), « The Health of Immigrants and Refugees in Canada », *Revue canadienne de santé publique*, mars-avril 2005.

[3] K. Dasgupta et D. Menzies (2005), « Cost-effectiveness of tuberculosis control strategies among immigrants and refugees ». *European Respiratory Journal*, vol. 25, n° 6.

les populations nées à l'étranger étaient associées à la réactivation d'une TB latente<sup>43</sup> acquise de façon générale avant l'immigration qui avait lieu le plus souvent dans les deux premières années suivant l'arrivée au Canada. Des chercheurs ont constaté que [TRADUCTION] « parmi les personnes arrivées au Canada avec une TB latente entre 1998 et 2008, 11 % ont reçu un diagnostic de TB évolutive au cours de la première année suivant leur arrivée au pays et 11 % ont reçu ce diagnostic au cours de la deuxième année. Un pourcentage total de 44 % des cas de tuberculose évolutive ont été diagnostiqués au cours des cinq premières années suivant l'arrivée au Canada. »<sup>44</sup>

Le Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada de 2013 a confirmé ces constatations. Il a été établi que les personnes ayant une infection tuberculeuse latente sont plus à risque de développer une TB évolutive dans les cinq années suivant leur arrivée. Le nombre total de cas de TB déclarés n'a pas augmenté de façon importante depuis les années 1970, mais la proportion de la population née à l'étranger atteinte d'une infection tuberculeuse ou de la TB reste élevée par rapport à l'ensemble de la population canadienne. De tous les cas de TB déclarés en 2011, 67 % ont été recensés parmi les personnes nées à l'étranger, 19 %, parmi les Autochtones nés au Canada, 12 % parmi les non-Autochtones nés au Canada et 2 % étaient d'origine inconnue<sup>45</sup>.

Selon les écrits, la nécessité continue d'un programme de surveillance médicale peut également être liée au fait que le taux de transmission de la TB à la population née au Canada reste peu élevé. La surveillance des demandeurs ayant une TB non évolutive a été proposée comme l'une des causes potentielles des faibles taux de transmission de la population née à l'étranger à la population née au Canada<sup>46</sup>.

La nécessité continue d'une surveillance a été appuyée par les données recueillies lors des entretiens, une nette majorité des personnes interviewées parmi tous les groupes de répondants et bon nombre des participants au sondage auprès des bureaux de santé publique convenaient que la surveillance médicale était nécessaire pour protéger la santé des Canadiens. Cette surveillance s'exerce par le dépistage et le suivi des clients posant un risque de réactivation. La plupart des répondants au sondage auprès des bureaux de santé publique ont aussi déclaré que CIC devrait continuer à exiger la surveillance médicale pour garantir le suivi des cas de TB non évolutive qui présentent un risque de réactivation, surtout pendant la période qui suit l'entrée au pays. Certaines personnes interviewées, particulièrement les représentants des provinces, ont déclaré que la nécessité d'une surveillance des clients atteints de syphilis<sup>47</sup> était moins importante que dans le cas des autres maladies. Enfin, comme c'est le cas au Canada, trois des quatre pays de la CCN examinés (l'Australie, le Royaume-Uni et les États-Unis) ont mentionné la nécessité

---

[4] M. Beiser (2005), « The Health of Immigrants and Refugees in Canada », *Revue canadienne de santé publique*, mars-avril 2005.

<sup>43</sup> Les personnes atteintes d'une infection tuberculeuse latente ont été infectées par la bactérie, mais celle-ci est dormante et ne cause pas de symptômes ni ne rend la personne infectieuse. Dans ces cas, l'infection peut être détectée au moyen d'un test cutané ou sanguin. Sans traitement, seul un petit nombre de ces personnes infectées développeront une tuberculose évolutive dans leur vie.

<sup>44</sup> A. Houde et coll. (2010), « Le VIH/sida et la tuberculose chez les migrants au Canada ». *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, n° 17.

<sup>45</sup> Canada, ASPC (2013), *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2013 : Les maladies infectieuses – Une menace perpétuelle*.

<sup>46</sup> M. Dara, B.D. Gushulak, D.L. Posey, J.P. Zellweger, G.B. Migliori (2013), « The history and evolution of immigration medical screening for tuberculosis ». *Expert Review of Anti-infective Therapy*, vol. 11, n° 2.

<sup>47</sup> Comme il a été mentionné précédemment, l'exigence de surveillance de la syphilis a été abolie en mai 2014.

d'imposer aux migrants ayant reçu un diagnostic de maladie posant un risque pour la santé publique une surveillance médicale à leur arrivée.

### **Mise en relation avec le système de soins de santé**

Les auteurs des écrits recensés et les répondants au sondage auprès des bureaux de santé publique ont souligné le fait que l'exigence de surveillance de CIC comportait un avantage additionnel : elle met en relation les migrants qui ont une maladie posant un risque pour la santé publique avec les systèmes de soins de santé des PT. Les migrants ont ainsi l'occasion d'entrer dans le système de soins de santé et d'être examinés par un médecin canadien qui déterminera s'ils posent d'autres risques pour la santé. Les personnes aiguillées par l'entremise du programme de surveillance peuvent donc aussi subir des tests pour le dépistage d'autres maladies infectieuses pendant ou après leur migration et faire l'objet d'autres interventions, notamment recevoir des vaccins<sup>48</sup>.

### **3.1.3. Harmonisation avec les priorités ministérielles et pangouvernementales**

**Constatation :** Les objectifs et politiques de DMN sont conformes aux priorités du gouvernement fédéral de protéger la santé et la sécurité des Canadiens et la durabilité des services de santé et des services sociaux, ainsi qu'aux priorités des provinces en matière de gestion des coûts des soins de santé et de prévention de la tuberculose.

#### **Harmonisation avec les priorités du Ministère et du gouvernement fédéral**

L'évaluation a permis de constater que le Programme de DMN s'inscrit dans les priorités du gouvernement du Canada (GC) de protéger la santé des Canadiens et de collaborer avec les PT pour faire en sorte que système de soins de santé soit durable, comme mentionné dans les discours du Trône de 2010 et 2011.

Le Programme est aussi harmonisé avec les priorités de CIC et les priorités pangouvernementales, plus particulièrement avec celles de l'Agence de la santé publique du Canada en matière de protection des Canadiens contre les risques pour la santé. Ces priorités sont définies dans les rapports annuels de CIC et de l'ASPC, dans les rapports ministériels sur le rendement, les rapports sur les plans et priorités et les plans stratégiques ministériels. Plus particulièrement, le résultat du Programme de DMN quant à la protection de la santé des Canadiens contre les risques pour la santé s'inscrit sous le résultat stratégique n° 4 de CIC (*une gestion des mouvements migratoires qui favorise les intérêts canadiens et protège la santé et la sécurité des Canadiens*) et sous le résultat stratégique de l'ASPC (*Un Canada capable de promouvoir la santé, de réduire les disparités en matière de santé et de prévenir et d'atténuer les maladies et les blessures*).

Les activités et projets de collaboration du Programme de DMN de CIC contribuent à la réalisation des engagements et objectifs internationaux du Canada, comme le *Plan mondial Halte à la tuberculose* et le *Règlement sanitaire international*, qui aident la communauté internationale à prévenir, réagir et contribuer à réduire les risques pour la santé publique à l'échelle mondiale<sup>49</sup>.

<sup>48</sup> K. Pottie et coll. (2007), « Prevalence of selected preventable and treatable diseases among government-assisted refugees Implications for primary care providers ». *Canadian Family Physician*, vol. 53.

<sup>49</sup> Organisation mondiale de la santé (2015), *Règlement sanitaire international* (RSI).

### Harmonisation avec les priorités provinciales et territoriales

Un examen des documents des PT accessibles au public a révélé que le Programme de DMN est conforme aux priorités en matière de santé publique des PT, notamment les priorités de prévention et de contrôle de la TB. En effet, onze des treize provinces et territoires ont indiqué dans ces documents (rapports de surveillance de la TB, lignes directrices, guides sur la TB, etc.) qu'il y avait une harmonisation entre le Programme de DMN et les stratégies de lutte contre la TB des autorités de la santé provinciales. Ainsi, la province de l'Ontario a mis en place un protocole de prévention et de contrôle de la tuberculose en vue de prévenir et de réduire le fardeau que cette maladie représente<sup>50</sup>. Cette initiative est en accord avec la priorité du gouvernement fédéral de protéger la santé et la sécurité des Canadiens contre les risques pour la santé publique en imposant une exigence de dépistage médical et de surveillance.

Les évaluateurs ont constaté dans les documents des PT que même si la politique sur le fardeau excessif n'y était pas mentionnée expressément, les 13 provinces et territoires ont fait mention de leurs priorités de réduction des coûts des soins de santé et des temps d'attente et de prévention d'un fardeau excessif sur les systèmes de soins de santé.

#### 3.1.4. Pertinence des rôles des gouvernements fédéral et provinciaux

**Constatation :** Les rôles des gouvernements fédéral et provinciaux dans l'exécution du Programme de DMN sont pertinents, car ils sont en accord avec leurs mandats et responsabilités. Les personnes interviewées ont défini d'autres rôles que CIC pourrait jouer en matière de communication de renseignements médicaux aux clients, de promotion de la santé et de vaccination.

Étant donné que la santé est une responsabilité partagée par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, l'évaluation a porté sur les rôles et responsabilités des principaux partenaires de la santé migratoire (tableau 3.2).

**Tableau 3.2 : Résumé des responsabilités fédérales et provinciales en matière de santé**

| Responsabilités en matière de santé migratoire |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Citoyenneté et Immigration Canada              | CIC a la responsabilité de veiller à ce que les migrants se soumettent à un dépistage des maladies infectieuses ou états préoccupants avant leur entrée au Canada et d'informer les PT de l'entrée au Canada des demandeurs dont l'état de santé constitue un risque pour la santé publique.                                                                                                                                                                                                                                 |
| Agence de la santé publique du Canada          | L'ASPC agit à titre de point de coordination central du gouvernement du Canada pour les questions de sécurité de la santé, fournit des compétences spécialisées dans le domaine des maladies infectieuses et au chapitre de la <i>Loi sur la mise en quarantaine</i> et travaille au renforcement de la capacité du Canada en matière d'intervention dans les situations d'urgence en santé publique en collaboration avec d'autres ministères fédéraux, d'autres ordres de gouvernement et les intervenants <sup>51</sup> . |

<sup>50</sup> Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée (2014), *Normes de santé publique de l'Ontario – Prévention et contrôle de la tuberculose*.

<sup>51</sup> [1] Canada, ASPC (2007), *Agence de la santé publique du Canada - Strategic Plan : 2007 - 2012, Information, Knowledge, Action*.

[2] Canada, ASPC (2010), *Rapport ministériel sur le rendement de 2009-2010*.



| Responsabilités en matière de santé migratoire |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Agence des services frontaliers du Canada      | L'ASFC appuie la mise en application de la <i>Loi sur la mise en quarantaine</i> et ses agents doivent, dans leur fonction de dépistage, renvoyer certains voyageurs aux agents de quarantaine de l'ASPC pour un examen médical au besoin et recueillir et distribuer des documents de surveillance aux points d'entrée. |
| Provinces et territoires                       | Les PT fournissent les soins de santé et les services de santé publique au Canada. De plus, ils exercent la fonction de surveillance des migrants dont le cas leur a été signalé par CIC.                                                                                                                                |

Les évaluateurs ont constaté que la répartition des rôles et responsabilités de CIC et de ses partenaires en matière de santé migration est claire. Il existe des protocoles d'entente entre CIC et l'ASFC et entre CIC et l'ASPC qui décrivent les rôles et responsabilités liés à la santé. La Loi constitutionnelle définit les soins de santé comme relevant de la compétence provinciale ou territoriale. Le dépistage médical des immigrants et réfugiés et la coordination des activités du processus de notification après l'arrivée qui est lié à la surveillance médicale dans les PT sont des responsabilités légales qui relèvent de CIC en vertu de la LIPR et du RIPR.

Pratiquement toutes les personnes interviewées dans l'ensemble des groupes d'intervenants estimaient que le rôle du gouvernement fédéral dans le Programme de DMN est pertinent sur les plans du dépistage médical et de la notification des autorités de la santé PT de l'arrivée de clients devant se soumettre à une surveillance médicale. Les participants aux entretiens, soit des représentants de nombreux ministère fédéraux et des provinces, trouvaient pertinent le rôle de dépistage médical du GC; cette pertinence découlait pour eux du mandat légal et constitutionnel du gouvernement fédéral quant à l'admissibilité et à la responsabilité de protéger la santé et la sécurité des Canadiens contre les risques liés à la migration et de la nécessité qu'une entité centrale gère les cas des immigrants à qui a été diagnostiqué un état de santé préoccupant, et en informe les PT.

En plus du haut niveau de consensus au sujet de la pertinence du rôle du gouvernement fédéral dans le Programme de DMN, de nombreux interviewés ont aussi souligné d'autres fonctions qui pourraient faire partie de ce rôle :

- *Communication de renseignements médicaux aux PT* : CIC pourrait accroître son rôle et ses responsabilités liés au traitement des signalements aux PT en transmettant sur une base routinière les renseignements médicaux nécessaires sur l'état de santé des clients obtenus au moyen de l'EMI.
- *Promotion de la santé* : CIC pourrait offrir aux migrants une plus grande quantité d'information sur la santé (en plus des documents d'information utilisés aux fins d'admissibilité) et accorder une plus grande place à l'éducation dans le cadre du processus de dépistage médical.
- *Immunisation et dépistage en vue de l'immunisation* : CIC pourrait inclure le dépistage en vue de l'immunisation comme élément de ses fonctions de dépistage, ce qui ferait de l'actuel Programme de DMN axé sur l'admissibilité au programme de promotion de la santé.



## 3.2. Politique en matière de dépistage médical et de notification

Tel que soulevé précédemment, l'évaluation de l'admissibilité médicale est fondée sur trois motifs définis dans la LIPR. Il n'existe pas d'énoncé de politique officiel sur la façon dont CIC doit remplir ces exigences prévues par la loi au moment d'examiner l'interdiction de territoire fondée sur l'état de santé. Cependant, CIC a fait de ces trois motifs sanitaires des secteurs de politique qui ont été opérationnalisés au moyen de lignes directrices et de directives médicales fournies en rapport avec l'examen médical et l'évaluation du dossier médical des demandeurs. Ces trois motifs correspondent aux trois politiques de CIC sur le danger pour la santé publique, le danger pour la sécurité publique et le fardeau excessif. Les évaluateurs ont examiné la pertinence de chacune de ces politiques ainsi que les problèmes de mise en œuvre.

### 3.2.1. Danger pour la santé publique

Pour décider si l'état de santé d'un étranger constitue vraisemblablement un danger pour la santé publique, le médecin agréé doit tenir compte de tout rapport établi par un spécialiste de la santé ou par un laboratoire médical, de la transmissibilité de la maladie dont l'étranger est atteint ou porteur et des conséquences que la maladie pourrait avoir sur d'autres personnes vivant au Canada. Un étranger est interdit de territoire en raison d'un danger pour la santé publique s'il a reçu un diagnostic de TB évolutive ou de syphilis non traitée<sup>52</sup>.

#### *Pertinence de la politique sur le danger pour la santé publique*

**Constatation :** Étant donné les responsabilités légales et les objectifs stratégiques de protection de la santé et de la sécurité publiques de CIC et compte tenu des risques associés à la transmission des maladies infectieuses découlant de la migration, la politique de CIC sur le danger pour la santé publique demeure pertinente.

Selon les objectifs définis à l'article 3 de la LIPR, CIC doit faciliter l'entrée des étrangers au Canada tout en protégeant la santé et la sécurité des Canadiens. De plus, selon le résultat stratégique n° 4, le Ministère doit gérer les mouvements migratoires de façon à favoriser les intérêts canadiens et à protéger la santé et la sécurité des Canadiens. Comme il est mentionné à la section 3.1.1, le Canada est un pays d'accueil et le risque d'importation de maladies infectieuses reste élevé. La politique de CIC sur le danger pour la santé publique demeure pertinente, car elle permet au gouvernement fédéral d'éviter que les demandeurs atteints d'une maladie infectieuse pouvant poser un risque pour la santé publique soient admis au Canada.

Le constat de pertinence continue de la politique a été appuyé par les données recueillies lors des entretiens : pratiquement tous les interviewés, surtout des médecins agréés et des médecins hygiénistes en chef, ont convenu que la politique sur le danger pour la santé publique est toujours pertinente pour la protection de la santé des Canadiens. Cette politique est aussi cohérente avec les politiques des autres partenaires de la CCN, qui imposent le dépistage aux migrants pour protéger leur population contre les maladies dangereuses pour la santé publique.

Lorsqu'ils ont étudié la pertinence de la politique, les évaluateurs ont aussi examiné la question de savoir s'il existait des obstacles pour CIC sur le plan de la mise en œuvre. Les données recueillies

<sup>52</sup> Le VIH n'est pas considéré comme un danger pour la santé publique, mais CIC est déterminé à en atténuer le risque pour la santé publique. Le Ministère fournit donc de l'information aux étrangers atteints du VIH afin de contribuer à réduire le risque de transmission.

au moyen du sondage auprès des agents des visas et les nombreuses réponses des membres du personnel des BMR et des bureaux des visas interviewés indiquent que la mise en œuvre de la politique sur le danger pour la santé publique ne comporte qu'un très petit nombre d'obstacles opérationnels<sup>53</sup>.

### ***Pertinence de la liste des états de santé qui constituent un danger pour la santé publique***

**Constatation :** Il est pertinent de procéder à un dépistage de la TB dans le cadre du dépistage médical en raison de la prévalence de cette maladie dans la population des migrants et en raison de l'engagement du Canada de réduire le taux de TB au pays. La raison d'être du dépistage de la syphilis est toutefois moins claire. Il existe des lacunes potentielles dans le processus de dépistage des hépatites B et C et de la TB latente utilisé par CIC.

### ***Dépistage de la tuberculose***

Selon les écrits et les documents du gouvernement examinés, la TB continue de représenter un fardeau pour la santé mondiale, environ un milliard de personnes étant atteintes d'une TB latente en 2011; ces cas ont donné lieu à 9,2 millions de nouveaux cas actifs et 1,5 million de décès en 2011<sup>54</sup>. Dans un rapport de 2014, l'ASPC a confirmé que la TB continue de représenter un important problème de santé mondiale qui touche des millions de personnes chaque année et qui est classé comme la deuxième cause en importance de décès causé par une maladie infectieuse dans le monde<sup>55</sup>. La recherche montre aussi que les principaux pays sources de l'immigration, comme les Philippines et la Chine, présentent des taux élevés de TB<sup>56</sup> et qu'au cours de la dernière décennie, 80 % des immigrants et réfugiés qui sont arrivés au Canada provenaient de pays à forte incidence de TB<sup>57</sup>. Enfin, les données administratives de CIC confirment que la Chine, l'Inde et les Philippines constituent les principaux pays d'où proviennent les RP du Canada où les taux de TB sont sensiblement élevés (tableau 3.3).

---

<sup>53</sup> La plupart des participants au sondage auprès des agents des visas ont indiqué avoir trouvé facile ou très facile (79 %) le traitement des cas posant un risque pour la santé publique. Seulement 15 % des répondants ont déclaré avoir trouvé le traitement de ces cas difficile ou très difficile.

<sup>54</sup> C. Greenaway et coll. (2011), « Canadian Guidelines for Immigrant Health : Tuberculosis : evidence review for newly arriving immigrants and refugees », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 183, n° 12.

<sup>55</sup> Canada, ASPC (2014), *Prévention et contrôle de la tuberculose au Canada – Un cadre d'action fédéral*.

<sup>56</sup> M. Beiser (2005), « The Health of Immigrants and Refugees in Canada », *Revue canadienne de santé publique*.

<sup>57</sup> A. Houde et coll. (2010), « Le VIH/sida et la tuberculose chez les migrants au Canada », *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, n° 17, mars 2010.

