

IMM-2661-00
2001 FCT 933

IMM-2661-00
2001 CFPI 933

Jeannine Elise Redding (*Applicant*)

Jeannine Elise Redding (*demanderesse*)

v.

c.

The Minister of Citizenship and Immigration
(*Respondent*)

Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration
(*défendeur*)

INDEXED AS: REDDING v. CANADA (MINISTER OF CITIZENSHIP AND IMMIGRATION) (T.D.)

RÉPERTORIÉ: REDDING c. CANADA (MINISTRE DE LA CITOYENNETÉ ET DE L'IMMIGRATION) (1^{re} INST.)

Trial Division, Lemieux J.—Edmonton, May 23; Ottawa, August 22, 2001.

Section de première instance, juge Lemieux—Edmonton, 23 mai; Ottawa, 22 août 2001.

Citizenship and Immigration — Exclusion and Removal — Inadmissible persons — Case law on medical inadmissibility reviewed — Applicant, afflicted by juvenile diabetes, including diabetic nephropathy, controlled hypertension, denied permanent residence on ground admission might reasonably be expected to cause excessive demands on health or social services — Law requiring answer to “excessive demand” question be formulated as expression of probabilities — Medical officer must assess applicant’s specific circumstances — In addressing issue of “excessive demands”, medical officer must have some evidence before him relating to supply of relevant service — Medical officer cannot ignore medical reports prepared by applicant’s specialists — In addressing issue of costs, medical officer must disclose relevant material so that applicant may comment.

Citoyenneté et Immigration — Exclusion et renvoi — Personnes non admissibles — Examen de la jurisprudence sur la non-admissibilité pour raisons d'ordre médical — La demande de résidence permanente de la demanderesse, qui était affligée du diabète juvénile, ainsi que d'une néphropathie diabétique et d'hypertension contrôlée, a été rejetée au motif que son admission risquait d'entraîner un fardeau excessif pour les services sociaux ou de santé — La loi exige que la réponse à la question du «fardeau excessif» soit formulée sous forme de probabilités — Le médecin doit examiner la situation particulière de la personne en cause — Lorsqu'il se penche sur la question du «fardeau excessif», le médecin doit disposer de certains éléments de preuve se rapportant à la prestation des services pertinents — Le médecin agréé ne peut ignorer les rapports médicaux établis par les spécialistes de la partie demanderesse — Lorsqu'il aborde la question des frais, le médecin agréé doit communiquer les éléments pertinents à la partie demanderesse pour que celle-ci puisse formuler ses observations à ce sujet.

The applicant was denied permanent residence as an inadmissible person under subparagraph 19(1)(a)(ii) of the *Immigration Act*. The applicant was afflicted by juvenile diabetes, including diabetic nephropathy, as well as controlled hypertension. Citizenship and Immigration Canada's medical consultants were of the opinion that the course of this disease was such that it could reasonably be expected that she would require ongoing specialist care and review, hospital based investigation and ultimately recurrent hospitalizations such as to place excessive demand on our health services. The government's doctor discounted medical reports submitted on behalf of the applicant to the effect that with strict blood sugar control and appropriate medication, together with the self-discipline which she has demonstrated, applicant's condition might well not deteriorate to the point that she would require hospitalization.

La demande de résidence permanente de la demanderesse a été rejetée au motif qu'elle faisait partie de la catégorie de personnes non admissibles visées au sous-alinéa 19(1)(a)(ii) de la *Loi sur l'immigration*. La demanderesse était affligée du diabète juvénile, ainsi que d'une néphropathie diabétique et d'hypertension contrôlée. Les médecins de Citoyenneté et Immigration Canada se sont dit d'avis que la maladie évoluait de telle sorte qu'on pouvait raisonnablement s'attendre à ce que la demanderesse ait besoin de soins continus de spécialistes, d'investigations en milieu hospitalier et qu'elle doive finalement être hospitalisée à plusieurs reprises, ce qui imposerait un fardeau excessif pour nos services de santé. Le médecin de l'État a écarté les rapports médicaux soumis au nom de la demanderesse suivant lesquels avec un rigoureux contrôle glycémique et une médication appropriée, et compte tenu du soin méticuleux avec lequel la demanderesse soignait son diabète, il était fort

Held, the application should be allowed.