**Tableau 3.3 : Principaux pays source des migrants au Canada et leur taux d'incidence de la TB (de 2008 à 2013)**

| Pays source des résidents permanents | Taux d'incidence de la TB en 2011* | 2008       | 2009       | 2010       | 2011       | 2012       | 2013       |
|--------------------------------------|------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Chine                                | 80                                 | 30 037     | 29 622     | 30 391     | 28 503     | 33 024     | 34 126     |
| Inde                                 | 190                                | 28 261     | 29 457     | 34 235     | 27 509     | 30 932     | 33 085     |
| Philippines                          | 280                                | 24 888     | 28 573     | 38 617     | 36 765     | 34 314     | 29 539     |
| Pakistan                             | 231                                | 8 994      | 7 217      | 6 811      | 7 468      | 11 227     | 12 602     |
| Iran                                 | 19                                 | 6 475      | 6 580      | 7 477      | 7 479      | 7 533      | 11 291     |
| États-Unis                           | 4                                  | 10 190     | 8 995      | 8 142      | 7 675      | 7 891      | 8 495      |
| Royaume-Uni                          | 13                                 | 8 979      | 8 876      | 8 724      | 6 204      | 6 195      | 5 826      |
| France                               | 10                                 | 4 532      | 5 051      | 4 646      | 4 080      | 6 280      | 5 624      |
| Iraq                                 | 64                                 | 3 543      | 5 450      | 5 941      | 6 196      | 4 041      | 4 918      |
| Corée du Sud                         | 95                                 | 7 294      | 5 874      | 5 537      | 4 589      | 5 315      | 4 509      |
| <b>Canada</b>                        | <b>5</b>                           | <b>S/O</b> | <b>S/O</b> | <b>S/O</b> | <b>S/O</b> | <b>S/O</b> | <b>S/O</b> |

\* Les taux ci-après sont fondés sur les dernières estimations par l'OMS de l'incidence de la tuberculose (toutes les formes) pour 100 000 personnes, sur une période de trois ans (2008, 2009 et 2010).

Sources : *Faits et chiffres 2013* de CIC et données de l'Organisation mondiale de la santé.

Selon les écrits, la plupart des migrants proviennent de pays où le taux d'incidence de la TB évolutive est élevé et se rendent dans des pays où le taux d'incidence est faible, comme c'est le cas au Canada<sup>58</sup>. Selon l'Organisation mondiale de la santé, l'incidence de la TB au Canada est de cinq cas par 100 000 habitants. Le taux d'incidence de la TB a baissé, mais le gouvernement du Canada s'est quand même engagé à ramener à 3,6 cas par 100 000 habitants d'ici 2015<sup>59</sup>. Tous ces facteurs confirment qu'il est pertinent d'effectuer un dépistage de la TB dans le cadre de la politique sur le danger pour la santé publique de CIC.

Ces constatations sont appuyées par d'autres renseignements recueillis pour l'évaluation. De nombreux participants aux entretiens, notamment les employés de l'administration centrale de CIC, les médecins agréés, les spécialistes de la santé et les représentants provinciaux, étaient fermement convaincus qu'il était pertinent d'effectuer un dépistage de la TB, car ils voyaient cette maladie comme posant un risque grave et continu pour la santé publique. Ils ont fait plus particulièrement remarquer que la TB évolutive se propage facilement, est difficile et coûteuse à traiter et se classe au haut de la liste mondiale des maladies transmissibles. De plus, la plupart (89 %) des répondants au sondage auprès des bureaux de santé publique (BSP) ont mentionné la forte nécessité de prévenir que des demandeurs atteints d'une TB évolutive n'entrent au Canada en procédant au dépistage et au traitement; la plupart d'entre eux (89 %) ont aussi indiqué que CIC devrait continuer d'empêcher l'entrée des personnes qui ont reçu un diagnostic de TB évolutive. Cette politique est en accord avec celle des autres partenaires de la CCN, qui effectuent un dépistage de la TB parce qu'ils ont remarqué un haut pourcentage de cas de TB chez leurs populations nées à l'étranger.

<sup>58</sup> D. Zenner et coll. (2013), « Active case finding for tuberculosis among high-risk groups in low-incidence countries ». *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, vol. 17, n° 5.

<sup>59</sup> [1] Canada, ASPC (2012), *Réseau pancanadien de santé publique : Orientations pour les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose au Canada*.

[2] Canada, ASPC (2013), présentation de mars 2013 sur le cadre d'action pour la prévention et le contrôle de la tuberculose et la mobilisation des AM.

[3] Stop TB Partnership (2015), *Plan mondial Halte à la tuberculose 2011-2015*.

[4] Organisation mondiale de la santé (2006), *Tuberculose (TB) : Stratégie Halte à la tuberculose*.

## Dépistage de la syphilis

Contrairement à l'abondance des données probantes qui appuient la nécessité du dépistage de la TB, les évaluateurs n'ont trouvé qu'une petite quantité de données appuyant la nécessité du dépistage de la syphilis fondée sur le risque pour la santé publique. Une étude sur la syphilis chez les immigrants menée en 2008 a révélé que le dépistage de la syphilis pouvait contribuer à cerner les populations à risque élevé de contracter la maladie.<sup>60</sup> Par ailleurs, de nombreux interviewés, plus particulièrement les médecins de CIC et les représentants provinciaux de la lutte contre la TB et la syphilis, ont aussi remis en question la nécessité du dépistage de la syphilis, bien qu'un petit nombre de spécialistes de la santé et de médecins agréés aient souligné que le dépistage de la syphilis s'imposait, parce que la procédure du test (test sanguin) aidait à révéler d'autres problèmes médicaux.

## Lacunes dans le processus de dépistage

Un petit nombre de spécialistes médicaux et de nombreux médecins agréés ont mentionné lors de leur entretien quelques lacunes potentielles dans le processus de dépistage. Ils ont déclaré que les hépatites B et C ne mènent pas actuellement à l'interdiction de territoire et constituent pourtant un risque pour la santé publique. Il a aussi été mentionné qu'il faudrait dépister ces maladies en raison de leur traitement coûteux, de leur capacité de causer des problèmes de santé chroniques et de leur risque de transmission en tant qu'infection transmissible sexuellement. Parmi les autres maladies que les répondants considéraient comme posant un risque pour la santé égal ou supérieur à la syphilis, mais qui ne sont pas dépistées, figuraient la poliomyélite, la rougeole, la gonorrhée et les souches de grippe virulentes comme la grippe aviaire.

Quelques interviewés à l'échelle provinciale, soit des représentants de la lutte contre la TB et la syphilis et des médecins hygiénistes en chef, ont signalé une autre lacune dont les écrits ont également fait mention : le protocole que CIC utilise actuellement pour le dépistage de la TB latente. CIC utilise des protocoles de dépistage qui permettent aux médecins agréés de demander un test cutané à la tuberculine et un test de libération de l'interféron gamma lorsqu'un contact étroit (c.-à-d. un membre de la famille) a reçu un diagnostic de TB évolutive. CIC n'administre toutefois pas ces tests sur une base routinière, même s'ils sont considérés comme la meilleure option pour détecter la TB latente.<sup>61</sup> Comme il a été mentionné à la section 3.1.2, les documents de l'ASPC et les écrits examinés faisaient mention du fait que c'est la TB latente qui pose le plus grand risque de réactivation. L'Organisation mondiale de la Santé estime qu'environ le tiers de la population mondiale est atteinte de TB latente et que la plupart des cas sont distribués dans 22 pays à haute incidence, dont bon nombre sont des pays d'où proviennent les migrants à destination du Canada, comme l'Inde et la Chine. À ce titre, quelques personnes interviewées, surtout de l'échelle provinciale, ont déclaré que le protocole qu'utilise actuellement CIC pour détecter les cas de TB latente n'est peut-être pas efficace. Elles ont suggéré que CIC utilise les

---

<sup>60</sup> D.W. MacPherson and B.D. Gushulak (2008) "Syphilis in Immigrants and the Canadian Medical Examination". *J Immigration Minority Health*, 10:1-6.

<sup>61</sup> [1] M. Dara et al. (2013) "The history and evolution of immigration medical screening for tuberculosis." *Expert Rev. Anti Infect. Ther.* 11(2).

[2] N. Heywood et al. (2013) "Guidelines for the investigation and follow-up of individuals under medical surveillance for tuberculosis after arriving in Canada: A summary." *CMAJ*, 168 (12).

[3] K. Dasgupta and D. Menzies (2005) "Cost-effectiveness of tuberculosis control strategies among immigrants and refugees." *European Respiratory Journal*, 25(6).

[4] Greenaway et al. (2011) "Tuberculosis: Evidence review for newly arriving immigrants and refugees." *Canadian Guidelines for Immigrant Health, CMAJ*, 183(12).

tests cutanés à la tuberculine et les tests de libération de l'interféron gamma ainsi que des tests cutanés de façon plus répandue et plus ciblée en fonction des risques de TB, dans des régions géographiques précises.

En plus d'exiger le dépistage de diverses autres maladies, certains partenaires de la CCN exigent la confirmation de la vaccination comme élément de la détermination de l'admissibilité. Ainsi, les États-Unis demandent une preuve de divers vaccins (oreillons, poliomyélite, rougeole et hépatite), tandis que l'Australie exige une preuve du certificat international de vaccination contre la fièvre jaune. Certaines personnes interviewées étaient d'avis que c'était là un secteur auquel CIC pourrait étendre son protocole de dépistage actuel.

Dans le même ordre d'idées que les propos au sujet des lacunes de la politique sur les dangers pour la santé publique, quelques médecins agréés, employés de CIC, représentants d'autres ministères (AM) et médecins hygiénistes en chef interviewés ont émis l'opinion que la politique de dépistage actuelle manquait de souplesse ou ne permettait pas de réagir rapidement et facilement aux maladies émergentes ni aux changements dans les tendances mondiales sur le plan de la santé. Ils ont fait valoir que le dépistage de maladies fondé sur des indicateurs du risque définis constituerait une meilleure méthode de dépistage qu'une simple liste de maladies.

### 3.2.2. Danger pour la sécurité publique

Un étranger est interdit de territoire en raison d'un danger pour la sécurité publique s'il est établi qu'il constitue un danger pour la sécurité des personnes qui vivent au Canada. Parmi les états de santé qui constituent vraisemblablement un danger pour la sécurité publique figurent de graves problèmes de santé mentale comme certains comportements sociopathes impulsifs, certains comportements sexuels aberrants comme la pédophilie, certains états paranoïdes ou syndromes cérébraux organiques associés à de la violence ou à des risques de tort à autrui, la consommation abusive de substances donnant lieu à des comportements antisociaux, comme la violence et la conduite avec facultés affaiblies, et d'autres types de comportements hostiles et dérangeants<sup>62</sup>. Selon l'analyse comparative des pays de la CCN, les politiques de dépistage médical des migrants des États-Unis visant la protection de la sécurité publique sont en accord avec celles du Canada. Comme le Canada, les États-Unis effectuent un dépistage des cas de troubles physiques ou mentaux associés au comportement violent.

**Constatation :** Étant donné les responsabilités imposées par la loi et les objectifs stratégiques de CIC en matière de protection de la santé et de la sécurité des Canada, la politique de CIC sur le danger pour la sécurité publique est pertinente. Cette politique est toutefois difficile à mettre en application, car les cas sont difficiles à détecter et chevauchent des cas potentiels d'interdiction de territoire pour criminalité.

---

<sup>62</sup> Canada, ministère de la Justice (2002), *Règlement sur l'immigration et la protection des réfugiés*, article 33; exigences médicales internes; Instructions relatives à l'exécution des programmes.

### ***Pertinence de la politique sur le danger pour la sécurité publique***

Comme mentionné au sujet de la politique sur le danger pour la santé publique, CIC doit faciliter l'entrée des étrangers au Canada tout en protégeant la santé et la sécurité des Canadiens (article 3 de la LIPR). Ce mandat se rattache au résultat stratégique n° 4 de la gestion des mouvements migratoires qui favorise les intérêts canadiens et protège la santé et la sécurité des Canadiens. La politique de CIC sur le danger pour la sécurité publique est pertinente, car elle permet au gouvernement fédéral de veiller à ce que les demandeurs qui posent un risque pour la sécurité publique ne soient pas admis au Canada. Pratiquement toutes les personnes interviewées de tous les groupes ont appuyé cet énoncé, la plupart d'entre elles ayant fait remarquer que la politique sur le danger pour la sécurité publique est pertinente, car elle protège les Canadiens contre des répercussions négatives et pourrait avoir un effet dissuasif auprès des demandeurs qui constituent un danger.

### ***Défis liés à la mise en œuvre***

Un grand nombre des agents des visas interviewés et environ la moitié des agents des visas ayant participé au sondage, malgré leur appui à la politique, trouvaient difficile d'évaluer les cas posant un risque pour la sécurité publique, soulignant qu'un très petit nombre seulement de demandes touchant la sécurité publique sont décelées au moyen du processus d'EMI<sup>63</sup>. De plus, les agents des visas, les médecins et les membres du personnel de l'administration centrale de CIC qui ont participé aux entretiens ont souligné la difficulté de détecter ou d'évaluer les cas posant un risque pour la sécurité publique, principalement attribuable au fait que le processus d'évaluation repose sur la déclaration volontaire des problèmes de santé mentale. Or, si le problème de santé n'est pas évident ou présent au moment de l'EMI, il est très difficile pour le médecin désigné de le détecter.

Les membres du personnel opérationnel de CIC, notamment les agents des visas, et les médecins agréés ont mentionné lors de leur entretien le manque de compréhension claire de ce qui constitue un problème de sécurité publique sous l'angle de l'admissibilité médicale. Certaines personnes interviewées ont aussi remis en question le sujet exclusif de la sécurité publique (personnes dangereuses), se demandant si la politique ne pourrait pas inclure aussi les troubles mentaux qui empêchent les personnes de fonctionner en société. Quelques employés de CIC interviewés et certains répondants au sondage auprès des agents des visas ont fait remarquer qu'il y a un chevauchement des objectifs de la politique sur le danger pour la sécurité publique et l'interdiction de territoire pour criminalité, car les deux évaluations exigent des preuves d'actes criminels ou d'activités dangereuses. Il a été aussi mentionné qu'il était plus simple de déclarer un demandeur interdit de territoire pour criminalité que de déclarer un demandeur interdit de territoire en raison d'un danger pour la sécurité publique, parce que la deuxième intervention exige des évaluations par des spécialistes en plus d'autres preuves documentaires. Enfin, les répondants estimaient que la politique sur la sécurité publique devait être révisée : il faudrait mieux en définir les objectifs et y apporter d'autres modifications pour en améliorer la mise en œuvre.

---

<sup>63</sup> Entre 2007 et 2012, CIC a détecté environ sept cas de danger pour la sécurité publique par année, ce qui représente 0,5 % des clients déclarés interdits de territoire pour des motifs sanitaires.



### 3.2.3. Fardeau excessif pour les services sociaux et les services de santé

La politique de CIC sur le fardeau excessif permet au gouvernement fédéral de veiller à ce que les demandeurs qui entraînent un fardeau excessif pour les services de santé et les services sociaux soient interdits de territoire au Canada. Pour conclure que l'état de santé d'un étranger risque d'entraîner un fardeau excessif, un médecin agréé doit établir que le coût prévisible de l'état de santé 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<sup>64</sup>. De plus, il examine si l'admission du demandeur viendrait allonger les listes d'attentes actuelles et augmenterait le taux de mortalité et de morbidité au Canada, vu l'impossibilité d'offrir en temps voulu ces services aux citoyens canadiens ou aux RP.

Les demandeurs qui sont considérés comme entraînant un fardeau excessif se voient offrir la possibilité de fournir un plan d'atténuation pour montrer en quoi ils ne constitueraient pas un fardeau pour le Canada (p. ex. en utilisant des traitements et services sociaux du secteur privé). S'il est établi que le plan d'atténuation d'un demandeur est raisonnable, celui-ci n'est plus considéré comme interdit de territoire en raison d'un fardeau excessif, à condition qu'il donne suite à ce plan après son arrivée au Canada.

**Constatation :** La politique sur le fardeau excessif de CIC demeure pertinente pour éviter que les migrants n'imposent un fardeau excessif aux services sociaux ou aux services de santé; toutefois, des facteurs comme des plans d'atténuation, des exemptions et des contestations judiciaires peuvent en limiter l'efficacité. De plus, il existe des obstacles liés à l'application de la politique qui sont attribuables à la complexité des cas et à l'absence de données sur les coûts standard.

#### *Pertinence de la politique sur le fardeau excessif*

Comme mentionné dans la section 3.1.1, la politique sur le fardeau excessif est pertinente, parce que les PT ont défini le coût des soins de santé, les temps d'attente et la nécessité d'éviter une charge trop lourde pour les services de santé et les services sociaux comme des questions préoccupantes. L'information recueillie lors des entretiens appuie cet énoncé, la plupart des interviewés ayant déclaré que la politique sur le fardeau excessif est pertinente et souligné le fait que les systèmes de soins de santé des PT sont surchargés et que la politique sur le fardeau excessif contribue à réduire le fardeau que certains états de santé pourraient imposer. Un petit nombre d'interviewés parmi le personnel de CIC ont aussi fait valoir que la politique pouvait avoir un effet dissuasif sur les demandeurs qui pourraient entraîner un fardeau excessif<sup>65</sup>.

La politique sur le fardeau excessif de CIC est cohérente avec les politiques des autres pays de la CCN. Les politiques de ces partenaires diffèrent sur certains points (p. ex. le seuil de coût du fardeau excessif), mais dans l'ensemble, le Royaume-Uni, l'Australie et la Nouvelle-Zélande ont une politique sur le fardeau excessif comparable à celle du Canada : ces pays utilisent en effet tous le dépistage comme moyen de prévenir une charge déraisonnable pour leur système de soins de santé. L'Australie et la Nouvelle-Zélande ont fixé un seuil de coût du fardeau élevé (celui de l'Australie est de 35 000 \$AU et celui de la Nouvelle-Zélande, de 41 000 \$NZ sur une période de cinq ans ou pour la durée de la maladie).

<sup>64</sup> Ou, s'il y a lieu de croire que des dépenses importantes devront probablement être faites après cette période, sur une période d'au plus dix années consécutives.

<sup>65</sup> Les évaluateurs ne disposaient d'aucunes données pour évaluer les effets dissuasifs.

## Lacunes de la politique

Les répondants au sondage auprès des bureaux des visas et de nombreuses personnes interviewées, malgré leur ferme soutien à la politique sur le fardeau excessif, ont signalé des lacunes pouvant avoir des conséquences sur l'efficacité de la politique.

*Conformité aux plans d'atténuation* : Les demandeurs ont la capacité de contourner l'interdiction de territoire pour raison de fardeau excessif s'ils fournissent un plan d'atténuation de l'utilisation ou du coût des services de santé et des services sociaux du Canada qui sont associés à leur état. Ces plans d'atténuation ont une efficacité limitée, parce que la plupart des services de santé et des services sociaux sont financés par le gouvernement et que les migrants ne peuvent donc pas se voir refuser l'accès à ces services. De plus, aucun mécanisme d'application n'a été mis en place au Canada pour veiller à ce que les migrants suivent leur plan d'atténuation.

*Exemption de la détermination du fardeau excessif* : Certains demandeurs sont exemptés de la détermination du fardeau excessif. Ils doivent subir un EMI complet, mais ils ne sont pas évalués pour le motif du fardeau excessif<sup>66</sup>. Cette exemption, particulièrement les cas qui visent les demandeurs de la catégorie du regroupement familial, peut réduire l'efficacité de la politique, parce qu'un fardeau est toujours transféré au Canada par ces demandeurs. Certaines personnes interviewées ont fait remarquer que les demandeurs qui seraient interdits de territoire s'ils appartenaient à d'autres catégories d'immigration peuvent présenter une demande au titre de la catégorie du regroupement familial afin de contourner leur risque d'interdiction de territoire (les évaluateurs ne disposaient pas de données pour quantifier le recours à cette option). Cette question a été considérée comme particulièrement importante en raison de la forte proportion de demandeurs auxquels l'exemption s'applique. Entre 2008 et 2012, environ 27 % des 525 000 évaluations médicales aux fins de l'immigration étaient visées par l'exemption de la détermination du fardeau excessif.

*Procédures judiciaires et appels des décisions fondées sur le fardeau excessif* : Les médecins de CIC et les agents des visas ont mentionné qu'il était souvent interjeté appel des refus pour le motif du fardeau excessif et que ces appels donnaient souvent lieu à des décisions favorables, c.-à-d. que le refus était annulé. De plus, les agents des visas estimaient que ces cas étaient difficiles à traiter, parce qu'ils devaient bien comprendre la jurisprudence afin de rendre leurs décisions défendables sur le plan juridique. Selon eux, le grand nombre de poursuites et de procédures d'appel fructueuses nuisent à l'efficacité de la politique et entraînent des coûts importants sur le plan des ressources. Les évaluateurs n'ont pas été en mesure d'obtenir des données fiables sur les appels interjetés relativement à des décisions de la Cour fédérale dans les affaires de détermination du fardeau excessif. Ils ont toutefois obtenu de la Commission de l'immigration et des réfugiés du Canada des données sur les appels concernant des demandes de parrainage selon lesquelles entre 2008 et 2013, 34 % de tous les appels concernant des demandes de parrainage qui avaient été refusées pour des motifs sanitaires<sup>67</sup> ont été accueillis.

---

<sup>66</sup> Le motif du fardeau excessif ne s'applique pas à l'époux, conjoint de fait ou partenaire conjugal, à un enfant à charge (y compris un enfant adopté) du répondant ou de l'époux, conjoint de fait ou partenaire conjugal du répondant, aux réfugiés au sens de la Convention (y compris leur époux, conjoint de fait ou partenaire conjugal et leurs enfants à charge) ou aux personnes protégées (y compris leur époux, conjoint de fait ou partenaire conjugal et leurs enfants à charge).

<sup>67</sup> Une proportion de 95 % des refus pour motifs sanitaires sont fondés sur le motif du fardeau excessif défini par la loi.



### Défis liés à la mise en œuvre

Outre les lacunes sur le plan de la politique, l'évaluation a permis de relever un certain nombre d'obstacles à la mise en œuvre de la politique sur le fardeau excessif.

*Complexité et difficulté du traitement* : La plupart des agents des visas qui ont participé au sondage (68,8 %) ont indiqué qu'il était difficile ou très difficile de traiter les cas entraînant un fardeau excessif. Ils trouvaient que le processus d'examen de ces cas était complexe et fastidieux, qu'il nécessitait plusieurs étapes, comme la rédaction de lettres relatives à l'équité procédurale, l'examen des plans d'atténuation, l'examen des notes des médecins agréés et l'appui de la décision par un argument défendable. Ils ont aussi déclaré manquer de connaissances médicales générales ou spécialisées pour comprendre les problèmes médicaux, les coûts de traitement et le risque de fardeau pour les services sociaux.

*Cohérence des recommandations médicales* : Les agents des visas et les interviewés ont souligné que les recommandations et l'approche utilisée pour évaluer les cas de fardeau excessif variaient d'un BMR à l'autre.

*Manque de données à jour sur les coûts des services de santé et des services sociaux des PT* : Pour les médecins de CIC et les agents des visas, il était difficile d'évaluer et de traiter les cas de fardeau excessif en raison du manque d'accès à des données à jour sur les coûts médicaux et de la connaissance de leur existence, qui étaient variables selon les PT. Cet élément a été considéré comme important, parce que les médecins agréés et les agents des visas ont besoin de données exactes pour défendre leur décision en cas de contestation devant la Cour fédérale.

Les personnes interviewées ont mentionné la nécessité de modifier la politique sur le fardeau excessif pour corriger les lacunes qu'elles ont définies et améliorer le processus d'évaluation. Plus particulièrement, elles ont formulé les suggestions suivantes :

- il faudrait mieux définir le fardeau excessif en décrivant les états précis qui rendent une personne interdite de territoire, ce qui simplifierait le processus décisionnel,
- la capacité des clients d'atténuer le fardeau excessif devrait être abolie,
- les clients devraient être tenus de fournir une garantie qui couvrirait les coûts de traitement,
- l'harmonisation, l'échange de renseignements (comme le coût des soins de santé) et la coordination des activités de la politique sur le fardeau excessif entre les PT et entre le gouvernement fédéral et les PT devraient être améliorés.

### 3.2.4. Pertinence des catégories de candidats et des populations qui sont soumises au dépistage

**Constatation** : Les intervenants estimaient que la politique de dépistage de CIC qui ciblait les résidents permanents était pertinente, mais qu'elle l'était moins dans le cas des résidents temporaires, car de nombreuses lacunes pouvant exposer le Canada à des risques pour la santé publique ont été signalées. Les auteurs des écrits recensés et les personnes interviewées ont relevé des facteurs qui appuient une approche du dépistage fondée sur le risque.

Comme il a été mentionné à la section 3.1.1, entre 2008 et 2012, le Canada a admis environ 1,3 million de RP et 4,9 millions de RT<sup>68</sup>. Tous les ressortissants étrangers qui demandent la résidence permanente<sup>69</sup> sont tenus de se soumettre à un EMI, mais seulement certains RT y sont contraints :

- ceux qui désirent exercer temporairement au Canada une profession où la protection de la santé publique est essentielle,
- ceux qui cherchent à entrer au Canada pour une période dont la durée dépasse six mois et qui ont résidé dans un pays ou un territoire désigné<sup>70</sup>, à n'importe quel moment au cours des 12 derniers mois, pendant six mois consécutifs<sup>71</sup>.

L'évaluation s'est attachée à la question de savoir si l'exigence en matière de dépistage médical de CIC, soit l'obligation de subir un IME, ciblait les bonnes catégories de demandeurs et les bonnes populations. Les répondants au sondage auprès des BSP et les nombreuses personnes interviewées à l'administration centrale de CIC et dans les BMR estimaient que le dépistage chez les RP était pertinent, étant donné l'intention de ces personnes de rester au Canada et les conséquences potentielles de leur état de santé sur les services de santé et les services sociaux. Ils étaient moins favorables à l'égard des politiques de dépistage de CIC pour les RT, soulignant les lacunes suivantes de ces politiques qui risquaient d'exposer le Canada à des risques pour la santé publique :

*Période minimale de six mois (toutes les personnes qui entrent au Canada pour une période de six mois ou moins ne sont pas tenues de se soumettre à un EMI) :* Cette politique a été considérée comme comportant une lacune majeure : du point de vue de la santé publique, les étrangers qui proviennent de pays à forte prévalence de TB posent toujours un important risque pour la santé une fois au Canada, malgré la période minimale de six mois (c.-à-d. que cette période n'atténue pas le risque). De plus, quelques interviewés parmi les fonctionnaires de CIC ne pouvaient expliquer clairement les origines ou la raison d'être de cette période; ils ont donc suggéré que le Ministère lance un examen pour déterminer si l'approche actuelle constitue la méthode la plus efficace.

*Visa pour séjours multiples et super visa :* Les visas pour séjours multiples et les super visas permettent aux visiteurs de quitter le pays et d'y entrer de nouveau pour des périodes de temps établies sans qu'il soit nécessaire de refaire une demande chaque fois. Les personnes interviewées ont affirmé que la délivrance de ces types de visas entraîne un risque pour la santé publique parce que les migrants peuvent retourner dans leur pays d'origine (ceux qui ont un haut taux d'incidence de TB) sans devoir subir un autre EMI ni être réexaminés à leur retour au Canada. Le risque posé par les migrations de retour a aussi été confirmé dans les écrits universitaires<sup>72</sup>, pour ce qui est des migrants qui se rendent dans des pays présentant des taux

---

<sup>68</sup> Cette donnée englobe les visiteurs, étudiants et travailleurs temporaires qui présentent une demande de l'extérieur du Canada ou qui arrivent au point d'entrée.

<sup>69</sup> Ce groupe englobe les réfugiés pris en charge par le gouvernement, les réfugiés parrainés par le secteur privé, les personnes protégées et les demandeurs d'asile qui sont au Canada.

<sup>70</sup> Selon CIC, un pays désigné est défini comme un pays/territoire affichant un taux d'incidence sur trois ans de TB pulmonaire à frottis positif estimé à 15/100 000 ou plus.

<sup>71</sup> Prendre note qu'un agent des visas peu aussi exiger qu'un demandeur du statut de RP ou de RT se soumette à un EMI s'il y a des motifs raisonnables de croire que cette personne est interdite de territoire pour motifs sanitaires.

<sup>72</sup> [1] B. Gushulak et coll. (2010), « Canadian Guidelines for Immigrant Health Migration and Health in Canada: Health in the global village. », *Journal de l'Association médicale canadienne*.

[2] A. Davies et coll. (2011), « The Dynamics of Health and Return Migration. », *PLoS Medicine*, vol. 8, n° 6.

de prévalence élevés de maladies infectieuses et qui reviennent au Canada. Selon la documentation, en raison des occasions de voyage accrues et de la probabilité accrue de réexposition à des maladies infectieuses, les migrants qui reviennent au pays et qui ne sont soumis qu'à un seul dépistage pourraient poser un risque pour la santé publique et ils continuent de former une catégorie d'immigrants à risque.

*Travailleurs étrangers temporaires et étudiants étrangers* : Certains interviewés de plusieurs groupes allant des membres du personnel de CIC aux représentants des PT estimaient que l'absence de dépistage pour certains travailleurs étrangers temporaires et étudiants étrangers constituait un risque pour la santé publique. Ces derniers peuvent en effet provenir de régions à taux d'incidence de TB élevés, vivre à étroite proximité d'autres personnes et résider au Canada pendant de longues périodes. Les répondants au sondage auprès des BSP estimaient que le dépistage de ces demandeurs devrait plutôt être fondé sur des évaluations du risque individuel, et que l'un des facteurs d'évaluation aurait pu être le dernier pays de résidence du demandeur et sont taux de TB associé.

*Prorogations / changement de statut à l'intérieur du pays* : Un petit nombre de personnes interviewées du groupe de CIC et des PT ont mentionné que les exigences médicales de certains demandeurs qui présentaient à l'intérieur du pays une demande de prorogation de visa ou qui demandaient un autre statut (p. ex. des travailleurs étrangers temporaires qui désiraient faire la transition vers le statut de résident permanent), pourraient faire l'objet d'une omission par les agents des bureaux internes en raison d'un manque de compréhension ou de formation ou de l'absence de lignes directrices.

Un examen des données administratives a révélé qu'un très faible pourcentage des RT admis au Canada doivent soumettre à un dépistage médical. On estime en effet qu'environ 15 %<sup>73</sup> seulement des RT qui sont arrivés au Canada pendant la période visée par l'évaluation ont dû se soumettre à un EMI. Les données indiquent aussi toutefois que les RT représentaient 28 % des cas identifiés comme présentant une TB évolutive (rendue non évolutive) pendant le processus d'EMI, ce qui donne à penser que les RT posent un risque pour la santé publique.

Des données probantes indiquent que certains RT qui ne font pas l'objet d'un dépistage médical se voient diagnostiquer une infection par la TB après leur arrivée au Canada. Les répondants au sondage auprès des BSP ont fait mention de cas où des RT avaient reçu un diagnostic de TB, mais ne leur avaient pas été signalés par CIC. Ils ont précisé qu'environ 50 % des migrants récents qu'ils ont vus et qui avaient des problèmes d'infection par la TB, qui ne leur avaient pas été signalés par CIC, appartiennent à la catégorie des RT<sup>74</sup>.

La politique en matière de dépistage médical des RT a été décrite comme comportant une lacune majeure, mais les participants aux entretiens et les répondants au sondage auprès des BSP ont reconnu qu'il n'est ni possible ni efficace de soumettre tous les demandeurs à un dépistage. Comme exemple d'une approche efficace, certaines personnes interviewées ont mentionné la nécessité de tenir compte des facteurs de risque épidémiologiques dans le processus de dépistage des demandeurs, suggérant l'utilisation d'une approche stratégique fondée sur le risque.

---

[3] K. Dasgupta et D. Menzies (2005), « Cost-effectiveness of tuberculosis control strategies among immigrants and refugees », *European Respiratory Journal*, vol. 25, n° 6.

<sup>73</sup> Ce nombre a été estimé en fonction du nombre d'admissions des RT entre 2008 et 2012 et le nombre de RT qui se sont soumis à un EMI au cours de cette période.

<sup>74</sup> Le reste de ces migrants étaient des nouveaux immigrants reçus, des réfugiés ou des demandeurs d'asile.

Dans l'étude d'une approche du dépistage fondée sur le risque pour toutes les catégories d'immigrants, les données probantes tirées des écrits recensés donnent à penser que certains facteurs doivent être pris en considération lors de l'évaluation des risques pour la santé que constituent les demandeurs potentiels pour le Canada. Parmi ces facteurs figurent la situation géographique du demandeur, ses conditions de vie et son origine ethnique<sup>75</sup>. Les migrants arrivent au Canada de régions géographiques du monde particulières, dont les populations sont plus fortement touchées par les maladies infectieuses et autres problèmes médicaux qu'ailleurs. De plus, les conditions dans lesquelles un migrant se trouve peuvent indiquer le niveau du risque qu'il pose pour le Canada. Ainsi, pour les réfugiés qui vivent dans des camps surpeuplés, dans des conditions sanitaires déficientes, il y a une augmentation de la probabilité d'être exposés aux maladies infectieuses. Enfin, les personnes qui appartiennent à certaines origines ethniques en particulier ont peut-être une prédisposition à certains problèmes de santé (p. ex. de nature cardiovasculaire). Ces facteurs pourraient donc être considérés conjointement avec l'approche de dépistage actuelle de CIC ou en remplacement de celle-ci.

L'analyse comparative des pays de la CCN a révélé que les autres partenaires soumettent tous à un dépistage les mêmes populations ou genres de demandeurs que le Canada. Les États-Unis et l'Australie procèdent cependant de façon légèrement différente : ces deux pays soumettent au dépistage un plus grand éventail de populations. Les États-Unis ont établi une exigence de dépistage générale, tous les demandeurs de 15 ans ou plus sont ainsi tenus de fournir leurs antécédents médicaux, de se soumettre à un examen physique et de subir une radiographie pulmonaire. L'Australie exige le dépistage médical de l'ensemble des demandeurs de tous les pays; les examens médicaux exigés peuvent cependant varier (p. ex. le dépistage chez les RT dépend de la durée du séjour, des activités prévues et du niveau de risque du pays pour ce qui est de la TB).

### 3.3. Conception et gestion du programme

La conception et la gestion du Programme de DMN ont été évaluées au moyen d'un examen de la disponibilité d'outils, de lignes directrices et d'occasions de formation appuyant l'exécution du programme et la cohérence du processus décisionnel, de la communication et de la coordination à CIC et avec les intervenants, de l'assurance de la qualité et des répercussions des activités et initiatives de modernisation du programme.

#### 3.3.1. Outils et lignes directrices pour l'exécution du Programme

##### *Volet de dépistage médical*

**Constatation :** Des outils et des lignes directrices ont été mis à la disposition des médecins désignés, des médecins agréés et des agents des visas pour appuyer l'exécution du volet de dépistage médical du Programme de DMN et ils sont considérés comme efficaces par les utilisateurs.

<sup>75</sup> [1] B. Gushulak et coll. (2010), « Canadian Guidelines for Immigrant Health Migration and Health in Canada : Health in the global village », *Journal de l'Association médicale canadienne*.

[2] M. Beiser (2005), « The Health of Immigrants and Refugees in Canada », *Revue canadienne de santé publique*.

[3] K. Pottie et coll. (2007), « Prevalence of selected preventable and treatable diseases among réfugiés pris en charge par le gouvernement : Implications for primary care providers. » *Canadian Family Physician*, vol. 53.

[4] Greenaway et coll. (2011), « Tuberculosis : evidence review for newly arriving immigrants and refugees, Canadian Guidelines for Immigrant Health », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 183, n° 12.

## Disponibilité d'outils et de lignes directrices

L'évaluation a permis de constater qu'un grand nombre d'outils de gestion des programmes, de lignes directrices et d'occasions de formation visant à appuyer le volet de dépistage médical<sup>76</sup> du Programme de DMN sont accessibles, notamment :

- des formulaires médicaux, manuels, lignes directrices, séances et documents de formation qui sont accessibles aux médecins désignés chargés d'effectuer les EMI,
- des occasions de formation, des guides de traitement, des bulletins opérationnels, des procédures opérationnelles normalisées, des ressources en ligne et des lignes directrices internes qui sont à la disposition des médecins agréés et des agents des visas pour la réalisation des évaluations médicales aux fins de l'immigration et la prise de décisions quant à l'admissibilité médicale,
- divers autres outils et guides qui appuient les activités d'assurance de la qualité (voir la section 3.3.3 [*Assurance de la qualité*] pour plus d'information).

L'efficacité de ces outils a été évaluée au moyen de données recueillies auprès des représentants du Programme de la Direction générale de la migration et de la santé, de médecins de CIC, de médecins désignés et d'agents des visas. La plupart des personnes interviewées, ainsi que la plupart des répondants aux sondages auprès des médecins désignés et auprès des agents des visas, ont déclaré que les outils et lignes directrices qui leur sont offerts appuient efficacement le processus du dépistage médical. Au cours des visites des BMR, les évaluateurs ont aussi constaté que le personnel de soutien, y compris les médecins agréés recrutés sur place, les adjoints médicaux et les agents de soins de santé, reçoivent une formation suffisante sur le processus d'évaluation médicale aux fins de l'immigration<sup>77</sup>. Au chapitre des améliorations, les membres du personnel de CIC interviewés ont suggéré que le *Guide du médecin* et les procédures opérationnelles normalisées (PON) soient mis à jour, particulièrement en fonction des modifications apportées dernièrement au réseau des BMR et du lancement du système eMédical; ils ont aussi mentionné qu'il serait utile d'offrir aux médecins agréés des séances de formation structurées (p. ex. sur l'évaluation des radiographies pulmonaires).

La plupart des agents des visas qui ont participé au sondage (85 %) estimaient aussi disposer de suffisamment d'outils et de formation portant sur l'admissibilité médicale (ils ont répondu « dans une certaine mesure » ou « dans une grande mesure »).

Presque tous les médecins désignés qui ont été interviewés ou qui ont participé au sondage trouvaient le *Manuel des professionnels désignés*, les formulaires médicaux et les *Instructions pour l'examen médical aux fins de l'immigration* fournis par CIC utiles, clairs, faciles à utiliser et pertinents par rapport à leur travail<sup>78</sup>. Dans l'ensemble, la plupart des médecins désignés estimaient disposer des outils dont ils avaient besoin pour effectuer leur travail (95,3 % d'entre eux étaient en accord ou fortement en

---

<sup>76</sup> Une liste exhaustive de tous les outils et documents d'orientation figure dans les annexes techniques.

<sup>77</sup> Ce sujet est en grande partie couvert par une formation en cours d'emploi.

<sup>78</sup> Dans le sondage, les médecins désignés devaient évaluer l'utilité des trois grands outils à leur disposition pour effectuer les EMI (le *Manuel des professionnels désignés*, les formulaires médicaux et les *Instructions pour l'examen médical aux fins de l'immigration*). Selon eux, le manuel était facile à utiliser (94,8 % d'entre eux en accord ou fortement en accord), facile à comprendre (97,1 % d'entre eux en accord ou fortement en accord) et contenait l'information nécessaire (97,1 % d'entre eux en accord ou fortement en accord). Les formulaires médicaux et les *Instructions pour l'examen médical aux fins de l'immigration* ont aussi été considérés comme conviviaux (96,7 % et 95,6 % d'entre eux étaient en accord ou fortement en accord, respectivement).

accord avec cet énoncé). Une forte majorité d'entre eux ne pensaient pas que des améliorations aux trois grands outils étaient nécessaires, mais il convient de fournir les précisions suivantes :

- le cinquième (20,0 %) des médecins désignés ont déclaré que le manuel devait être amélioré : il fallait le simplifier, le rendre plus convivial, en améliorer l'organisation et en faciliter la consultation (p. ex. en ajoutant un index),
- dix-sept virgule neuf pour cent (17,9 %) d'entre eux estimaient que les formulaires médicaux devaient être améliorés (certains suggérant des modifications visant de façon très précise des aspects médicaux ou des maladies),
- quinze virgule trois pour cent (15,3 %) d'entre eux ont déclaré qu'il fallait mettre à jour de façon plus régulière les *Instructions pour l'examen médical aux fins de l'immigration*.