On the issue of whether the applicant's medical condition will cause excessive demands on Canadian health and social services, the law requires that the medical officer formulate his opinion as an expression of probabilities: *Badwal v. Canada (Minister of Employment and Immigration)*. Here, the medical officer wrote that the applicant's good blood sugar and high blood pressure control since 1991 "does not guarantee an equally favourable outcome for the next decade". He added that future consultations with specialists "may be required". Furthermore, the medical officer arrived at the conclusion that the applicant was medically inadmissible by looking at the general diabetes population rather than performing an assessment of her individual circumstances: *Lau v. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)*.

The relevant legislation fails to define what is an "excessive demand". Section 22 of the *Immigration Regulations, 1978* did try, but it has been held *ultra vires* in a number of Federal Court decisions. In *Rabang v. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)* where the analysis required by the concept of "excessive demand" was explained, it was noted that the reasonableness of the medical officer's opinion cannot be assessed in the absence of evidence as to the availability, scarcity and cost of the services likely to be required.

The medical officer certainly disregarded those medical reports which contradicted his findings.

Reliance on the Medical Officer's Handbook could not be criticized as reliance on information withheld from the applicant as it is nothing more than a compendium of medical knowledge. However, failure to disclose material from the Diabetes Association and the Health Canada Report did constitute a reviewable error as it impeded the applicant's meaningful participation in the process.

STATUTES AND REGULATIONS JUDICIALLY CONSIDERED

Immigration Act, R.S.C., 1985, c. I-2, s. 19(1)(a).
Immigration Regulations, 1978, SOR/78-172, s. 22 (as am. by SOR/78-316, s. 2).

possible que son état de santé ne se détériore pas au point où elle doit être hospitalisée.

Jugement: la demande doit être accueillie.

Lorsqu'un médecin se penche sur la question de savoir si l'état de santé d'une personne entraînera un fardeau excessif pour les services sociaux ou de santé canadiens, la loi exige qu'il formule sa réponse sous forme de probabilités (*Badwal c. Canada (Ministre de l'Emploi et de l'Immigration)*). En l'espèce, le médecin agréé a écrit que la régulation de la glycémie et de l'hypertension chez la demanderesse depuis 1991 «ne garantit pas une issue aussi favorable durant la décennie suivante». Il a ajouté que la demanderesse serait «peut-être obligée plus tard de consulter des spécialistes». De plus, le médecin en est arrivé à la conclusion que la demanderesse n'était pas admissible pour des raisons de santé en tenant compte de la population générale des diabétiques au lieu d'examiner la situation particulière de la demanderesse (*Lau c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)*).

L'expression «fardeau excessif» n'est pas définie dans la Loi ou le Règlement. On a bien essayé, à l'article 22 du *Règlement sur l'immigration de 1978* de proposer une définition, mais cet article a été jugé invalide dans plusieurs décisions de la Cour fédérale. Dans le jugement *Rabang c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)*, où elle a expliqué le type d'analyse que le concept de «fardeau excessif» oblige à effectuer, la Cour a fait remarquer qu'en l'absence de preuve sur la disponibilité, la rareté ou les coûts de services sociaux ou de santé dont l'intéressé aura probablement besoin, il est impossible d'apprécier le caractère raisonnable de l'avis du médecin agréé.

De toute évidence, le médecin agréé n'a pas tenu compte des divers rapports médicaux qui contredisaient ses conclusions.

On ne peut reprocher à l'auteur de la décision de s'être appuyé sur des renseignements qui n'avaient pas été communiqués à la demanderesse lorsqu'il s'est fondé sur le Guide du médecin, car ce guide n'est rien de plus qu'un recueil de connaissances médicales. Toutefois, le défaut de communiquer les documents de l'Association canadienne du diabète et le rapport de Santé Canada constituait une erreur justifiant le contrôle judiciaire de la décision, étant donné que cette omission a eu pour effet d'empêcher la demanderesse de participer véritablement au processus décisionnel.

LOIS ET RÈGLEMENTS

Loi sur l'immigration, L.R.C. (1985), ch. I-2, art. 19(1)a).
Règlement sur l'immigration de 1978, DORS/78-172, art. 22 (mod. par DORS/78-316, art. 2).

CASES JUDICIALLY CONSIDERED

APPLIED:

Badwal v. Canada (Minister of Employment & Immigration) (1989), 64 D.L.R. (4th) 561; 9 Imm. L.R. (2d) 85; 107 N.R. 92 (F.C.A.); *Lau v. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)* (1998), 146 F.T.R. 116; 43 Imm. L.R. (2d) 8 (F.C.T.D.); *Rabang v. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)*, [1999] F.C.J. No. 1934 (T.D.) (QL); *Quebec (Attorney General) v. Canada (National Energy Board)*, [1994] 1 S.C.R. 159; (1994), 112 D.L.R. (4th) 129; 20 Admin. L.R. (2d) 79; 14 C.E.L.R. (N.S.) 1; [1994] 3 C.N.L.R. 49; 163 N.R. 241; *Hersi v. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)*, [2000] F.C.J. No. 2136 (T.D.) (QL); *Maschio v. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)* (1997), 137 F.T.R. 210 (F.C.T.D.).

CONSIDERED:

Thangarajan v. Canada (Minister of Citizenship and Immigration), [1999] 4 F.C. 167; (1999), 176 D.L.R. (4th) 125; 1 Imm. L.R. (3d) 118; 242 N.R. 183 (C.A.); *Mo v. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)*, 2001 FCT 66; [2001] F.C.J. No. 216 (T.D.) (QL).

REFERRED TO:

Ismaili v. Canada (Minister of Citizenship and Immigration) (1995), 100 F.T.R. 193; 29 Imm. L.R. (2d) 1 (F.C.T.D.); *Ning v. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)* (1997), 134 F.T.R. 303; 39 Imm. L.R. (2d) 50 (F.C.T.D.); *Manto v. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)*, 2001 FCT 572; [2001] F.C.J. No. 864 (T.D.) (QL); *Poon v. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)* (2000), 10 Imm. L.R. (3d) 75 (F.C.T.D.); *Ludwig v. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)* (1996), 111 F.T.R. 271; 33 Imm. L.R. (2d) 213 (F.C.T.D.).

APPLICATION for judicial review of the denial of the applicant's application for permanent residence on the ground of medical inadmissibility. Application allowed.

APPEARANCES:

Karen D. Swartzenberger for applicant.
Tracy J. King for respondent.

SOLICITORS OF RECORD:

Karen D. Swartzenberger, Edmonton, for applicant.

JURISPRUDENCE

DÉCISIONS APPLIQUÉES:

Badwal c. Canada (Ministre de l'Emploi et de l'Immigration) (1989), 64 D.L.R. (4th) 561; 9 Imm. L.R. (2d) 85; 107 N.R. 92 (C.A.F.); *Lau c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)* (1998), 146 F.T.R. 116; 43 Imm. L.R. (2d) 8 (C.F. 1^{re} inst.); *Rabang c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)*, [1999] A.C.F. n° 1934 (1^{re} inst.) (QL); *Québec (Procureur général) c. Canada (Office national de l'Énergie)*, [1994] 1 R.C.S. 159; (1994), 112 D.L.R. (4th) 129; 20 Admin. L.R. (2d) 79; 14 C.E.L.R. (N.S.) 1; [1994] 3 C.N.L.R. 49; 163 N.R. 241; *Hersi c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)*, [2000] A.C.F. n° 2136 (1^{re} inst.) (QL); *Maschio c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)* (1997), 137 F.T.R. 210 (C.F. 1^{re} inst.).

DÉCISIONS EXAMINÉES:

Thangarajan c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration), [1999] 4 C.F. 167; (1999), 176 D.L.R. (4th) 125; 1 Imm. L.R. (3d) 118; 242 N.R. 183 (C.A.); *Mo c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)*, 2001 FCT 66; [2001] A.C.F. n° 216 (1^{re} inst.) (QL).