Les médecins désignés avaient reçu de la formation sous diverses formes (p. ex. des CD, des webinaires, des téléconférences et de la formation en cours d'emploi) pour la mise en œuvre du système eMédical et ils étaient très élogieux à l'égard de la formation qu'ils avaient reçue :

- pour 87 % d'entre eux, la qualité de la formation était bonne (ils étaient en accord ou fortement en accord avec l'énoncé),
- pour 93,6 % d'entre eux, l'information fournie par le biais de la formation était utile (ils étaient en accord ou fortement en accord avec l'énoncé),
- pour 79,1 % d'entre eux, la formation reçue sur le système eMédical était suffisante (ils étaient en accord ou fortement en accord avec l'énoncé).

Cependant, près du cinquième des médecins désignés (19,2 % ou 81 sur 422) se sont dits en désaccord ou fortement en désaccord avec l'énoncé selon lequel ils avaient reçu suffisamment de formation. Ces résultats variaient selon le BMR, les médecins désignés du BMR des Amériques étant moins positifs au sujet de l'accessibilité de la formation sur eMédical que les médecins désignés des autres régions (31,6 % d'entre eux étaient en désaccord ou fortement en désaccord avec l'énoncé sur l'accessibilité de cette formation). Selon les résultats du sondage auprès des médecins désignés, les médecins désignés des Amériques ont reçu moins de formation en personne que les autres, ce qui pourrait expliquer les divergences d'opinions (voir les annexes techniques pour de l'information sur la fréquence des séances de formation déclarées dans le sondage).

### **Volet de notification et de surveillance médicale**

**Constatation :** Des outils et des lignes directrices ont été mis à la disposition des agents des visas et de l'ASFC pour appuyer l'exécution du volet de notification et de surveillance médicale du Programme de DMN et ils sont considérés comme efficaces. Il y a un petit nombre seulement d'outils et de documents d'orientation destinés aux PT, une lacune qui a été signalée par les PT.

Un certain nombre d'outils et de lignes directrices visant à appuyer l'exécution du volet de notification et de surveillance médicale du Programme de DMN<sup>79</sup> sont fournis aux partenaires d'exécution, notamment :

- des outils et des directives destinés aux agents des visas, pour le processus de notification (p. ex. le formulaire Surveillance médicale – Engagement et le document d'information),

<sup>79</sup> Une liste complète de tous les outils et documents d'information figure dans les annexes techniques.



- des guides d'exécution de la loi pour les agents des services frontaliers contenant des lignes directrices sur l'admissibilité médicale et les exigences en matière d'interdiction de territoire, des directives pour les passagers qui arrivent au pays et qui doivent se soumettre à une surveillance et des directives sur l'envoi de notifications à CIC,
- des lignes directrices sur le renvoi urgent de cas de tuberculose aux autorités de la santé des PT,
- des formulaires de notification, que CIC doit fournir aux autorités de la santé des PT.

Pratiquement tous les interviewés de CIC et de l'ASFC estimaient que les outils, la formation et les lignes directrices étaient suffisants et appuyaient efficacement l'exécution du processus de notification et de surveillance médicale. Les personnes interviewées du groupe des PT (représentants de la lutte contre la TB) étaient moins élogieuses à l'égard de la disponibilité d'outils et lignes directrices, la plupart d'entre elles affirmant n'avoir reçu que très peu d'outils, de formation ou de lignes directrices de CIC au sujet du processus de surveillance ou ne pas en avoir reçu. Plus particulièrement, les personnes interrogées ont indiqué que les rôles et responsabilités et certaines des procédures se rattachant au processus de surveillance et de notification (maladies faisant l'objet d'un dépistage ou nécessitant une surveillance et processus de conformité aux exigences de la surveillance) n'étaient pas clairs. Ces opinions ont aussi été exprimées lors du sondage auprès des BSP. Quant à savoir s'ils avaient suffisamment d'information sur le processus de notification et de surveillance médicale de CIC, seulement 40 % des répondants au sondage ont convenu en avoir reçu suffisamment. De même, seulement 39 % de ces participants ont indiqué savoir avec quelle personne-ressource communiquer, à CIC, s'ils avaient des questions. Ils ont recommandé comme solution à ce problème que CIC leur fournisse plus d'information, soit de meilleurs renseignements par voie électronique, des lignes directrices et des activités de sensibilisation leur présentant une définition des rôles et responsabilités et des attentes de CIC quant aux maladies devant faire l'objet d'une surveillance et les procédures d'établissement de rapports sur la conformité aux exigences en matière de surveillance.

Les personnes interviewées des PT et les répondants au sondage auprès des BSP ont aussi souligné quelques problèmes liés au formulaire de notification que CIC fournit aux autorités de la santé des PT. Plus particulièrement, les PT ont mentionné que les notifications sont parfois manuscrites et difficiles à lire (écriture trop pâle ou illisible), qu'elles ne suivent pas une convention relative aux prénoms et noms de famille (séquence) ou que les coordonnées de la personne-ressource sont inexactes ou incomplètes. Ces lacunes posent un problème aux PT au moment de communiquer avec les clients. De plus, les répondants des PT estiment qu'il faudrait fournir plus d'information sur le formulaire de notification, comme la catégorie d'immigration du client, le dernier pays de résidence permanente et la langue.

### 3.3.2. Communication et coordination

#### *Communication et coordination à travers du réseau de CIC*

**Constatation :** La communication et la coordination entre les intervenants du Programme de DMN sont, de façon générale, efficaces, bien qu'une baisse du niveau de communication entre les BMR et les médecins désignés ait été constatée après la mise en œuvre du système eMédical, ce que les médecins désignés ont considéré comme une lacune.

Différents mécanismes visant à faciliter la communication entre les divers intervenants et la coordination de leurs activités ont été mis en place à l'échelle du Programme de DMN. Les personnes interviewées de l'ensemble des groupes estimaient que la communication et la coordination entre les divers partenaires et intervenants du programme étaient efficaces.

Selon les données obtenues du sondage auprès des médecins désignés, la communication avec les BMR se faisait surtout par courriel et la fréquence des contacts pouvait être de quelques fois par année (48,3 %), d'environ une fois par mois (20,1 %) ou de quelques fois par mois (15,8 %). Pratiquement tous les médecins désignés qui ont été interviewés étaient d'avis que la communication et la coordination étaient généralement efficaces dans leur BMR. De même, les répondants au sondage auprès des médecins désignés étaient très positifs au chapitre de la communication avec les BMR :

- quatre-vingt-treize pour cent d'entre eux convenaient être satisfaits de la qualité de l'information qu'ils recevaient après avoir présenté une demande (en accord ou fortement en accord avec l'énoncé),
- quatre-vingt-douze pour cent d'entre eux étaient satisfaits des méthodes de communication avec leur BMR (en accord ou fortement en accord avec l'énoncé),
- quatre-vingt-dix pour cent d'entre eux estimaient pouvoir joindre leur BMR en tout temps s'ils avaient des questions (en accord ou fortement en accord avec l'énoncé),
- quatre-vingt-dix pour cent des médecins désignés convenaient recevoir des réponses rapidement des BMR lorsqu'ils posaient des questions (en accord ou fortement en accord avec l'énoncé)<sup>80</sup>.

Malgré ces bons résultats, près du quart (23,1 % ou 120 sur 520) des médecins désignés ayant participé au sondage affirmaient que des améliorations sur le plan de la communication avec leur BMR<sup>81</sup> s'imposaient. Le principal point soulevé par ces médecins désignés était la nécessité d'améliorer l'accès aux BMR et d'offrir un contact direct avec eux. Les médecins désignés et les médecins agréés qui ont été interviewés ont mentionné que la fréquence des contacts en personne et des contacts et communications personnelles avec les médecins désignés avait diminué après la mise en œuvre du système eMédical. Les médecins agréés ont fait remarquer qu'après la mise en œuvre du système, il n'y avait que peu de ressources à leur disposition pour maintenir le niveau de communication précédent.

L'information recueillie a aussi révélé que la communication entre les BMR et les bureaux des visas et la coordination de leurs activités était efficace, la plupart des agents des visas ayant participé au sondage (89,4 %) estimant leur communication avec leur BMR comme étant efficace. Bon nombre des répondants au sondage (58,5 %) étaient d'avis qu'il y avait place à l'amélioration, surtout sur le plan du délai de traitement des demandes envoyées à la boîte de courriel générale (qui n'était pas toujours raisonnable) et de la fréquence des bilans opérationnels et des bilans sur la politique par les BMR, particulièrement dans les cas où certains problèmes pourraient avoir une incidence sur le traitement des demandes de visas.

---

<sup>80</sup> Les médecins désignés qui étaient supervisés par le BMR de New Delhi étaient toujours plus en accord avec tous les énoncés du sondage que ceux des autres BMR (bien que le niveau général d'accord soit élevé).

<sup>81</sup> Les médecins désignés qui étaient supervisés par le BMR des Amériques ont plus souvent répondu que des améliorations à la communication s'imposaient que ceux des autres BMR.



## **Communication et coordination avec les autres ministères et les provinces et territoires**

**Constatation :** Il a été constaté que la communication et la coordination entre CIC et les AM étaient de façon générale efficace. Par contre, il y a une absence de mécanismes officiels pour favoriser la mobilisation par CIC des ministères de la Santé des PT, ce qui représente une lacune, particulièrement sur le plan de la concertation quant aux questions de fardeau excessif. Les autorités de la santé des PT ont aussi défini des obstacles à la communication des résultats médicaux des clients soumis à une surveillance entre CIC et ses intervenants.

CIC a signé des ententes d'échange de renseignement et de données avec l'ASFC et l'ASPC, qui couvrent la communication de renseignements médicaux. L'ASFC informe CIC de la première arrivée au Canada d'un demandeur devant se soumettre à une surveillance médicale et l'ASPC collabore avec CIC dans le cadre de divers groupes de travail, de téléconférences mensuelles et de réunion au niveau des cadres sur les interventions pour lutter contre des tendances émergentes et de nouveaux problèmes de santé migratoire. Les personnes interviewées étaient d'avis que la communication et la coordination entre CIC et l'ASFC ainsi qu'entre le Ministère et l'ASPC étaient de façon générale efficace<sup>82</sup>.

Les personnes interviewées des PT et les répondants au sondage auprès des BSP n'ont formulé de commentaires au sujet d'aucun problème de communication important avec CIC, mais il a été souligné que les notifications de CIC étaient parfois reçues après que certains clients devant se soumettre à une surveillance ont déjà pris contact avec l'autorité de la santé des PT. De plus, les personnes interrogées du groupe des PT (représentants de la lutte contre la TB) ont indiqué que CIC ne procède pas, dans la pratique courante, à l'envoi systématique des dossiers médicaux de ces clients. Les autorités de la santé des PT doivent plutôt en faire la demande auprès de CIC et font remarquer que ce processus prend trop de temps (habituellement de deux à quatre semaines ou jusqu'à plusieurs mois<sup>83</sup>). Étant donné qu'à peine plus du quart (27,3 %) des répondants au sondage auprès des BSP ont déclaré demander les résultats médicaux pour la totalité de leurs clients et que de nombreux clients ne recevaient pas copie de leurs résultats médicaux<sup>84</sup>, cette situation constitue une lacune dans l'échange d'information entre CIC et les PT.

Les interviewés du groupe de CIC ont aussi souligné que mis à part le cas de la communication avec les autorités de la santé des PT aux fins de la notification et de la surveillance médicale, il y avait absence de mécanismes officiels pour favoriser la communication entre CIC et les ministères de la Santé PT et la mobilisation des ministères. Cette absence est à l'origine du niveau très limité des interactions et de la coordination en matière d'information sur les coûts médicaux destinée à appuyer l'évaluation du fardeau excessif et à alimenter une discussion sur la politique et les procédures de CIC à l'égard du fardeau excessif, qui font appel à la participation des PT. La Direction générale de la migration et de la santé a tenté de mobiliser les ministères de la Santé

<sup>82</sup> Il a toutefois été mentionné qu'il arrive que des formulaires de notification ne soient pas envoyés dans les délais impartis par l'ASFC à CIC (voir la section 3.4.4 pour de plus amples renseignements à ce sujet).

<sup>83</sup> Cette affirmation est en accord avec les résultats du sondage auprès des BSP : 29,1 % des répondants ont déclaré qu'il leur fallait de deux à quatre semaines pour obtenir l'information médicale après en avoir fait la demande, 20 % d'entre eux ont affirmé qu'il leur fallait d'un à deux mois.

<sup>84</sup> Plus particulièrement, 4 % des médecins agréés qui ont répondu au sondage ont déclaré donner à tous les clients une copie de leurs résultats médicaux, 57,2 % d'entre eux ont indiqué ne fournir les résultats médicaux que si le client leur demandait, 33,6 % d'entre eux ont dit fournir les résultats médicaux si le client présentait une maladie grave et 18,6 % d'entre eux ont répondu ne jamais donner aux clients une copie de leurs résultats médicaux.

provinciaux et territoriaux par le biais de la table fédérale-provinciale-territoriale sur la santé de Santé Canada, mais le niveau de participation des PT sur cette question n'est pas élevé.

### 3.3.3. Assurance de la qualité pour le Programme de DMN

**Constatation :** Des outils d'assurance de la qualité normalisés ont été élaborés, mais ils n'ont pas été utilisés de façon uniforme dans l'ensemble du Programme de DMN et les évaluateurs n'ont pas eu accès à des résultats centralisés sur l'assurance de la qualité au niveau du Programme.

En 2011, le Bureau du vérificateur général du Canada a examiné les mécanismes d'assurance de la qualité utilisés par CIC pour le processus de dépistage médical. Le vérificateur général a conclu que les activités d'évaluation de la qualité et de la fiabilité des examens médicaux effectués par les médecins agréés variaient d'un bureau médical régional à l'autre et qu'une approche normalisée fondée sur le risque n'avait pas été élaborée<sup>85</sup>. En réponse au rapport, CIC a accepté de mettre en œuvre un cadre d'AQ pour ses processus d'EMI et d'évaluation médicale aux fins de l'immigration.

Les évaluateurs ont constaté que CIC a élaboré un cadre d'AQ ainsi qu'un certain nombre de modèles de rapport sur les activités d'AQ<sup>86</sup>, y compris des modèles pour surveiller les éléments suivants :

- le travail des médecins désignés (p. ex. une liste de contrôle des visites, les plaintes des clients, le respect des normes de service, les rapports sur les erreurs des médecins désignés),
- le processus d'évaluation médicale aux fins de l'immigration (p. ex. la qualité de la saisie des données, l'approbation, le respect des pouvoirs de délégation et l'outil de vérification du SMGC),
- les fichiers médicaux qui sont autorisés automatiquement,
- le processus de notification et de surveillance médicale (p. ex. le respect des normes et la qualité de la saisie des données).

Tous ces modèles ont été élaborés par la Direction générale de la migration et de la santé, mais les évaluateurs ont constaté qu'ils n'ont pas été utilisés ou mis en œuvre de façon uniforme dans l'ensemble des BMR. Selon l'information recueillie lors des visites sur place et des entretiens avec les médecins de CIC et les membres du personnel des BMR, certains BMR ont élaboré et utilisé leur propre outil d'AQ en plus de certains des outils normalisés pour évaluer la qualité des EMI et des évaluations médicales aux fins de l'immigration. Ces pratiques variaient cependant d'un BMR à l'autre. Ainsi, le BMR de New Delhi a mené une vérification au bureau<sup>87</sup> au moyen des outils élaborés par la Direction générale de la migration et de la santé, mais les autres BMR n'ont pas fait cet exercice. Certains BMR examinent les fichiers qui ne sont pas autorisés automatiquement, y détectent les erreurs de saisie faites par les médecins désignés et demandent à ceux-ci de corriger ces erreurs.

<sup>85</sup> Vérificateur général du Canada (2011), « Chapitre 2 – L'octroi des visas », *Rapport du vérificateur général du Canada de l'automne 2011* [www.oag-bvg.gc.ca/parl\\_oag/201111\\_02\\_f\\_35934.html](http://www.oag-bvg.gc.ca/parl_oag/201111_02_f_35934.html).

<sup>86</sup> Une liste exhaustive des outils d'assurance de la qualité figure dans les annexes techniques.

<sup>87</sup> Le processus de vérification au bureau vise à évaluer le rendement des médecins désignés au moyen de trois critères : une auto-vérification annuelle, les plaintes des clients et les rapports d'erreur des BMR.

Pour ce qui est de l'AQ des EMI, la Direction générale de la migration et de la santé a élaboré un processus pour procéder à l'AQ sur un échantillon de dossiers eMédical qui ont été autorisés automatiquement. Certains BMR ont examiné de petits échantillons de dossiers autorisés automatiquement dans leurs bureaux respectifs, mais les évaluateurs n'ont pu obtenir aucune donnée montrant qu'une AQ est effectuée sur les dossiers autorisés automatiquement au moyen d'une approche systématique centralisée.

Avant le lancement du système eMédical, les membres du personnel des BMR examinaient la totalité des cas à faible risque. Cependant, avec le lancement de la fonction d'autorisation automatique, ces employés ne voient plus ces cas; il est donc nécessaire de procéder à une AQ systématique pour faire en sorte que cette fonction soit efficace. Pour garantir la fiabilité du processus de dépistage médical et pour atténuer les risques pour l'intégrité du Programme, les médecins agréés ont recommandé la normalisation des procédures d'AQ à l'échelle du réseau des BMR. De plus, les médecins agréés estimaient qu'il faudrait augmenter les ressources affectées à la tenue d'activités régulières d'AQ des cas autorisés automatiquement et des visites de cliniques selon un calendrier établi en fonction du risque.

Quant à l'AQ des évaluations médicales aux fins de l'immigration, il a été constaté au cours des visites que les BMR tiennent certaines activités d'AQ de ces évaluations médicales réalisées par des évaluateurs et assistants médicaux; toutefois, la méthode et l'étendue de ces activités varient selon le BMR.

Les médecins agréés interviewés ont aussi mentionné qu'au cours des dernières années, le nombre de visites à des médecins désignés a diminué et les visites ont même cessé dans certaines régions, en raison du manque de ressources. De plus, bon nombre des BMR ne connaissaient pas l'existence de l'outil de vérification du SMGC et la plupart de ceux qui connaissaient cette fonction, ne l'utilisaient pas dans le SMGC.

L'information recueillie lors des visites des bureaux a révélé que même si certains BMR communiquent les résultats de leurs activités d'AQ à la Direction générale de la migration et de la santé, ils ne le font pas au moyen des modèles d'AQ qui ont été élaborés et la communication des résultats n'est pas faite de façon uniforme dans l'ensemble des BMR. En outre, la Direction générale de la migration et de la santé ne procède qu'à un très bas niveau d'activités de collecte et de compilation de données et d'établissement de rapports réguliers sur les résultats de l'AQ. De même, des modèles d'AQ ont été élaborés aux fins d'utilisation pour le volet de notification et de surveillance médicale, mais aucune donnée ne donne à penser que ce processus d'AQ a été utilisé.

### **3.3.4. Impact des activités et initiatives de modernisation sur le Programme de DMN**

#### ***Volet de dépistage médical***

**Constatation :** Les efforts de modernisation de CIC ont entraîné une amélioration de l'efficacité dans le volet de dépistage médical du Programme de DMN, particulièrement au chapitre de l'évaluation des cas simples. Toutefois, certaines activités de modernisation ont engendré un certain nombre de problèmes opérationnels.

Entre 2009 et 2013, CIC a mis en œuvre plusieurs initiatives visant à moderniser son réseau de traitement des demandes. Un certain nombre de ces projets se rattachaient au volet de dépistage

médical du Programme de DMN et ils ont été mis en œuvre dans le but d'accroître l'efficacité, les économies et l'intégrité du processus de dépistage médical. Voici ces initiatives :

- *eMédical* : Ce système de traitement électronique des examens médicaux aux fins de l'immigration utilisé par les médecins désignés, a permis d'automatiser le guide, les processus papier des EMI et le transfert des résultats de l'EMI à CIC<sup>88</sup>.
- *centralisation du traitement des dossiers médicaux* : Grâce à la mise en œuvre des systèmes eMédical et SMGC, CIC a pu centraliser le traitement des examens médicaux et fermer plusieurs BMR<sup>89</sup>.

À la même période, un nouveau module médical et une fonction d'autorisation automatique ont été intégrés au SMGC; ces ajouts ont facilité le processus de détermination de l'admissibilité médicale et permis l'autorisation automatique des dossiers médicaux simples à faible risque. Les médecins ont ainsi pu se consacrer aux dossiers complexes<sup>90</sup>.