DÉCISIONS MENTIONNÉES:

Ismaili c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration) (1995), 100 F.T.R. 193; 29 Imm. L.R. (2d) 1 (C.F. 1^{re} inst.); *Ning c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)* (1997), 134 F.T.R. 303; 39 Imm. L.R. (2d) 50 (C.F. 1^{re} inst.); *Manto c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)*, 2001 CFPI 572; [2001] A.C.F. n° 864 (1^{re} inst.) (QL); *Poon c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)* (2000), 10 Imm. L.R. (3d) 75 (C.F. 1^{re} inst.); *Ludwig c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)* (1996), 111 F.T.R. 271; 33 Imm. L.R. (2d) 213 (C.F. 1^{re} inst.).

DEMANDE de contrôle judiciaire d'une décision par laquelle la demande de résidence permanente de la demanderesse a été rejetée au motif qu'elle n'était pas admissible pour des raisons d'ordre médical. Demande accueillie.

ONT COMPARU:

Karen D. Swartzenberger pour la demanderesse.
Tracy J. King pour le défendeur.

AVOCATS INSCRITS AU DOSSIER:

Karen D. Swartzenberger, Edmonton, pour la demanderesse.

Deputy Attorney General of Canada for respondent.

Le sous-procureur général du Canada pour le défendeur.

The following are the reasons for order rendered in English by

Ce qui suit est la version française des motifs de l'ordonnance rendus par

LEMIEUX J.:

LE JUGE LEMIEUX:

INTRODUCTION

[1] Jeannine Redding (the applicant) is a U.S. citizen and is single. She holds two post-graduate degrees, one from the University of Victoria and the other from the University of Alberta. She is currently in possession of a valid Canadian employment visa and works for the Alberta Motor Association in its Program and Staff Development Department in Edmonton, Alberta.

[2] In September 1999, she applied to become a permanent resident in Canada. On April 11, 2000, Mr. Raymond Gabin, Vice-Consul of the Canadian Consulate General in Buffalo, advised her application for permanent residence was denied because she fell within the class of inadmissible persons described in subparagraph 19(1)(a)(ii) of the *Immigration Act* [R.S.C., 1985, c. I-2] (hereinafter the Act):

19. (1) No person shall be granted admission who is a member of any of the following classes:

(a) persons, who are suffering from any disease, disorder, disability or other health impairment as a result of the nature, severity or probable duration of which, in the opinion of a medical officer concurred in by at least one other medical officer,

(i) they are or are likely to be a danger to public health or to public safety, or

(ii) their admission would cause or might reasonably be expected to cause excessive demands on health or social services. [Emphasis mine.]

[3] The applicant seeks judicial review of that decision.

INTRODUCTION

[1] Jeannine Redding (la demanderesse) est une citoyenne américaine et elle est célibataire. Elle est titulaire de deux diplômes d'études universitaires supérieures, l'un de l'université de Victoria et l'autre de l'université de l'Alberta. Elle est présentement titulaire d'un visa d'emploi canadien en cours de validité et elle travaille pour l'Alberta Motor Association, au service d'élaboration des programmes et de perfectionnement du personnel à Edmonton (Alberta).

[2] En septembre 1999, elle a présenté une demande en vue de devenir résidente permanente au Canada. Le 11 avril 2000, M. Raymond Gabin, vice-consul du Consulat général du Canada à Buffalo, l'a informée que sa demande de résidence permanente était rejetée parce qu'elle faisait partie de la catégorie de personnes non admissibles visées au sous-alinéa 19(1)a)(ii) de la *Loi sur l'immigration* [L.R.C. (1985), ch. I-2] (la Loi), dont voici le texte:

19. (1) Les personnes suivantes appartiennent à une catégorie non admissible:

a) celles qui souffrent d'une maladie ou d'une invalidité dont la nature, la gravité ou la durée probable sont telles qu'un médecin agréé, dont l'avis est confirmé par au moins un autre médecin agréé, conclut:

(i) soit que ces personnes constituent ou constitueraient vraisemblablement un danger pour la santé ou la sécurité publiques,

(ii) soit que leur admission entraînerait ou risquerait d'entraîner un fardeau excessif pour les services sociaux ou de santé. [Non souligné dans l'original.]

[3] La demanderesse sollicite le contrôle judiciaire de cette décision.

BACKGROUND

[4] Miss Redding's application for permanent residence was accompanied by a medical report completed by Dr. G. Mazurek. He reported the applicant was afflicted by juvenile diabetes, including diabetic nephropathy, as well as controlled hypertension.

[5] Citizenship and Immigration Canada's (hereinafter CIC) medical report form which is part of the application for permanent residence, requires physicians to check off all appropriate items in respect of their medical findings. Dr. Mazurek checked off the following two of the three findings on the printed form:

- A. **Findings that are unremarkable or minor conditions** which normally respond well to short term office/outpatient treatment. SURGERY IS NOT REQUIRED. Applicant can be followed by a general practitioner and will have minimal requirements for hospitalization or social services. NO ACTIVE TB OR DANGEROUS BEHAVIOUR. (e.g. NORMAL CHILDREN, controlled diabetes and/or hypertension with no associated significant end organ damage, cataracts not requiring immediate surgery, psychiatric disorders that are well controlled and where the applicant is capable of working and will likely remain self-sufficient, etc.)
- B. **Findings that require periodic specialist follow-up care** but which normally can be handled without resorting to repeated hospitalizations or the provision of social services (e.g. totally asymptomatic congenital or rheumatic heart disease where the requirement for hospitalization and/or surgical intervention appears unlikely over the next 10 years, well controlled rheumatoid arthritis with a minimal functional impact, etc.) Applicant should be able to function independently and be self-sufficient (no anticipated need for domiciliary or nursing home care in the future). No evidence of mental retardation or developmental delay. NO ACTIVE TB OR DANGEROUS BEHAVIOUR. At most only minor hospitalizations. [Emphasis mine.]

[6] The one item Dr. Mazurek did not check off on CIC's medical form was item C:

CONTEXTE

[4] La demande de résidence permanente de M^{lle} Redding était accompagnée d'un rapport médical rédigé par le D^r G. Mazurek, qui signalait que la demanderesse était affligée du diabète juvénile, ainsi que d'une néphropathie diabétique et d'hypertension contrôlée.

[5] Le formulaire de rapport médical de Citoyenneté et Immigration Canada (CIC), qui fait partie de la demande de résidence permanente, invite le médecin à cocher toutes les cases appropriées qui correspondent à ses constatations. Le D^r Mazurek a coché les deux cases suivantes sur les trois qui figuraient sur le formulaire:

- A. **Examen normal ou affections mineures** qui, normalement, répondent bien à un traitement de courte durée assuré à titre externe. AUCUNE CHIRURGIE IMMÉDIATE REQUISE. Le requérant peut être suivi par un généraliste et il aura des besoins minimaux d'hospitalisation ou de services sociaux. AUCUNE TUBERCULOSE ACTIVE NI COMPORTEMENT DANGEREUX (p. ex. ENFANTS NORMAUX, diabète et / ou hypertension contrôlés non accompagnés de lésions significatives des organes cibles, cataractes ne nécessitant pas une chirurgie immédiate, troubles psychiatriques qui sont bien contrôlés et où le requérant est apte au travail et demeurera vraisemblablement autonome, etc.).
- B. **Affections qui nécessitent un suivi périodique par un spécialiste**, mais qui peuvent normalement être soignées sans hospitalisations répétées ou utilisation des services sociaux (p. ex. cardiopathie congénitale ou rhumatismale totalement asymptomatique où le besoin d'hospitalisation et / ou d'intervention chirurgicale semble très improbable au cours des 10 prochaines années, polyarthrite rhumatoïde bien contrôlée avec une incidence fonctionnelle minimale, etc.). Le requérant devrait pouvoir fonctionner de façon indépendante et être autonome (aucun besoin prévu de soins à domicile ou en maison de soins pour patients chroniques). Aucun signe d'arriération mentale ou de retard de développement. AUCUNE TUBERCULOSE ACTIVE NI COMPORTEMENT DANGEREUX. Tout au plus une hospitalisation mineure est plausible. [Non souligné dans l'original.]