### **eMédical**

La plupart des interviewés du groupe de CIC ont indiqué que le système eMédical avait permis d'augmenter l'efficacité du processus d'évaluation des dossiers médicaux de CIC, car il avait entraîné une accélération du traitement des demandes (pour plus de renseignements à ce sujet, consulter la section 4.3.1). En plus de la réduction des temps de traitement, le personnel de l'administration centrale de CIC, les médecins agréés et les agents des visas ont mentionné d'autres gains d'efficacité attribuables au nouveau système :

- le transfert électronique des dossiers a entraîné une réduction de la paperasse et de l'espace d'entreposage, du temps de transport des dossiers et des frais d'affranchissement,
- le système électronique a facilité le flux du travail de traitement dans le réseau de CIC et conféré ainsi une plus grande souplesse au transfert du volume de travail en fonction de la capacité,
- les renseignements fournis par les médecins désignés ont gagné en uniformité, parce que le système régit les données qui doivent être saisies avant la soumission des résultats et le problème de l'envoi d'EMI incomplets à CIC est donc éliminé,
- l'intégrité, la sécurité et l'intégralité des EMI ont été accrues, car le système garantit le transfert sûr des fichiers et exige la production d'une photo pour identification à télécharger dans le système.

Les médecins désignés qui ont participé au sondage avaient des commentaires positifs à l'égard de la mise en œuvre du système eMédical, faisant remarquer qu'il s'agissait d'un bon système pour leur bureau (94,6 % d'entre eux étaient en accord ou fortement en accord) et qu'il était facile à utiliser (91,7 % d'entre eux étaient en accord ou fortement en accord) (figure 3.1).

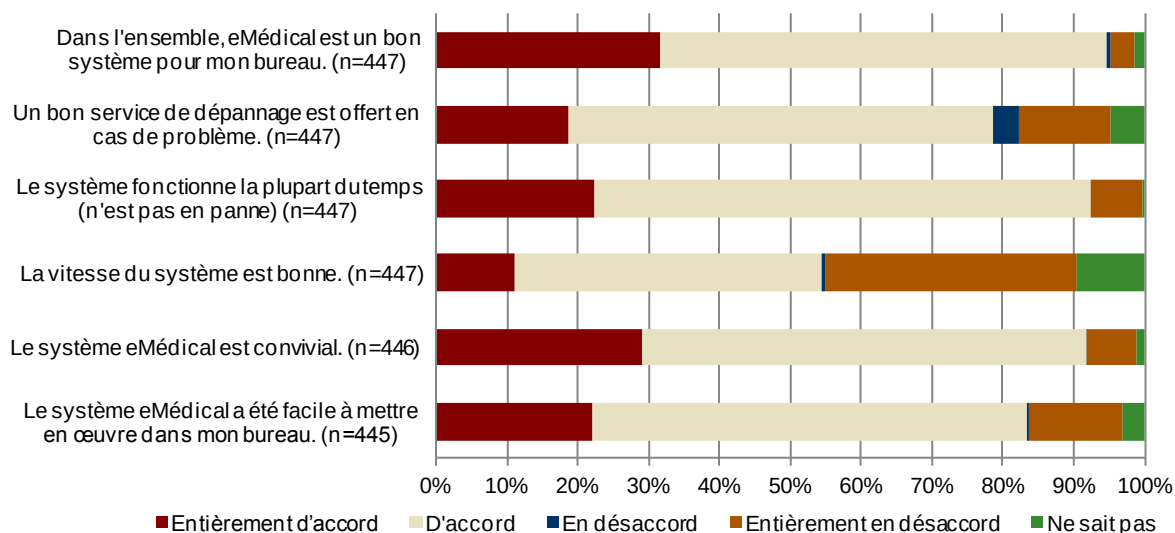
---

<sup>88</sup> Créé et exploité en Australie, le système eMédical a commencé à être utilisé au Canada en janvier 2013.

<sup>89</sup> Désignée couramment comme la « rationalisation » à CIC, cette initiative a donné lieu à la fermeture de deux BMR (Port of Spain et Singapour) pendant l'AF 2012-2013 et de deux autres BMR (Paris et Beijing) pendant l'AF 2013-2014.

<sup>90</sup> Le module médical du SMGC a été intégré au Système en 2010 et la fonction d'autorisation automatique, en novembre 2012.

**Figure 3.1 : Opinions des répondants au sondage auprès des médecins désignés au sujet du système eMédical**



Source : Sondage auprès des médecins désignés

Les évaluateurs ont toutefois constaté que le système eMédical a créé des inefficacités dans la réalisation des EMI pour les médecins désignés. Plus particulièrement, les médecins désignés qui ont été interviewés ont mentionné la lenteur et l'absence de convivialité du système (le nombre de clics et d'écrans nécessaires) comme les principaux obstacles à l'efficacité de la réalisation d'EMI au moyen du système. De même, environ 45,1 % des médecins désignés qui ont participé au sondage étaient en désaccord ou fortement en désaccord avec l'énoncé selon lequel la vitesse du système était bonne et bon nombre d'entre eux ont souligné dans la section réservée aux commentaires ouverts que le système pourrait être beaucoup plus convivial (p. ex. il y a un trop grand nombre de cases à cocher et d'écrans dans lesquels il faut naviguer). Ces problèmes semblent avoir eu une incidence sur l'efficacité de la réalisation de l'EMI; en effet, 40,6 % des médecins désignés ayant participé au sondage ont déclaré qu'il fallait plus de temps pour effectuer un EMI depuis la mise en œuvre d'eMédical (31,7 % d'entre eux ont déclaré qu'il leur fallait moins de temps et 27,7 %, le même temps).

Le système eMédical a été conçu pour éliminer la nécessité d'un EMI sur support papier; il permet aux utilisateurs de saisir des renseignements médicaux directement dans l'interface, qui seront soumis au BMR. Un grand nombre des médecins désignés interviewés et 52,8 % des médecins désignés ayant participé au sondage ont toutefois mentionné qu'ils consignaient toujours les résultats de l'EMI sur papier et entraient (ou demandaient à un employé d'entrer) les résultats dans le système à une date ultérieure. Ils procédaient ainsi en raison de la lenteur et de l'aspect peu convivial du système, et des problèmes techniques survenant à l'utilisation.

Du point de vue de CIC, les employés de soutien des BMR interviewés au cours des visites des bureaux ont aussi fait remarquer que le lancement du système eMédical a alourdi la charge de travail, car il a entraîné une augmentation sensible du nombre de demandes ou de questions des médecins désignés. Il existe un centre de dépannage<sup>91</sup>, mais les BMR ont mentionné recevoir quand même des questions sur le traitement auxquelles le centre ne peut répondre. Les personnes interviewées ont déclaré que le volume de demandes liées au système eMédical a exercé une

<sup>91</sup> Le centre de dépannage s'appelle « Panel Gateway » (il est situé en Australie).

pression sur les ressources des BMR, plus particulièrement sur le BMR des Amériques, et a nui à la vitesse de traitement. De plus, certains BMR estimaient qu'il était difficile d'apporter des améliorations à la plateforme, car il s'agit d'un système exploité conjointement avec l'Australie. CIC doit en effet consulter son partenaire australien avant d'y apporter des modifications.

### ***Modules médicaux du SMGC et fonction d'autorisation automatique***

Les résultats médicaux soumis par les médecins désignés au moyen du système eMédical sont téléchargés dans le SMGC. Une page de modules médicaux ainsi qu'une fonction d'autorisation automatique des cas simples (c.-à-d. les cas M1)<sup>92</sup> ont été ajoutées au système. Comme dans le cas de la mise en œuvre du système eMédical, la plupart des personnes interviewées convenaient que la fonction d'autorisation automatique avait amélioré le rendement du processus. Puisque cette fonction permet l'autorisation d'un grand nombre de dossiers médicaux à faible risque par le système, elle élimine le besoin de traitement manuel et permet aux membres du personnel d'affecter les ressources aux cas complexes. Les évaluateurs ne disposaient pas de données administratives détaillées sur le nombre d'EMI autorisés automatiquement<sup>93</sup>; toutefois, l'information tirée de la documentation de la Direction générale de la migration et de la santé de 2013-2014 a indiqué qu'en moyenne, 74 à 75 % des cas simples ont été autorisés automatiquement<sup>94</sup>.

Des évaluations ministérielles de divers programmes menées dans le passé ou en cours ont montré que le SMGC a permis de réaliser des économies de gestion de cas et de traiter divers genres de demandes d'immigration, mais l'ajout des modules médicaux<sup>95</sup> a créé des problèmes de traitement. Les membres du personnel des BMR et les évaluateurs, lors de leurs visites sur place, ont recensé un certain nombre de problèmes :

- l'interface médicale du SMGC peut présenter une certaine lenteur lors de la saisie ou de l'évaluation des EMI,
- il y a un décalage lorsque l'utilisateur passe d'un écran à l'autre et l'interface n'est donc pas considérée comme conviviale,
- les contraintes liées à la largeur de bande passante et les limites du système nuisent à la capacité du personnel chargé du traitement de télécharger rapidement les renseignements médicaux et les images; le personnel télécharge donc toutes les pièces jointes dans un lecteur commun, de sorte que les médecins agréés peuvent les consulter rapidement;
- l'afficheur d'images du SMGC fonctionne mal lors de l'affichage des radiographies, les images étant souvent trop pâles ou trop foncées sur l'écran,
- le SMGC ne permet pas aux utilisateurs d'ouvrir plusieurs fichiers de radiographies à la fois pour comparer facilement les images.

---

<sup>92</sup> Les cas courants sont ceux où il n'y a pas d'enjeux médicaux. Grâce à la fonction d'autorisation automatique, ils sont examinés et autorisés automatiquement; l'examen manuel n'est pas nécessaire.

<sup>93</sup> Tel qu'il a été mentionné dans la section précédente, les évaluateurs ne disposaient pas de données administratives ou d'AQ sur le fonctionnement du système eMédical.

<sup>94</sup> Le résultat attendu des EMI de cote M1 est un taux d'autorisation automatique de 70 à 80 %, selon le bilan de la mise en œuvre du système eMédical de 2013.

<sup>95</sup> Ce sont certains écrans du SMGC qui comportent la fonction de téléchargement des résultats eMédical et qui permettent aux BMR et aux employés du bureau des visas de traiter l'admissibilité médicale.



Les personnes interviewées ont souligné que toutes ces questions ont constitué des obstacles au traitement des évaluations médicales et bon nombre d'entre elles estimaient que le processus d'évaluation des dossiers complexes était plus long maintenant qu'à l'époque du processus sur support papier.

### ***Centralisation du traitement médical***

La mise en œuvre du système eMédical et la fonction d'autorisation automatique ont permis d'optimiser le rendement du réseau des BMR en centralisant le traitement médical dans quatre bureaux. Cette centralisation a entraîné des économies, soit une réduction du personnel de soutien nécessaire, des coûts de fonctionnement et des coûts de gestion (pour plus d'information à ce sujet, voir la section 3.5.1). Les personnes interviewées étaient d'avis que la centralisation avait permis de réaliser des économies, mais quelques médecins de CIC ont indiqué avoir été moins en mesure qu'avant d'effectuer des activités d'AQ en raison d'un manque de ressources (comme mentionné à la section 3.3.3).

### ***Modernisation du volet de notification et de surveillance médicale***

**Constatation :** Le volet de notification et de surveillance médicale du Programme de DMN continue d'utiliser en grande partie le support papier, car le processus n'a pas été modernisé.

Bien que le volet de dépistage médical du Programme de DMN ait fait l'objet de certains efforts de modernisation, les personnes interviewées de CIC, des autres ministères et des PT ont toutes affirmé que le volet de notification et de surveillance médicale du Programme de DMN n'avait par contre fait l'objet que d'un très petit nombre de mesures sinon d'aucune mesure d'innovation ou de modernisation. Le processus de notification actuel prévoit la remise et la collecte de formulaires papier auprès des clients, l'envoi de formulaires papier par télécopieur ou par la poste de l'ASFC à CIC et l'envoi par télécopie de formulaires papier aux autorités de la santé des PT. Des données sur ce volet sont aussi saisies dans un système autonome (le GCUSM), qui n'est pas intégré au SMGC.

Le processus papier a nui au rendement du processus de surveillance médicale et a eu une incidence sur le délai de notification des autorités de la santé des PT des décisions au sujet des clients devant se soumettre à une surveillance (pour de plus amples renseignements à ce sujet, consulter la section 3.4.3).

## **3.4. Rendement**

### **3.4.1. Délai d'évaluation des examens médicaux aux fins de l'immigration**

Le premier résultat immédiat attendu du volet de dépistage médical du Programme de DMN est la réalisation d'EMI. La présente évaluation s'est attachée à mesurer le délai de réalisation et d'évaluation des EMI. Les évaluateurs n'ont pas été en mesure d'établir la durée moyenne de la réalisation d'un EMI par un médecin désigné, en raison de la nature du processus d'EMI et des difficultés de collecte des données et d'analyse s'y rattachant<sup>96</sup>. Par conséquent, la présente évaluation a seulement porté sur le délai d'évaluation des EMI par CIC.

---

<sup>96</sup> Les facteurs suivants ont nui à l'exactitude de l'évaluation des données de l'EMI : les médecins désignés sont régis par des normes de service qu'ils suivent, mais cette donnée n'est pas compilée; les demandeurs disposent d'une fenêtre de 30 jours (ou plus, si on leur accorde une prolongation) pour subir leur examen médical et certains clients



**Constatation :** Bien que, selon les agents des visas, les bureaux médicaux fournissaient les résultats médicaux en temps opportun, les normes de service quant au traitement des évaluations médicales aux fins de l'immigration n'étaient pas respectées. Le temps nécessaire pour évaluer un cas simple a cependant diminué en 2014, année qui coïncide avec le lancement du système eMédical.

Dans l'ensemble, les répondants au sondage auprès des bureaux des visas n'ont pas signalé le processus de dépistage médical comme un obstacle au traitement rapide des visas. Ils devaient indiquer quel était le délai de réception d'une évaluation médicale après la délivrance par le bureau des visas des documents médicaux à un demandeur et si le document était reçu en temps opportun. La moitié des répondants (52,5 %) ont déclaré recevoir l'information dans un délai de moins de quatre semaines et 21,8 % d'entre eux ont affirmé la recevoir dans un délai de cinq à huit semaines<sup>97</sup>. De façon générale, les répondants estimaient recevoir l'évaluation en temps opportun (55 % d'entre eux ont répondu « dans une grande mesure » et 34 %, dans une certaine mesure).

Tous les médecins agréés estimaient que la plupart des évaluations étaient effectuées en temps opportun, surtout celles des dossiers ne présentant que quelques problèmes médicaux, car la plupart de ces dossiers sont maintenant autorisés automatiquement dans le SMGC. Ils ont cependant mentionné certains éléments pouvant nuire à la vitesse du processus d'évaluation des cas, y compris la complexité des cas (fardeau excessif, radiographies indiquant un cas potentiel de TB, etc.), le manque de personnel et de ressources pour les évaluations médicales aux fins de l'immigration, la mise en correspondance inexacte des résultats médicaux et des demandes et les problèmes liés au système (examen des images des radiographies et allongement du temps nécessaire pour la saisie des données dans le SMGC).

Les évaluateurs ont examiné la mesure dans laquelle les évaluations médicales aux fins de l'immigration sont traitées en conformité avec les normes de service de la Direction générale de la migration et de la santé, qui sont les suivantes :

- les données de 80 % de toutes les évaluations médicales aux fins de l'immigration sur support papier envoyées par les médecins désignés doivent être saisies dans le SMGC dans les trois jours civils suivant la réception de ces documents papier,
- quatre-vingt pour cent des dossiers médicaux envoyés par les médecins désignés doivent être réglés ou être traités dans le SMGC dans les trois jours civils suivant leur réception (par le biais du système eMédical ou de la saisie des données, dans le cas des EMI papier),
- quatre-vingt pour cent des dossiers médicaux non admissibles (les cas M4, M5 et M6<sup>98</sup>) doivent être réglés dans les 90 jours suivant leur réception dans le SMGC (par le biais du système eMédical ou de la saisie des données, dans le cas des EMI papier).

---

peuvent faire une demande d'examen médical immédiat; il existe des différences entre les EMI qui nécessitent des tests additionnels et les EMI standard; la transition d'une évaluation médicale aux fins de l'immigration vers le SMGC et le lancement du système eMédical et la transition des dossiers papier vers le support électronique (service de messagerie au BMR).

<sup>97</sup> Vingt pour cent des répondants ne connaissaient pas le délai.

<sup>98</sup> Les codes de profil médical sont saisis dans le système pour indiquer l'admissibilité médicale ou l'interdiction de territoire. M1 : Il n'y a aucun danger ni risque pour la santé publique, aucun danger pour la sécurité publique et aucun fardeau excessif. M2 : Il existe un risque potentiel pour la santé publique - une surveillance médicale est requise. M3 : La personne souffre d'une maladie, mais on ne s'attend pas à ce que cela représente un fardeau excessif pour les services santé ou les services sociaux. M4 : Le demandeur est interdit de territoire parce qu'il

Avant 2014, les évaluations médicales effectuées à l'étranger visant des cas simples (M1) ne respectaient pas la norme de service des six jours<sup>99</sup>. Entre 2008 et 2013, le nombre moyen de jours nécessaires pour évaluer 80 % des cas simples est passé de sept jours en 2010 à quinze jours en 2013 dans les BMR à l'étranger (tableau 3.4). L'augmentation des temps d'évaluation en 2012 et 2013 coïncide avec le lancement du système eMédical et la fermeture de nombreux BMR. Ces deux facteurs ont probablement eu une incidence sur ces délais. Dans la première moitié de 2014, les temps d'évaluation sont passés à quatre jours, cette diminution correspondant aux économies réalisées par le lancement du système et de la fonction d'autorisation automatique vers la fin de l'AF 2012-2013. Parce que la vaste majorité des demandes transmises en 2014 l'avaient été par le biais du système eMédical et n'avaient donc pas à être soumises à l'étape de la saisie des données (trois jours), la norme de service utilisée pour cette année était de trois jours (plutôt que six jours, délai qui prévoit la saisie des données). Bien que les temps d'évaluation en 2014 se soient sensiblement améliorés par rapport aux années précédentes, la norme de service n'est toujours pas respectée; les temps ont en effet dépassé cette norme d'une journée<sup>100</sup>.

Un examen des données administratives indique que l'évaluation des cas de fardeau excessif ne se fait pas en temps opportun. Les évaluations médicales des cas de fardeau excessif effectuées à l'étranger n'ont pas respecté la norme de service pour les dossiers médicaux de cas non admissibles (90 jours), la norme étant dépassée de 2,5 à 4,5 fois. Le nombre moyen de jours nécessaires pour évaluer 80 % des cas de fardeau excessif est passé de 230 à 398 dans les BMR à l'étranger de 2008 à 2013.

**Tableau 3.4 : Nombre de jours nécessaires pour traiter 80 % des cas simples et des cas de fardeau excessif**

| Genre de cas                 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014  |
|------------------------------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Cas simples (M1)             | 8    | 9    | 7    | 9    | 13   | 15   | 4     |
| Cas de fardeau excessif (M5) | 230  | 250  | 237  | 252  | 269  | 398  | S/O * |

\* Les données de 2014 n'ont pas été analysées pour les cas M5, parce que ceux-ci n'étaient pas réglés au moment de l'extraction des données.

Sources : Données extraites du SMI et du SMGC (sauf les données des bureaux internes).

représente un danger pour la santé publique (p. ex. il est porteur de tuberculose évolutive); M5 : Le demandeur est interdit de territoire parce qu'il risque d'entraîner un fardeau excessif pour les services de santé ou les services sociaux. M6 : Le demandeur est interdit de territoire parce qu'il représente un danger pour la sécurité publique. M19 : Exemption de la détermination du fardeau excessif.

<sup>99</sup> Les évaluateurs ont défini le « temps d'évaluation » comme le temps qui s'écoule entre la réception de l'EMI (papier ou électronique) par le BMR et la décision d'évaluation. Puisque la Direction générale de la migration et de la santé tient compte des normes de service en matière de saisie de données pour les EMI papier (norme de trois jours) et du temps d'évaluation jusqu'à l'achèvement (norme de trois jours), le seuil de la norme de service utilisé aux fins de l'évaluation est de six jours.

<sup>100</sup> L'année 2014 est la première année pleine d'utilisation du système eMédical pour la plupart des médecins désignés. Il faudra recueillir des données sur d'autres années pour voir si le temps nécessaire pour traiter les cas M1 continue de diminuer.

### 3.4.2. Dépistage des maladies préoccupantes

L'évaluation du deuxième résultat immédiat attendu du volet de dépistage médical du Programme de DMN, la détection des cas de maladie préoccupante, a été faite en examinant dans quelle mesure le processus de dépistage actuel de CIC a permis de repérer ces cas.

**Constatation :** Le processus de dépistage médical a permis à CIC de repérer les cas de maladie préoccupante, bien que les cas de TB latente, de danger pour la sécurité publique et de fardeau excessif soient considérés difficiles à dépister avec la méthode actuelle.

Entre 2008 et 2012, CIC a détecté près de 65 000 cas de maladie préoccupante au moyen de son processus de dépistage (tableau 3.5). La plupart de ces cas étaient liés à des états de santé qui constituaient un risque pour la santé publique (59 317 cas), la TB non évolutive représentant la plupart de ces cas (51 407 cas). Le reste des cas étaient surtout liés au fardeau excessif (5 090), seulement 32 cas représentant un risque pour la santé publique.

**Tableau 3.5 : Nombre de cas de maladie préoccupante**

| Maladie préoccupante                 | 2008          | 2009          | 2010          | 2011          | 2012          | Total         |
|--------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| TB non évolutive                     | 10 460        | 10 045        | 10 265        | 10 453        | 10 184        | 51 407        |
| TB évolutive                         | 307           | 340           | 409           | 460           | 367           | 1 883         |
| Syphilis                             | 1 333         | 1 273         | 1 257         | 1 049         | 1 115         | 6 027         |
| <b>Danger pour la santé publique</b> | <b>12 100</b> | <b>11 658</b> | <b>11 931</b> | <b>11 962</b> | <b>11 666</b> | <b>59 317</b> |
| Danger pour la sécurité publique     | 6             | 4             | 2             | 13            | 7             | 32            |
| Fardeau excessif                     | 984           | 1 204         | 1 180         | 791           | 931           | 5 090         |
| <b>Total</b>                         | <b>13 090</b> | <b>12 866</b> | <b>13 113</b> | <b>12 766</b> | <b>12 604</b> | <b>64 439</b> |

Sources : Rapports annuels et trimestriels de la Direction générale de la migration et de la santé fondés sur les données du SMI, du SMGC et du SSOBL.

Le présent exercice n'englobait pas la pleine évaluation de l'efficacité des techniques de dépistage actuellement utilisées pour déceler ces cas, mais il a été constaté que les processus de dépistage de la tuberculose étaient en accord avec les *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse* and the *Orientations pour les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose au Canada*<sup>101</sup>. De plus, la plupart des personnes interviewées et des répondants aux sondages auprès des BSP et des médecins désignés étaient convaincus que le processus de dépistage de CIC était efficace pour le dépistage de la plupart des cas qui constitueraient un danger pour la santé publique (TB évolutive, syphilis non traitée). Plus particulièrement dans le cas de la TB évolutive, les résultats suivants sont à mentionner :

- un grand nombre de répondants au sondage auprès des BSP (55 %) pensaient que les procédures de dépistage de CIC étaient capables ou très capables de détecter les cas d'infection tuberculeuse chez les demandeurs (25 % d'entre eux les ont qualifiées d'« assez capables »),

<sup>101</sup> [1] Canada, ASPC (2012), *Réseau pancanadien de santé publique : Orientations pour les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose au Canada*.

[2] Société canadienne de thoracologie : SCT (2007), *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 6<sup>e</sup> édition.

[3] Société canadienne de thoracologie : SCT (2014), *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 7<sup>e</sup> édition.

- la vaste majorité des répondants au sondage auprès des médecins désignés étaient convaincus que le processus d'EMI de CIC leur permettait de dépister la tuberculose évolutive (90 % d'entre eux ont répondu « oui, beaucoup ») et la syphilis (90 % d'entre eux ont répondu « oui, beaucoup »),
- les médecins désignés étaient légèrement moins convaincus au sujet du dépistage de la tuberculose non évolutive, bien que 74,4 % d'entre eux aient quand même répondu « oui, beaucoup » à la question de savoir si le processus d'EMI de CIC leur permettait de dépister la tuberculose non évolutive.

### **Problèmes liés au processus de dépistage**

De façon générale, les intervenants estimaient que le processus de dépistage était efficace, mais ils ont souligné certains problèmes qui pourraient nuire à son efficacité. Un petit nombre d'interviewés représentant les PT ont déclaré qu'ils voyaient des nouveaux arrivants présentant des maladies qui posent un risque pour la santé publique, mais qui n'avaient pas reçu de notification médicale de CIC, ce qui pourrait donner à penser que le dépistage ne détecte pas tous les cas<sup>102</sup>. Certains répondants au sondage auprès des BSP et certaines personnes interviewées représentant les PT estimaient aussi que le protocole actuel de CIC n'est pas aussi efficace pour dépister la tuberculose latente que les autres formes de tuberculose et qu'il devrait être élargi de manière à englober le dépistage d'un plus grand nombre de personnes au moyen de tests de libération de l'interféron gamma ainsi que des tests cutanés. Les médecins désignés qui ont participé au sondage étaient aussi moins convaincus que dans le cas de la TB évolutive ou non évolutive que les protocoles actuels leur permettaient de dépister la TB latente (50,9 % d'entre eux ont répondu « beaucoup », 34,9 %, « assez » et 11,0 %, « pas du tout »)<sup>103</sup>. Parmi les autres problèmes liés au dépistage des maladies constituant un danger pour la santé publique qui ont été soulevés par les personnes interviewées figurent :

- la qualité des médecins ou cliniques désignés qui mènent un EMI peut influencer sur la qualité de cet examen,
- la période de temps qui s'écoule entre la réalisation de l'EMI et l'arrivée d'un client peut aggraver le risque de contracter une maladie préoccupante,
- les demandeurs ne subissent pas tous un EMI (p ex. séjours de courte durée, certains mineurs, certaines catégories d'immigrants et demandeurs en provenance de certains pays), cela constitue donc une lacune.

Les intervenants étaient moins convaincus que, dans le cas du dépistage des risques pour la santé publique, le processus de dépistage actuel permet de détecter les cas de maladies posant un risque pour la sécurité publique ou entraînant un fardeau excessif. Les médecins désignés ayant participé au sondage étaient peu convaincus que, contrairement aux maladies posant un risque pour la santé publique, le processus de dépistage leur permettait de détecter les cas de maladies posant un risque pour la sécurité publique (52,2 % d'entre eux ont répondu « beaucoup », 37,5 %, « assez » et 7,9 %, « pas du tout »). De nombreux médecins de CIC et médecins désignés interviewés ont

<sup>102</sup> Les PT sont tenus de déclarer les cas de tuberculose évolutive diagnostiqués à l'ASPC. Ces rapports n'indiquent toutefois pas si le demandeur est un immigrant récent, s'il a été dépisté avant son arrivée ou s'il faisait l'objet d'une surveillance. Les évaluateurs ne disposaient donc d'aucunes données pour déterminer la mesure dans laquelle certains cas échappent aux procédures de dépistage de CIC.

<sup>103</sup> Les lacunes en matière de dépistage qui touchent les cas de TB latente ont été examinées à la section 3.2.1.

déclaré qu'il était difficile de repérer les clients ayant une maladie qui constitue un danger pour la sécurité publique, surtout en raison de la déclaration volontaire de ce genre de maladie. Comme il est mentionné à la section 3.2.2, les médecins désignés dépendent des clients pour obtenir des antécédents médicaux exacts pour l'EMI. Si un client omet des renseignements sur sa maladie, il devient difficile pour le médecin désigné d'évaluer avec exactitude son état, sauf s'il y a présence de symptômes au moment de l'EMI. Les personnes interviewées ont également mentionné le manque d'outils, d'information et de lignes directrices pour les médecins désignés et les médecins agréés sur la façon de diagnostiquer ou d'évaluer les maladies posant un risque pour la sécurité publique. Les personnes interviewées ont soulevé des problèmes semblables quant à l'évaluation des maladies entraînant un fardeau excessif, parce que ces maladies sont en grande partie déclarées sur une base volontaire.

### **3.4.3. Mesure dans laquelle les demandeurs devant se soumettre à une surveillance sont mis en relation avec les systèmes de soins de santé provinciaux et territoriaux**

Le résultat immédiat attendu du volet de notification et de surveillance médicale est la mise en relation des demandeurs qui pourraient poser un risque pour la santé publique avec le système de santé de la province ou du territoire. Les évaluateurs ont mesuré l'atteinte de ce résultat en examinant la mesure dans laquelle des processus ont été mis en place pour informer les demandeurs de l'exigence en matière de surveillance et l'incidence des processus sur la sensibilisation de ces clients, la rapidité du processus de notification et la mesure dans laquelle les clients devant se soumettre à une surveillance se conformaient à cette exigence.

#### ***Existence de processus pour informer les clients de l'exigence de surveillance médicale et incidence sur la sensibilisation de ces clients***

**Constatation :** Il existe de l'information pour les clients sur leur maladie et l'exigence en matière de surveillance; toutefois, les opinions sur la suffisance de cette information sont partagées. De plus, les processus utilisés pour fournir de l'information sur la surveillance aux clients ne sont pas utilisés de façon uniforme par les agents des visas et l'ASFC, ce qui pourrait avoir une incidence sur la connaissance des clients de l'exigence qui leur est imposée en matière de surveillance.

Il existe plusieurs étapes dans le processus de notification et de surveillance médicale où le client est informé de sa maladie et de l'exigence de surveillance : le client peut en être informé au cours du processus d'EMI, par le médecin désigné, aux bureaux des visas de CIC, par un membre du personnel administratif ou un agent des visas et au point d'entrée, par les agents des services frontaliers de l'ASFC.

#### ***Information fournie par les médecins désignés***

Le sondage auprès des médecins désignés a révélé que les clients sont informés de leur maladie et reçoivent de l'information additionnelle pour comprendre cette maladie à l'étape de l'EMI. La vaste majorité des médecins désignés ayant participé au sondage ont déclaré informer les clients lorsqu'ils ont une maladie préoccupante (c'est le cas pour 98,6 % d'entre eux lorsque le client a une TB évolutive et pour 97,5 %, lorsque le client a la syphilis) et leur fournir de l'information pour comprendre cette maladie (c'est le cas pour 95,5 % d'entre eux lorsque le client a une TB évolutive et pour 95,2 %, lorsque le client a la syphilis). Il faut prendre note qu'à cette étape, les clients n'ont pas encore été désignés comme devant se soumettre à une surveillance. C'est

toutefois le début du processus; les clients devraient recevoir de l'information qui les aidera à comprendre leur maladie, ce qui pourrait avoir un effet sur le respect de l'exigence de surveillance qui leur sera imposée à leur arrivée au Canada.

### **Information sur la surveillance fournie par les bureaux des visas**

Les clients qui doivent se soumettre à une surveillance médicale sont identifiés dans le SMGC par le code médical M2 et le bureau des visas doit leur remettre le formulaire *Surveillance médicale – Engagement* (IMM0535B) et un *document d'information sur la surveillance médicale*. Le formulaire IMM535B contient de l'information sur la maladie du client et sur les exigences en matière de surveillance qui lui sont imposées. Le document d'information contient les coordonnées des principaux services médicaux au Canada et des renseignements sur la façon de respecter leur obligation de conformité. Enfin, le visa autocollant comporte un code qui indique l'exigence de surveillance. L'information recueillie lors des visites sur place<sup>104</sup> a révélé certaines lacunes dans le processus de notification de surveillance qui pourraient nuire à la connaissance chez les clients de l'exigence de surveillance qui leur est imposée.

- *Pratiques incohérentes d'un bureau des visas à l'autre et à l'intérieur des bureaux des visas (unités des RP et des RT) :* Les bureaux des visas lancent divers processus pour déterminer si un client doit recevoir les formulaires de surveillance médicale. Ainsi, certains bureaux déterminent l'exigence de surveillance en examinant le dossier pendant le traitement de la demande; d'autres effectuent un exercice quotidien d'identification des clients devant se soumettre à une surveillance. Les cas devant faire l'objet d'une surveillance sont ensuite signalés au moyen d'un indicateur dans le SMGC, afin de s'assurer qu'un formulaire IMM0535 est inclus dans l'envoi au client.
- *Connaissance parmi le personnel des bureaux des visas du processus de remise du formulaire de surveillance médicale :* Les formulaires de surveillance médicale et les documents d'information ne sont peut-être pas toujours remis aux clients en raison du manque de connaissance du processus. Cette méconnaissance peut être attribuable au roulement du personnel, à l'absence de processus internes ou de procédures opérationnelles d'identification des dossiers nécessitant une surveillance ou au nombre relativement peu élevé de cas nécessitant une surveillance.
- *Mauvais signalement de l'exigence de surveillance médicale dans le SMGC :* l'information au sujet de l'exigence de surveillance d'un client peut passer inaperçue auprès des agents des visas et des employés recrutés sur place, car le code médical associé à la surveillance (M2) ne figure pas sur l'écran principal du SMGC<sup>105</sup>.
- *Remise non systématique au client du document d'information sur la surveillance médicale :* Les membres du personnel des bureaux des visas visités ne remettaient pas systématiquement le document d'information aux clients et bon nombre d'entre eux ne savaient pas que des versions traduites dans plusieurs langues étaient disponibles dans leur bureau. Lorsque les documents sont effectivement remis, ils ne sont souvent pas dans la version de la langue locale, ce qui

---

<sup>104</sup> Lors des visites sur place, les évaluateurs se sont entretenus avec les employés chargés d'imprimer les formulaires de surveillance. Ils ont aussi mené des entretiens téléphoniques avec des membres du personnel des bureaux du Vietnam et de Beijing (des bureaux des visas qui traitent un grand nombre de cas de surveillance) pour recueillir de l'information sur le processus de notification.

<sup>105</sup> Il est indiqué sur le principal écran si le client a passé l'examen médical, mais pas s'il doit se soumettre à une surveillance. Parce que des pressions s'exercent sur les agents des visas et les employés recrutés sur place, l'information leur échappera s'ils ne cliquent pas sur l'onglet de l'admissibilité médicale.



diminue les chances que le client comprenne les exigences qu'il devra respecter à son arrivée au Canada.

- *Intégration de la demande électronique* : Les formulaires de surveillance médicale et les documents d'information n'ont pas été intégrés de façon transparente au processus de demande électronique dans l'ensemble des bureaux des visas; de nombreux agents interviewés n'étaient pas au courant de la procédure de surveillance liée à la demande électronique. Selon ce système, l'agent des visas doit envoyer le formulaire IMM0535 dans le compte MonCIC du client<sup>106</sup>; le client imprime ensuite le formulaire et l'apporte au Canada. Le document d'information peut être omis dans ce scénario, parce qu'il ne constitue pas une pièce jointe standard du compte MonCIC. De plus, il appartient au demandeur d'imprimer les formulaires et de les apporter avec lui au point d'entrée.

### **Information sur la surveillance fournie par l'ASFC**

Les demandeurs qui doivent se soumettre à une surveillance doivent présenter le formulaire IMM0535 au point d'entrée à leur arrivée au Canada, ce qui leur permettra de recevoir le suivi médical nécessaire. À la réception du formulaire du client, l'agent des services frontaliers doit remplir le formulaire, expliquer l'exigence au demandeur et faire une copie du formulaire signé qui sera envoyé à CIC dans une enveloppe préaffranchie ou par télécopie.

De nombreux interviewés du groupe de l'ASFC connaissaient le processus de surveillance médicale; ils n'avaient cependant pas vu un grand nombre de cas. De même, les personnes interviewées de l'administration centrale et des bureaux médicaux de CIC estimaient que certains cas (p. ex. les RT) pouvaient échapper aux points d'entrée en raison de l'incohérence des pratiques et d'un manque de connaissance de l'exigence de surveillance. Ainsi, les RT ne sont parfois pas renvoyés pour une inspection secondaire si, à l'inspection primaire, l'agent n'a pas remarqué le code de surveillance qui figure sur le visa. Selon ce scénario, le migrant entrerait au Canada sans avoir fourni le formulaire à l'agent des services frontaliers. Pour faire en sorte que les RT soient repérés, certains bureaux des visas apposent une marque sur le visa pour signaler explicitement l'exigence à l'agent au point d'entrée; cette pratique n'est toutefois pas uniforme dans tous les bureaux des visas que les évaluateurs ont visités.

### **Incidence sur la sensibilisation des clients**

Des processus sont en place pour fournir de l'information aux clients devant se soumettre à une surveillance et pour les informer de l'exigence qui leur est imposée, mais en raison des problèmes mentionnés précédemment, le niveau de sensibilisation des demandeurs à leur obligation de se soumettre à une surveillance médicale au Canada peut varier. Les personnes interviewées de CIC ont formulé certaines suggestions pour renforcer le processus de surveillance (voir l'annexe B).

De plus, bien que certains interviewés de CIC se soient dits d'avis que l'information fournie aux clients devant se soumettre à une surveillance est suffisante, certains autres interviewés de CIC et de l'ASFC estimaient quant à eux que certains clients ne connaissaient pas ou ne comprenaient pas leur maladie et l'exigence qui leur était imposée. De même, un pourcentage élevé de répondants au sondage auprès des BSP (42 %) ne pensaient pas que les clients recevaient suffisamment d'information sur leur maladie avant d'être mis en relation avec une autorité de la santé des PT. Des répondants de ce groupe ont aussi mentionné certains problèmes de clarté

---

<sup>106</sup> Le compte MonCIC est le portail en ligne qui permet aux clients de soumettre leur demande par voie électronique (c.-à-d. présenter une demande électronique).



relativement à l'information que les clients reçoivent (50 % des répondants estimaient que l'information que les clients devant se soumettre à une surveillance reçoivent de CIC au sujet de leur maladie n'était pas claire). Ce manque de clarté pourrait aussi nuire à la connaissance chez les clients de leur maladie et de l'exigence de surveillance qui leur est imposée.

### **Rapidité du processus de notification**

**Constatation :** CIC envoie la plupart des notifications de surveillance aux autorités de la santé des PT de manière conforme à la norme de service établie; CIC ne reçoit toutefois pas les formulaires *Surveillance médicale - Engagement* de l'ASFC dans des délais uniformes ou en temps opportun.

### **Rôle de l'ASFC en matière de notification et de surveillance médicale**

Comme il est mentionné précédemment, après qu'un agent des services frontaliers a rempli le formulaire IMM0535 et expliqué l'exigence au client, l'ASFC doit envoyer une copie du formulaire à l'Unité de liaison avec les autorités de la santé publique (ULSP), par télécopie ou par messagerie, le jour même de l'arrivée du client. Un examen des données du GCUSM a révélé qu'entre 2008 et 2013, l'ULSP ne recevait pas les formulaires *Surveillance médicale - Engagement* de l'ASFC en temps opportun (tableau 3.6). En effet, seulement 14 % de tous les formulaires IMM0535 étaient remis à l'ULSP le jour même de l'arrivée du client au Canada. Trente-trois pour cent des formulaires étaient remis dans les trois jours suivant l'arrivée, 36 %, entre le quatrième et le huitième jour suivant l'arrivée et 17 %, après neuf jours. Ces données sont cohérentes avec l'information recueillie lors des entretiens, la plupart des interviewés de l'ASFC aux points d'entrée ont mentionné qu'en raison de la rareté des cas de notification, ils ont tendance à grouper les formulaires de notification médicale et à les envoyer à CIC à des intervalles de quelques jours, plutôt que les envoyer le jour même.