[6] La seule case que le docteur Mazurek n'a pas cochée sur le formulaire médical de CIC était la case C:

C. Findings that may require more extensive investigations or care. Applicants where:

- (1) HOME/INSTITUTIONAL SUPERVISION & CARE is needed,
- (2) MAJOR OR RECURRENT HOSPITALIZATIONS are likely, (especially for procedures involving joint replacements, transplantation; cardiac surgery, sub-specialist care, etc.),
- (3) SPECIALIZED HOSPITAL FACILITIES such as DIALYSIS units, CANCER outpatient clinics,
- (4) There is a need for use of intermittent/continuing SOCIAL SERVICES, or SPECIALIZED EDUCATION/VOCATIONAL TRAINING;
- (5) DETERIORATION appears likely,
- (6) The normal acquisition or maintenance of SELF-SUFFICIENCY APPEARS DOUBTFUL.
- (7) ACTIVE TB appears to be present or a communicable serious infectious disease.
- (8) BEHAVIOUR appears to be POTENTIALLY DANGEROUS to others. [Emphasis mine.]

[7] The examples given under item C read as follows:

EXAMPLES: Dementia and psychiatric disorders causing clinically significant distress or impairment in social, occupational or other important areas of functioning, renal insufficiency, diabetic nephropathy or patients on renal dialysis or renal conditions with the potential for deterioration, symptomatic heart disease of any cause, or symptomatic peripheral vascular disease or symptomatic cerebrovascular disease or functional impairment due to strokes etc.; Parkinsonism; multiple sclerosis or genetic/inherited or other conditions likely to create a functional deficit; follow-up for neoplastic disorders; chronic infections or degenerative or auto-immune conditions with complications or requiring long term treatment. [Emphasis mine.]

I should add that Miss Redding's application also appended two other medical reports both with favourable prognosis.

C. Affections qui nécessitent une investigation plus approfondie ou des soins spécialisés. Requérant chez qui:

- (1) Une SURVEILLANCE ET DES SOINS À DOMICILE / EN ÉTABLISSEMENT sont nécessaires;
- (2) Des HOSPITALISATIONS MAJEURES OU RÉPÉTÉES (en particulier pour des interventions comportant le remplacement d'une articulation, une transplantation, une chirurgie cardiaque, des soins prodigués par un sous-spécialiste, etc.) sont probables;
- (3) L'utilisation répétée à titre externe d'INSTALLATIONS HOSPITALIÈRES SPÉCIALISÉES comme les services de DIALYSE ou les services spécialisés dans le traitement du CANCER est nécessaire;
- (4) Des SERVICES SOCIAUX intermittents / continus ou une FORMATION PÉDAGOGIQUE / PROFESSIONNELLE SPÉCIALISÉE sont nécessaires;
- (5) Une DÉTÉRIORATION semble probable;
- (6) L'acquisition normale ou le maintien de l'AUTONOMIE SEMBLE DOUTEUX;
- (7) Une TUBERCULOSE ACTIVE semble présente (ou une maladie infectieuse grave et facilement transmissible);
- (8) Le COMPORTEMENT semble poser un DANGER POTENTIEL pour autrui. [Non souligné dans l'original.]

[7] Voici les exemples qui sont donnés à la case C:

EXEMPLES: démence et troubles psychiatriques causant une angoisse cliniquement significative ou qui rendent déficiente l'aptitude du requérant à fonctionner socialement, professionnellement ou dans d'autres sphères d'activité importantes; insuffisance rénale, néphropathie diabétique ou patient sous dialyse rénale ou ayant une affection rénale avec risque de détérioration, cardiopathie symptomatique de toute étiologie ou maladie vasculaire périphérique symptomatique ou déficience fonctionnelle causée par un accident cérébro-vasculaire etc.; parkinsonisme, sclérose en plaques ou troubles génétiques / héréditaires susceptibles de causer un déficit fonctionnel suivi de maladies néoplastiques; infections chroniques ou affections auto-immunes ou dégénératives avec complications nécessitant un traitement à long terme. [Non souligné dans l'original.]

Je tiens à signaler que M^{me} Redding avait joint à sa demande deux autres rapports médicaux contenant des pronostics favorables.

[8] The medical portion of the application for permanent residence was reviewed by Dr. St-Germain whose view was concurred with by Dr. Waddell (both are consultants for CIC). The narrative portion of Dr. St-Germain's report dated January 26, 2000 states the following:

Diabe mellitus with target organ damage

This 35 year-old applicant has long standing diabetes mellitus type 1 with clinical evidence of target organ damage such as retinopathy, nephropathy and neuropathy. The course of this disease is such that it can reasonably be expected that the applicant will require ongoing specialist care and review, hospital based investigation and ultimately recurrent hospitalizations. The requirements for the treatment of complicated diabetes mellitus will place excessive demand on Canadian health services. The applicant is therefore inadmissible under section 19(1)(a)(ii) of the Immigration Act.

Also has: Hypertension [Emphasis mine.]

[9] After receiving Dr. St-Germain's report, Vice-Consul Gabin advised the applicant by way of letter dated February 4, 2000, of the medical notification he had received, and invited her to provide him with further medical information before a final decision was made.

[10] The applicant submitted additional medical information consisting of medical opinions by three specialists: Dr. Ginsberg, her endocrinologist, Dr. Kovithavongs, her nephrologist and Dr. Uniat, her specialist in diabetic retinopathy.

[11] Dr. Ginsberg, who has held an appointment at the University of Alberta for over 15 years noted, in a report dated March 30, 2000, that she has followed the applicant since 1991 and that she has been a long-standing type 1 diabetic since the age of 8. Dr. Ginsberg said that from 1991 to 1996, she saw her every three or four months for review and recently saw her for the purposes of her report. She had not previously seen her since 1996 "due to the fact that her excellent glycemic control required only Dr. Kovithavongs' supervision".

[12] Dr. Ginsberg wrote the applicant's meticulous attention to her diabetic care has produced excellent

[8] La partie médicale de la demande de résidence permanente a été examinée par le D^r St-Germain, dont l'opinion a été reprise par le D^r Waddell (tous les deux consultants pour CIC). La partie explicative du rapport du D^r St-Germain daté du 26 janvier 2000 renferme les constatations suivantes:

[TRADUCTION] Diabète sucré avec atteinte des organes cibles

Cette demanderesse de 35 ans souffre depuis longtemps de diabète sucré de type 1 avec des signes cliniques d'atteinte des organes cibles tels que rétinopathie, néphropathie et neuropathie. Cette maladie évolue de telle sorte qu'on peut raisonnablement s'attendre à ce que la demanderesse ait besoin de soins continus de spécialistes, d'investigations en milieu hospitalier et qu'elle doive finalement être hospitalisée à plusieurs reprises. Les exigences associées au traitement d'un diabète sucré compliqué imposent un fardeau excessif pour les services de santé canadiens. La demanderesse est donc inadmissible au sens du sous-alinéa 19(1)a)(ii) de la Loi sur l'immigration.

Autre trouble: Hypertension [Non souligné dans l'original.]

[9] Après avoir reçu le rapport du D^r St-Germain, le vice-consul Gabin a informé la demanderesse, dans une lettre datée du 4 février 2000, de l'avis médical qu'il avait reçu, et l'a invitée à lui fournir de plus amples renseignements médicaux avant qu'une décision finale ne soit prise.

[10] La demanderesse a fourni d'autres renseignements médicaux, soit les opinions médicales de trois spécialistes: la D^{re} Ginsberg, son endocrinologue, le D^r Kovithavongs, son néphrologue, et la D^{re} Uniat, spécialiste en rétinopathie diabétique.