**Tableau 3.6 : Pourcentage de notifications de surveillance médicale envoyées à CIC dans les délais impartis (de 2008 à 2013)**

| Délai            | 2008  | 2009  | 2010  | 2011  | 2012  | 2013  | Total |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Même jour        | 12,8% | 15,7% | 17,5% | 13,6% | 10,5% | 13,2% | 13,2% |
| De 1 à 3 jours   | 34,1% | 39,3% | 36,5% | 38,6% | 25,6% | 25,4% | 25,4% |
| De 4 à 8 jours   | 39,9% | 32,0% | 35,8% | 33,9% | 42,5% | 33,0% | 33,0% |
| De 9 à 12 jours  | 5,7%  | 5,1%  | 4,3%  | 4,2%  | 8,1%  | 7,2%  | 7,2%  |
| De 13 à 30 jours | 5,5%  | 5,0%  | 3,5%  | 3,3%  | 5,3%  | 9,0%  | 9,0%  |
| De 31 à 60 jours | 1,6%  | 1,6%  | 1,1%  | 1,7%  | 2,8%  | 3,8%  | 3,8%  |
| Plus de 60 jours | 0,4%  | 1,3%  | 1,2%  | 4,8%  | 5,2%  | 8,4%  | 8,4%  |

Source : GCUSM

### **Avis aux provinces et aux territoires**

À la réception du formulaire de surveillance envoyé par l'ASFC, l'ULSP doit informer les autorités de la santé des PT de l'arrivée de demandeurs qui doivent se soumettre à une surveillance médicale dans les trois jours civils qui suivent l'arrivée<sup>107</sup>. Selon les rapports de la Direction générale de la migration et de la santé (données du GCUSM), la plupart des

<sup>107</sup> Norme de service de la Direction générale de la migration et de la santé : Les autorités de la santé des PT sont informés de 80 % de tous les cas qui doivent faire l'objet d'une surveillance médicale dans les trois jours civils suivant la réception par l'ULSP du formulaire IMM0535 transmis par l'ASFC ou de l'avis imprimé du BMR des Amériques.

notifications de surveillance médicale ont été envoyées aux autorités de la santé PT conformément à la norme de service établie des trois jours (entre 2007 et 2012, plus de 90 % des notifications ont été envoyées aux autorités de la santé des PT dans les trois jours civils).

Les répondants au sondage auprès des BSP ont dû préciser la fréquence à laquelle leur bureau recevait une notification de surveillance après qu'un demandeur a déjà pris contact avec leur bureau; 20 % d'entre eux ont répondu « souvent », tandis que 35 % (17 sur 49) ont répondu « parfois ». Ces résultats donnent à penser que les PT ne sont pas toujours informés en temps opportun, probablement en raison du temps nécessaire pour que la notification envoyée par l'ASFC soit reçue à CIC (comme mentionné précédemment).

### ***Conformité à l'exigence de surveillance médicale***

**Constatation :** En fonction des renseignements auxquels ils ont accès, un grand nombre de clients se conforment à l'exigence de surveillance médicale; ce ne sont toutefois pas tous les PT qui communiquent l'information au sujet de l'exigence, car ils ne sont pas tenus de le faire.

CIC demande aux clients devant se soumettre à une surveillance de communiquer avec les autorités de la santé des PT dans les 30 jours suivant leur arrivée pour la planification d'une évaluation médicale de suivi (dans les sept jours dans les cas complexes)<sup>108</sup>. Lorsque le client a subi cette évaluation, CIC demande à l'autorité de la santé des PT d'envoyer à l'ULSP une confirmation de la conformité à l'exigence. À ce stade du processus, CIC considère que le client s'est conformé aux conditions liées à son admission. Il faut prendre note qu'il n'y a pas d'ententes en place entre CIC et les PT pour la communication d'un avis de conformité à CIC; actuellement, le Ministère demande l'information sur la conformité et l'ensemble des PT la lui fournissent.

Les interviewés des PT (les représentants de la lutte contre la TB) ont été invités à donner leur opinion sur le respect des clients de leur PT à l'exigence de surveillance et aux obstacles potentiels à la conformité. Pratiquement toutes les personnes de ce groupe estimaient que la plupart des clients se conformaient à l'exigence qui leur était imposée; cependant, un petit nombre d'entre eux ont mentionné qu'il serait difficile de déterminer la proportion avec précision, car ils ne tiennent pas de données sur la conformité. Les personnes interrogées ont déclaré de nombreux motifs pour lesquels les clients ne respectaient parfois pas l'exigence, notamment l'ignorance de cette exigence, les difficultés pour se rendre à la clinique, la crainte du processus et le refus de payer les coûts dans le cas des RT qui n'ont pas d'assurance-maladie.

La vaste majorité des répondants au sondage auprès des BSP ont aussi déclaré que les clients se conformaient à l'exigence de surveillance<sup>109</sup> dans une certaine mesure ou dans une grande mesure et qu'ils communiquaient activement avec les clients après avoir reçu la notification de CIC ou de leur autorité de la santé provinciale ou territoriale<sup>110</sup>. Les membres de ce groupe ont aussi

<sup>108</sup> Les PT ne sont pas tenus de communiquer avec les clients qui ne se présentent pas dans les délais impartis, mais certains d'entre eux essaient de repérer ces clients. Au Québec, la procédure standard consiste à communiquer avec le client devant se soumettre à une surveillance.

<sup>109</sup> Selon une échelle de un à cinq, où un correspond à « pas du tout » et cinq, à « dans une grande mesure », les répondants au sondage devaient indiquer la mesure dans laquelle les clients devant se soumettre à une surveillance médicale se conformaient à l'exigence de surveillance de CIC (74,6 % d'entre eux ont déclaré une cote de 4 ou de 5).

<sup>110</sup> Quarante-neuf virgule un pour cent des répondants au sondage auprès des BSP ont déclaré prendre contact avec le client devant se soumettre à une surveillance lorsqu'ils reçoivent la notification de CIC ou de l'autorité de la santé de la province ou du territoire.

mentionné que le contact avec les clients était habituellement facile à établir et que l'incapacité de prendre contact était habituellement attribuable aux déplacements des clients ou à une erreur dans les coordonnées figurant au dossier.

CIC reçoit des autorités de la santé des PT des données sur la conformité pour environ 70 % de l'ensemble des clients qui entrent au Canada. Entre 2009 et 2013, ce pourcentage a représenté environ 26 000 clients pour qui des données sur la conformité ont été enregistrées. Selon une analyse par catégorie d'immigration, les données sur la conformité sont assez uniformes, sauf dans le cas des réfugiés, qui présentent le taux le plus bas de conformité enregistrée (tableau 3.7).

**Tableau 3.7 : Information sur la conformité selon la catégorie d'immigration (de 2009 à 2013) (%)**

|                                     | Immigration économique | Regroupement familial | Autre         | Réfugiés      | Résidents temporaires |
|-------------------------------------|------------------------|-----------------------|---------------|---------------|-----------------------|
| Conformité enregistrée dans la base | 30,0%                  | 28,0%                 | 29,0%         | 41,0%         | 30,0%                 |
| Conformité non enregistrée dans la  | 70,0%                  | 72,0%                 | 71,0%         | 59,0%         | 70,0%                 |
| <b>Total</b>                        | <b>100,0%</b>          | <b>100,0%</b>         | <b>100,0%</b> | <b>100,0%</b> | <b>100,0%</b>         |

Source : GCUSM

Les trente pour cent de clients pour lesquels la conformité n'a pas été enregistrée dans la base de données de la notification médicale ne correspondent pas nécessairement à des clients qui ne se sont pas conformés à leurs conditions, mais plutôt à des clients dont l'état de la conformité n'est pas connu. Il est difficile de recueillir des données complètes sur la conformité, parce qu'il n'existe pas d'obligation pour les PT d'envoyer l'information sur la conformité à CIC. De plus, selon l'information recueillie au moyen du sondage auprès des BSP, bien que bon nombre des bureaux (41,8 %) envoient l'avis de conformité à CIC après la première visite médicale du client (ce qui est conforme aux lignes directrices de CIC à l'intention des PT), quelques répondants envoient la confirmation après que le client a communiqué avec eux (10,9 %) ou s'est soumis à l'évaluation et à tous les traitements de suivi (9,1 %). La définition de la conformité n'est donc pas la même pour CIC et pour les PT.

#### **3.4.4. Réduction du fardeau de la migration pour les services de santé et les services sociaux au Canada et protection de la santé et la sécurité des Canadiens**

Selon les résultats attendus à moyen et à long terme, le Programme de DMN doit limiter l'entrée au Canada des demandeurs qui poseraient un risque pour la santé et la sécurité ou qui risqueraient d'entraîner un fardeau excessif (résultat intermédiaire), ce qui réduit le fardeau de la migration sur les services de santé et les services sociaux (résultat final) au Canada et protège la santé et la sécurité des Canadiens (résultat stratégique n° 4 de CIC). Pour mesurer ces résultats, les évaluateurs ont examiné le nombre de demandeurs interdits de territoire pour motifs sanitaires et celui des demandeurs admis avec des conditions, et les conséquences potentielles de ces décisions.

**Constatation :** Le Programme de DMN a contribué à réduire le fardeau pour les services de santé et de services sociaux canadiens et à protéger la santé et la sécurité des Canadiens au moyen d'un processus de dépistage qui a permis de détecter les demandeurs ayant une maladie préoccupante et de les traiter, de déclarer certains demandeurs interdits de territoire pour motifs sanitaires ou d'admettre des demandeurs avec conditions. Certaines lacunes dans les politiques et processus de dépistage actuels pourraient limiter les retombées du Programme.

### ***Nombre d'étrangers déclarés interdits de territoire pour motifs sanitaires***

Grâce au processus de dépistage médical de CIC, entre 2008 et 2012, un peu plus de 5 000 demandeurs ont été déclarés interdits de territoire au Canada pour motifs sanitaires, la très vaste majorité de ces cas (95,3 %) d'interdiction de territoire étant fondés sur le fardeau excessif (tableau 3.8). Le petit nombre de cas d'interdiction de territoire en raison d'un danger pour la santé publique s'explique par le fait que les clients à qui une TB évolutive a été diagnostiquée sont tenus de se soumettre à un traitement. Quand la maladie est rendue non évolutive, ils deviennent admissibles. Un certain pourcentage de demandeurs ne suivent pas de traitement ou ne suivent pas le traitement complet et sont donc interdits de territoire. De plus, comme il est mentionné à la section 3.2.2, il n'y a eu qu'un petit nombre de cas constituant un danger pour la sécurité publique, en raison des obstacles à la détection de ce genre de cas.

**Tableau 3.8 : Nombre d'étrangers déclarés interdits de territoire pour motifs sanitaires, selon le genre d'interdiction (de 2008 à 2012)**

| <b>Interdiction de territoire pour motifs<br/>sanitaires</b> | <b>2008</b>  | <b>2009</b>  | <b>2010</b>  | <b>2011</b> | <b>2012</b> | <b>Total</b> |
|--------------------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|--------------|
| Fardeau excessif                                             | 984          | 1 204        | 1 180        | 791         | 931         | <b>5 090</b> |
| Danger pour la santé publique                                | 80           | 78           | 8            | 12          | 7           | <b>185</b>   |
| Danger pour la sécurité publique                             | 6            | 4            | 2            | 13          | 7           | <b>32</b>    |
| Danger pour la sécurité publique et fardeau excessif         | 6            | 6            | 11           | 2           | 3           | <b>28</b>    |
| Danger pour la santé publique et fardeau excessif            | 1            | 0            | 0            | 4           | 0           | <b>5</b>     |
| <b>Total</b>                                                 | <b>1 077</b> | <b>1 292</b> | <b>1 201</b> | <b>822</b>  | <b>948</b>  | <b>5 340</b> |

Sources : Rapports annuels et trimestriels de la Direction générale de la migration et de la santé fondés sur les données du SMI, du SMGC et du SSOBL.

Selon les données administratives de CIC, en plus de ces cas, le Ministère a dépisté, entre 2008 et 2012, environ 1 780 cas de tuberculose évolutive (rendue non évolutive) et empêché les demandeurs atteints de la maladie d'entrer au Canada<sup>111</sup>. Il a aussi dépisté environ 51 000 cas de TB non évolutive et 6 000 cas de syphilis (qui ont été traités), qui ont dû faire l'objet d'une surveillance à l'arrivée au pays des demandeurs.

### ***Conséquences pour la santé et la sécurité des Canadiens***

Compte tenu du nombre de cas de TB évolutive dépistés et traités et du nombre de demandeurs déclarés interdits de territoire au Canada en raison du risque pour la santé et la sécurité, il est possible d'affirmer que le Programme de DMN a contribué à protéger la santé et la sécurité des Canadiens. Certaines personnes interviewées étaient d'accord avec cet énoncé, faisant valoir

<sup>111</sup> Les immigrants (61 %) représentent la majorité des cas, suivis des résidents temporaires (24 %) et des réfugiés (15 %).

qu'étant donné que CIC dépiste ces cas, il est naturel de supposer que le Programme offre une protection. La mesure dans laquelle cette protection a bien été fournie est toutefois difficile à évaluer. De nombreux interviewés de l'administration centrale de CIC, de l'ASPC et du groupe des médecins agréés ont mentionné l'absence d'études portant expressément sur les retombées du Programme de DMN, notamment sur l'efficacité de la surveillance des cas de TB non évolutive. Il n'existe en effet pas de données permettant d'établir le nombre de cas de réactivation d'une TB non évolutive chez les demandeurs sous surveillance.

Comme mentionné dans les sections précédentes, l'évaluation a permis de déceler des lacunes qui pourraient nuire à l'obtention du résultat, notamment le genre de maladies dépistées ou mises sous surveillance (p. ex. hépatites B et C), le protocole de dépistage de la TB latente (fondé sur les risques) et les populations qui peuvent échapper au processus de dépistage (certains RT et certains cas dans les bureaux intérieurs).

### ***Incidence sur les services de santé et les services sociaux***

La plupart des personnes interviewées ont déclaré que l'incidence du Programme de DMN sur les services sociaux ou les services de santé était difficile à mesurer, car il y a une absence de données et d'études sur le sujet. Elles ont cependant aussi mentionné qu'il était raisonnable de supposer que le Programme entraîne une réduction du fardeau pour ces services, parce qu'il permet de dépister les maladies préoccupantes qui occasionneraient des coûts pour le Canada.

Les évaluateurs ont pu examiner les économies de coûts potentielles découlant des cas de TB évolutive traités à l'étranger et de l'interdiction de territoire de certains demandeurs en raison du fardeau excessif. CIC dépiste en moyenne et recommande le traitement de 358 cas de tuberculose évolutive à l'étranger chaque année. Selon une évaluation menée à l'interne par la Direction générale de la migration et de la santé, cela représente une économie au Canada d'environ 24 millions de dollars par année (voir le tableau 3.9 pour une ventilation détaillée des coûts). De même, l'interdiction de territoire de 1 000 demandeurs par année en raison d'un fardeau excessif entraîne une économie au Canada d'environ 31 millions de dollars<sup>112</sup>. Ces données représentent une partie des économies de coûts quantifiables qui contribuent à réduire le fardeau pour les services de santé et les services sociaux au Canada.

Outre les économies de coûts directs attribuables au dépistage des maladies préoccupantes, les activités de dépistage médical génèrent d'autres retombées qui sont difficiles à quantifier, mais dont il est important de tenir compte. En détectant les clients qui pourraient entraîner un fardeau excessif, CIC libère probablement de la capacité dans le système (p. ex. les listes d'attente ou les listes de patients des médecins) qui peut être utilisée par les résidents canadiens<sup>113</sup>.

Tel qu'il est mentionné dans les sections précédentes, certaines lacunes dans la politique actuelle sur le fardeau excessif pourraient nuire à la capacité du programme de réduire ce fardeau. Ainsi :

- en raison de la catégorie d'exemption de la détermination du fardeau excessif, certains demandeurs risquant d'entraîner un fardeau excessif sont admis au Canada, ce qui alourdit le fardeau pour les services de santé et les services sociaux,

---

<sup>112</sup> Cette estimation est fondée sur le seuil minimum de coût du fardeau excessif de 31 935 \$ pour cinq ans. Cette somme représente l'économie de coûts minimale; l'estimation ne tient pas compte des cas où les coûts de traitement dépassent de loin le seuil minimum de coût.

<sup>113</sup> Aucune données ni études ne permettent de quantifier ces retombées potentielles.

- étant donné la nature du système de santé du Canada et le fait que les plans d'atténuation du fardeau excessif ne peuvent être mis en œuvre, le fardeau est toujours vraisemblablement transféré aux services de santé et aux services sociaux,
- vu le nombre considérable de décisions favorables dans des appels portant sur le fardeau excessif, le fardeau continue d'être transféré au Canada<sup>114</sup>.

## 3.5. Utilisation des ressources

### 3.5.1. Évaluation du Programme de dépistage médical et de notification

#### *Volet de dépistage médical*

**Constatation :** Des investissements récents dans la modernisation ont permis de réduire les coûts du volet de dépistage médical. Le Ministère a donc pu mener le même nombre d'évaluations médicales aux fins de l'immigration qu'avant en utilisant une moins grande quantité de ressources. Des problèmes liés au système de technologie de l'information ont peut-être par contre nui à l'efficacité lors de l'évaluation des cas complexes.

Selon les données financières du modèle de gestion des coûts (MGC) de CIC, entre l'AF 2011-2012 et l'AF 2012-2013, le coût total estimatif du volet de dépistage médical du Programme de DMN est passé de 8,26 millions à 9,71 millions de dollars. Si on divise le coût total par le nombre d'évaluations médicales aux fins de l'immigration effectuées annuellement, on obtient le coût unitaire d'une évaluation médicale, qui a aussi augmenté pendant cette période et est passé de 15,72 \$ à 18,50 \$. Les dossiers financiers internes et l'information tirée des entretiens indiquent que ces augmentations de coûts étaient attribuables à la mise en œuvre d'initiatives de modernisation : CIC a investi 1,58 million de dollars dans le système eMédical, et engagé des dépenses de 61 000 \$ pour la planification des réductions de personnel au cours de l'AF 2012-2013 en raison de la centralisation du traitement médical lequel se fait dans un moins grand nombre de BMR qu'avant.

L'investissement dans des initiatives de modernisation a permis de réaliser des économies sous le volet de dépistage médical. Après la mise en œuvre du système eMédical et de la fonction d'autorisation automatique et la fermeture de certains BMR, le coût total estimatif du volet de dépistage médical a diminué : il a été ramené à 6,49 millions de dollars à l'AF 2013-2014. De même, le coût unitaire d'une évaluation médicale a diminué, passant de 18,50 \$ à 12,35 \$ pour l'AF 2013-2014, comme le montrent les tableaux 1.1a et 1.1b. Malgré une réduction du nombre d'équivalents temps plein et une baisse de 31 % des coûts salariaux, CIC a pu effectuer un nombre constant d'évaluations médicales aux fins de l'immigration des AF 2011-2012 à 2013-2014 (c.-à-d. environ 530 000 évaluations par année). Ces baisses sont attribuables à la mise en œuvre de l'application eMédical, qui, comme nous l'avons vu à la section 3.4.1, a entraîné une réduction du délai moyen de traitement des cas simples.

Malgré ces économies, les évaluateurs ont remarqué certains problèmes liés à la modernisation qui ont nui à l'efficacité du volet de dépistage médical, particulièrement à l'évaluation des dossiers médicaux complexes. Parmi ces obstacles figurent les problèmes liés au système et à la conception dans eMédical et le SMGC, qui ralentissent les activités de dépistage et d'évaluation,

<sup>114</sup> Les évaluateurs se sont fondés sur les données de la Section d'appel de l'immigration (SAI) et sur les résultats des entretiens avec les agents de visas et les médecins agréés pour définir cet obstacle.



les contraintes liées à la largeur de bande passante et le faible nombre d'activités d'assurance de la qualité<sup>115</sup>.

### **Volet de notification et de surveillance médicale**

Selon les données financières du MGC de CIC, les coûts estimatifs du volet de notification et de surveillance médicale du Programme de DMN ont augmenté, passant de 1,1 million de dollars à l'AF 2012-2013 à 1,25 million de dollars à l'AF 2013-2014. Le coût unitaire a donc augmenté, passant de 148 \$ à 168 \$ par notification. Cette augmentation du coût est en grande partie attribuable aux dépenses salariales engagées pour ce volet.

Le coût d'une notification est sensiblement plus élevé que celui d'une évaluation médicale aux fins de l'immigration. Les membres du personnel de CIC ont offert une explication possible : le volet de notification et de surveillance médicale n'est pas doté d'une fonction d'automatisation ni d'outils modernisés comme ceux dont dispose le volet de dépistage. Les interviewés ont mentionné que la mise en œuvre d'un système électronique pourrait contribuer à accroître l'efficacité des notifications et de l'envoi de renseignements médicaux et d'information sur la conformité aux clients devant se soumettre à une surveillance.

### **3.5.2. Estimation des économies de coûts**

**Constatation :** Les économies de coûts minimales estimatives pour les services de santé et les services sociaux du Canada découlant du Programme de DMN sont sensiblement supérieures aux coûts généraux du Programme.

Les économies de coûts résultant du dépistage médical et de la surveillance pour les services de santé et les services sociaux n'ont pas souvent fait l'objet d'un examen dans les écrits universitaires. Certaines personnes interviewées ont cependant affirmé que les économies de coûts directs estimatives sont substantielles<sup>116</sup>.

En 2013, la Direction générale de la migration et de la santé de CIC avait estimé, en fonction du nombre moyen de cas de TB évolutive diagnostiqués par année et de cas réévalués après traitement (358), que les économies de coût totales attribuables au dépistage de la TB seulement s'élevaient à environ 24 millions de dollars par année, soit à 67 000 \$ par cas de tuberculose évolutive (tableau 3.9).

<sup>115</sup> Ces obstacles ont été mentionnés par la plupart des médecins agréés et des membres du personnel médical interviewés.

<sup>116</sup> Dans ce contexte, les économies de coûts directs désignent le nombre total de cas d'interdiction de territoire (danger pour la santé publique, danger pour la sécurité publique et fardeau excessif) par année multiplié par les coûts que chaque cas d'interdiction de territoire aurait vraisemblablement entraînés.



**Tableau 3.9 : Économies annuelles estimatives découlant de la détection de la TB pulmonaire évolutive par dépistage auprès des migrants avant l'arrivée au Canada**

| Genre de coûts                                                                                           | Économies            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Dépistage et traitement de cas de TB ordinaires (env. 358 cas / année)                                   | 7 095 000 \$         |
| Dépistage et traitement de cas de TB multi-résistante aux médicaments (env. 3 / année)                   | 600 000 \$           |
| Dépistage et traitement de cas de TB ultra-résistante aux médicaments (env. 0,25 / année)                | 120 750 \$           |
| <b>Cas de TB évolutive détectés pendant le dépistage auprès des immigrants</b>                           | <b>7 815 750 \$</b>  |
| Enquêtes auprès des contacts (chaque cas de TB évolutive donne lieu à une enquête auprès de 50 contacts) | 1 790 000 \$         |
| Traitement et surveillance des cas latents                                                               | 2 658 150 \$         |
| Traitement des cas de TB évolutive                                                                       | 11 723 625 \$        |
| <b>Cas détectés parmi les contacts des cas primaires</b>                                                 | <b>16 171 775 \$</b> |
| <b>Total</b>                                                                                             | <b>23 987 525 \$</b> |

Sources :

[1] Cas de tuberculose pulmonaire évolutive dépistés au cours d'une évaluation médicale aux fins de l'immigration entre le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 31 décembre 2011.

[2] Base de données sur la TB évolutive, 25 mai 2012. Direction générale de la santé, 1<sup>er</sup> mai 2013.

[3] Analyse des coûts de traitement d'une infection tuberculeuse latente et de la TB évolutive calculés par patient, province de l'Alberta.

De plus, CIC a détecté environ 1 000 demandes entraînant un fardeau excessif par année. Le nombre de cas représente pour 2014 un coût minimum de 6 285 \$ par année, par demandeur ou 31 425 \$ sur cinq ans. Cela représente une économie pour le Canada d'au moins 6,3 M\$ par année. Il faut prendre note que ces chiffres sont valables pour le montant minimum d'économies par année. Le traitement des maladies d'un client ou les besoins de services sociaux dépassent souvent le seuil minimum et les traitements et les services seraient nécessaires sur une longue période de temps.

Selon ces estimations, le Programme de DMN de CIC aurait entraîné des économies minimales de 30,3 millions de dollars en coûts de services de santé et de services sociaux sur une année, ce qui représente des économies de près de cinq fois le coût du programme.

## 4. Conclusions et recommandations

### Pertinence

Il existe un besoin continu d'évaluation de l'état de santé des migrants par CIC avant leur admission au Canada et d'exigence de la surveillance médicale pour certains migrants qui ont une maladie posant un risque pour la santé publique. Le dépistage médical avant l'arrivée des migrants au pays permet de cerner les risques pour la santé et la sécurité et contribue à réduire le fardeau de l'immigration pour le système de soins de santé et d'aide sociale canadien. La surveillance des migrants qui ont une TB non évolutive, la seule maladie devant faire l'objet d'une surveillance actuellement, contribue aussi à la gestion des risques associés à la propagation et à la réactivation de cette maladie.

Le Programme de DMN est harmonisé avec les priorités du gouvernement du Canada, soit la protection de la santé et de la sécurité des Canadiens et la durabilité des services de santé et des services sociaux. Les rôles des PT dans l'exécution du Programme de DMN sont clairement définis et en accord avec les mandats et responsabilités des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

### Politiques en matière de dépistage médical

L'évaluation a révélé que les politiques de CIC sur le danger pour la santé publique, le danger pour la sécurité publique et le fardeau excessif sont pertinentes, parce qu'elles permettent au gouvernement fédéral de réduire les risques pour la santé et la sécurité associés à la migration. Les politiques sont en accord avec les objectifs généraux du Programme de DMN et elles sont, de façon générale, cohérentes avec les politiques de dépistage médical des autres pays partenaires de la CCN.

Quant à la politique sur le danger pour la santé publique, l'évaluation a permis de conclure que la tuberculose évolutive et la syphilis sont d'importantes maladies à dépister selon les critères d'admissibilité de CIC. Toutefois, il a aussi été mentionné par les interviewés que la politique actuelle est restrictive et incapable de s'adapter rapidement à la prévalence accrue d'une maladie ou à la présence d'une maladie pouvant temporairement constituer un risque pour la santé publique. Ainsi, CIC n'inclut pas dans cette politique d'autres maladies préoccupantes, comme les hépatites B et C, qui sont pourtant considérées comme importantes dans le contexte de l'immigration et de la santé publique.

**Recommandation n° 1 :** CIC devrait revoir sa politique sur le danger pour la santé publique pour cibler d'autres maladies qui pourraient poser un risque pour la santé publique, et devrait l'assouplir de manière à pouvoir réagir à l'émergence de nouvelles maladies transmissibles.

Quant à la politique sur le danger pour la sécurité publique, il a été constaté que ses objectifs demeurent pertinents, mais il n'a pas été facile de les étudier au cours de l'évaluation, parce que les problèmes de santé liés à la sécurité publique sont souvent difficiles à déceler et peuvent chevaucher des problèmes d'interdiction de territoire liés à la criminalité. La Direction générale de la migration et de la santé de CIC s'efforce d'élaborer d'autres outils d'évaluation de cette politique.

Quant à la politique sur le fardeau excessif, les évaluateurs ont trouvé qu'il est important d'éviter que la migration entraîne un fardeau déraisonnable pour les services de santé et les services sociaux du Canada. L'évaluation a permis de définir plusieurs problèmes qui nuisent à la mise en œuvre et à l'obtention des résultats attendus de cette politique et, par le fait même, à la capacité du Canada de réduire le fardeau pour les services de santé et les services sociaux du Canada. Parmi ces problèmes figurent la capacité du demandeur d'atténuer la déclaration d'interdiction de territoire sans que soit mis en application le plan d'atténuation, le fait que certains demandeurs qui imposeraient un fardeau excessif sont exemptés de la politique et le nombre considérable de cas imposant un fardeau excessif qui sont annulés à la suite d'une procédure d'appel. Certains intervenants, comme les agents des visas et les médecins agréés, ont aussi fait mention des limites de la mise en œuvre de la politique, comme la nature complexe et fastidieuse du traitement des cas, le manque de cohérence dans la prise de décisions et le manque de données à jour sur les coûts des services de santé et services sociaux des PT.

**Recommandation n° 2 :** CIC devrait revoir sa politique sur le fardeau excessif de manière à :

- faire participer plus efficacement les PT aux questions liées au fardeau excessif,
- corriger les lacunes qui nuisent à son efficacité,
- simplifier le processus d'évaluation des cas de fardeau excessif pour garantir un processus décisionnel simple, rapide et uniforme.

La politique sur le dépistage de CIC concernant les RP était considérée comme pertinente; un certain nombre de lacunes ont cependant été décelées dans cette politique sur le plan des risques pour la santé publique au Canada que posent certains RT. Quelles que soient ces lacunes potentielles, il a été souligné qu'il n'est pas possible ni efficace de soumettre tous les demandeurs à un dépistage et qu'une approche en matière de dépistage fondée sur les risques pour l'ensemble des catégories serait peut-être plus efficace pour atténuer les risques associés à la migration. De plus, il a été constaté que le protocole actuellement utilisé par CIC pour le dépistage de la TB latente est considéré comme ayant une capacité limitée de détecter un bon nombre de cas dans la population que CIC soumet au dépistage.

**Recommandation n° 3 :** Sur le plan du dépistage médical, CIC devrait :

- examiner la possibilité de mettre en œuvre une approche fondée sur le risque qui tiendrait compte des facteurs de risque épidémiologique,
- examiner son protocole actuel pour le dépistage de la tuberculose latente pour établir s'il peut être élargi de sorte à englober d'autres facteurs de risque de la réactivation de la TB.

## Conception et gestion du programme

Dans l'ensemble, les évaluateurs ont considéré l'exécution du volet de dépistage médical du Programme de DMN comme efficace, à l'exception des outils et procédures d'AQ. Un cadre et des outils normalisés d'AQ ont bien été élaborés, mais ils n'ont pas été mis en place de façon uniforme dans l'ensemble du Programme et les évaluateurs n'ont pas eu accès à des résultats centralisés sur l'assurance qualité au niveau du Programme.

**Recommandation n° 4 :** CIC devrait examiner, mettre à jour et mettre en œuvre son cadre d'AQ pour faire en sorte que les activités d'AQ soient menées de façon cohérente dans l'ensemble du réseau des BMR. Le cadre devrait être mis à jour en fonction du genre d'AQ à effectuer relativement aux divers éléments du processus de dépistage médical (p. ex. l'EMI, l'évaluation médicale aux fins de l'immigration et les fichiers autorisés automatiquement), du calendrier et de la fréquence des activités d'AQ et des exigences en matière d'établissement de rapports.

Les efforts récents de modernisation ont été bénéfiques pour le volet de dépistage médical du Programme; ils l'ont rendu plus efficace pour traiter les dossiers médicaux simples (M1). Cependant les contraintes du SMGC, comme les limites sur les plans de la vitesse et de la convivialité, ont entraîné des inefficacités de traitement lors de l'évaluation de cas complexes. De plus, le volet de notification et de surveillance médicale étant entièrement exécuté sur support papier, des efforts de modernisation pourraient permettre de réaliser d'autres économies.

**Recommandation n° 5 :** CIC devrait établir si :

- le volet médical du SMGC pourrait être amélioré : les modifications viseraient à corriger les problèmes de traitement (p. ex. les limites sur les plans de la vitesse et de la convivialité) qui se rattachent aux cas complexes,
- le processus de notification pourrait être modernisé par son intégration au SMGC,
- un système d'échange d'information électronique pourrait être établi pour l'échange d'information liée aux notifications entre CIC et les PT.

L'évaluation a permis de relever un certain nombre de problèmes de communication et de coordination entre CIC et les PT. Les provinces et territoires estimaient ne pas avoir reçu d'information suffisante en rapport avec le processus de notification, que l'information sur les formulaires de notification n'était pas suffisante (p. ex. renseignements incomplets ou minimum d'information fournie seulement) et que même si les renseignements médicaux du client étaient considérés comme importants, il était difficile de les obtenir en temps opportun. Les évaluateurs ont également constaté qu'il existe une absence de mécanismes officiels pour favoriser la mobilisation par CIC des ministres de la Santé des PT, particulièrement sur le plan de la coordination des questions liées au fardeau excessif.

**Recommandation n° 6 :** CIC devrait renforcer la composante PT de son processus de dépistage et de notification en :

- améliorant la qualité de l'information ou en augmentant la quantité d'information mise à la disposition des PT relativement à la procédure de notification,
- établissant si les renseignements médicaux des clients peuvent être communiqués automatiquement aux PT.

## Rendement

Le volet de dépistage médical du Programme a permis à CIC de repérer les personnes dont l'état médical était préoccupant, ce qui a contribué à réduire le fardeau pour les services de santé et de services sociaux et à protéger la santé et la sécurité des Canadiens. L'évaluation a cependant permis de cerner des lacunes dans les processus et politiques de dépistage actuellement en place qui nuisent peut-être à l'efficacité du Programme. Ces lacunes sont examinées dans les recommandations formulées dans la section sur les politiques qui précède.

Dans l'ensemble, le processus de notification médicale s'est avéré satisfaisant quant à la notification des PT au sujet des clients devant être soumis à une surveillance. Les PT estimaient que les formulaires de notification ne leur fournissaient pas de données suffisantes sur les clients, mais selon l'information sur le Programme disponible, une grande proportion des clients se conforment à l'exigence de surveillance. Cependant, le processus utilisé pour fournir de l'information sur la surveillance aux clients n'est pas approché de la même façon par les agents des visas et l'ASFC, en raison d'un manque de connaissance du processus et des limites de la fonction d'exigence de surveillance dans le SMGC et la demande électronique. Cela pourrait avoir une incidence sur la connaissance chez les clients de l'exigence qui leur est imposée en matière de surveillance.

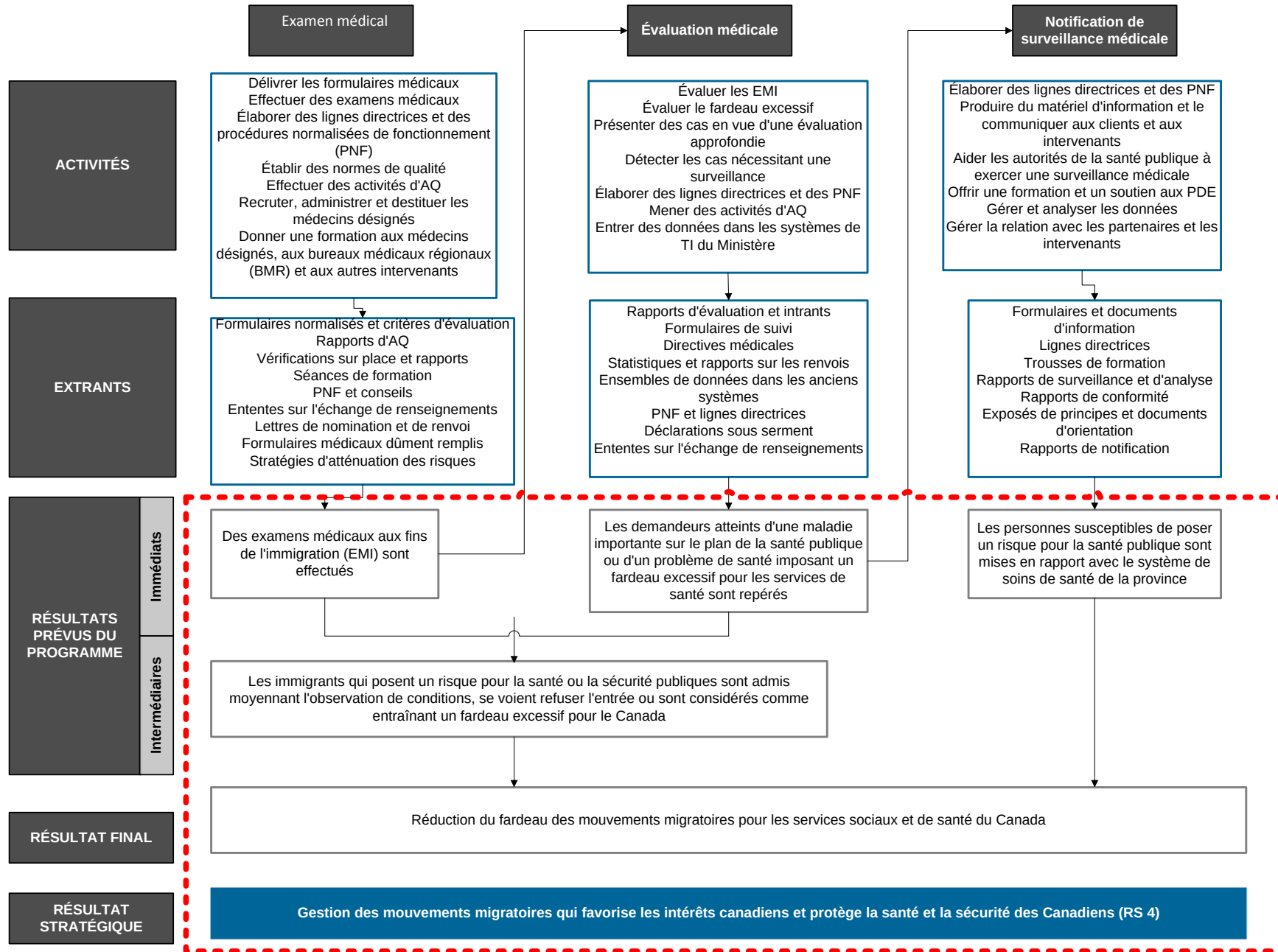
**Recommandation n° 7 :** CIC devrait veiller à ce que de l'information sur la surveillance soit fournie aux clients dans les bureaux des visas et par l'ASFC de façon uniforme et en temps opportun.

Ainsi, CIC pourrait indiquer la nécessité d'une surveillance sur l'écran principal du SMGC, intégrer les formulaires de notification et documents d'information sur la surveillance dans le système de demande électronique et fournir des lignes directrices opérationnelles à jour aux bureaux des visas (y compris aux centres de traitement centralisé et à l'ASFC).

## **Efficiencia y economía**

Los esfuerzos de modernización desplegados por CIC, nombradamente el lanzamiento del sistema eMédical y la fermeture de bureaux, ont entraîné une réduction du coût du Programme de DMN; le Ministère a donc pu mener le même nombre d'évaluations médicales aux fins de l'immigration en utilisant une moins grande quantité de ressources. Dans l'ensemble, le coût du programme est inférieur aux économies estimatives minimales attribuables au Programme.

# Annexe A. Programme de dépistage médical et de notification – Modèle logique



## **Annexe B.    Annexe B : Autres suggestions d'amélioration**

### **1. Modernisation du volet de notification et de surveillance médicale**

Le processus de notification utilisant le support papier, les interviewés de l'ensemble des groupes d'intervenants ont suggéré que CIC mette en œuvre un système de gestion des cas électronique pour la notification et la surveillance médicale qui faciliterait l'envoi d'avis (de l'ASFC à CIC et de CIC aux PT) et favoriserait le transfert et les activités de coordination des cas devant faire l'objet d'une surveillance (c.-à-d. l'envoi d'information médicale, l'établissement de rapports sur la conformité et le suivi des clients).

### **2. Sensibilisation des clients devant se soumettre à une surveillance**

Il existe déjà des processus visant à fournir des renseignements aux clients devant se soumettre à une surveillance médicale et à les informer de l'exigence à laquelle ils doivent se soumettre. Toutefois, en raison des problèmes mentionnés précédemment, le niveau de sensibilisation des demandeurs à leur obligation de se soumettre à une surveillance médicale au Canada peut être variable. Les interviewés du groupe de CIC ont formulé les suggestions suivantes pour renforcer le processus de surveillance :

- il devrait y avoir une approche normalisée pour signaler dans le SMGC les dossiers qui doivent faire l'objet d'une surveillance médicale (p. ex. dans les notes),
- dans le SMGC, l'indicateur de l'exigence de surveillance devrait figurer sur l'écran principal (près de l'admissibilité médicale),
- le SMGC devrait générer automatiquement le formulaire IMM0535 lorsque les résultats médicaux sont entrés dans le système,
- des dépliants traduits dans diverses langues et rédigés dans un langage accessible doivent être disponibles et être remis aux clients au point d'entrée,
- un visa spécial entraînant d'office le renvoi à une inspection secondaire devrait être délivré aux clients qui doivent se soumettre à une surveillance médicale.