[11] La D^{re} Ginsberg, qui a travaillé à l'Université de l'Alberta pendant plus de 15 ans, a fait remarquer, dans un rapport daté du 30 mars 2000, qu'elle suivait la demanderesse depuis 1991 et que celle-ci souffrait depuis l'âge de huit ans d'un diabète de type 1. La D^{re} Ginsberg a affirmé qu'entre 1991 et 1996, elle avait vu la demanderesse tous les trois ou quatre mois pour un bilan et qu'elle l'avait examinée récemment aux fins de son rapport. Elle ne l'avait pas vue depuis 1996 [TRADUCTION] «du fait qu'en raison de son excellent contrôle glycémique, seule la supervision du D^r Kovithavongs était requise».

[12] La D^{re} Ginsberg a écrit que l'attention méticuleuse avec laquelle la demanderesse soigne son diabète

results in terms of stabilizing any potential diabetic complications. She reported that although Miss Redding previously had cataract surgery on both eyes, she has had stable mild non-proliferative diabetic retinopathy over the years. Dr. Ginsberg noted the applicant has some subtle evidence of peripheral neuropathy, but the filament has remained intact. Dr. Ginsberg wrote:

The early introduction of an angiotensin converting enzyme inhibitor, her excellent diabetic control and most importantly, the stability of her nephropathy observed over approximately 10 years bodes well that such stability will continue.

I must add that she has no history of ever being in diabetic ketoacidosis or required hospitalization during the time that I have known her. For someone with her history, she has placed little burden on the health care system and has required minimal attention compared to many of my other diabetic patients.

In regards to the previous immigration assessment, although I would agree that she will require intermittent specialist care, I disagree that she will necessarily require hospital-based investigation and recurrent hospitalization. This opinion is based on not only my experience, but the fact that she has achieved excellent glycemic control and has remained stable over the past decade. [Emphasis mine.]

[13] The second medical report, dated March 27, 2000, was from Dr. Kovithavongs at the Division of Nephrology and Immunology, Department of Medicine, University of Alberta. The material portion of his opinion reads:

I can only re-state the fact that she is very persistent with her regular medical check-ups, that she is compliant with her medications, that she always checks her blood sugar four times a day and gives herself Insulin four times a day according to the blood sugar, that she is a non-cigarette smoker, and that she always keeps herself physically active. As a result, I also would like to re-emphasize the following: that her blood pressure is always normal, her hemoglobin A1C is always less than 8% which is a cut-off for good control, that her proteinuria is normal, that her eyes are stable, and that her renal function is stable in the last five or six years that I have been following her.

I also would like to mention that there have been several clinical trials in the last decade showing the impact of strict

avait donné d'excellents résultats, notamment en ce qui concerne la stabilisation des complications diabétiques possibles. Elle ajoutait que bien que M^{me} Redding eût déjà subi une chirurgie pour des cataractes dans les deux yeux, la rétinopathie diabétique non proliférante bénigne dont elle souffrait était stable depuis des années. La D^{re} Ginsberg a mentionné que la demanderesse présentait certains signes subtils de neuropathie périphérique, mais que le filament était demeuré intact. Selon la D^{re} Ginsberg:

[TRADUCTION] L'administration précoce d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, son excellent équilibre diabétique et, surtout, la stabilité de sa néphropathie sur une période d'environ 10 ans donnent à penser que cette stabilité persistera.

Je tiens à signaler qu'elle n'a aucun antécédent d'acidocétose et qu'elle n'a jamais dû être hospitalisée depuis que je la connais. Malgré ses antécédents, elle a peu fait appel au système de santé et a requis un minimum d'attention comparativement à bien d'autres de mes patients diabétiques.

Pour ce qui est de l'évaluation antérieure aux fins de l'immigration, bien que je reconnaisse qu'elle aura besoin à l'occasion de soins de spécialistes, je ne suis pas d'avis qu'elle aura nécessairement besoin d'investigations en milieu hospitalier ni d'être hospitalisée de façon répétée. Cette opinion se fonde non seulement sur mon expérience, mais sur le fait qu'elle a très bien réussi à équilibrer sa glycémie et que son état est demeuré stable au cours de la dernière décennie. [Non souligné dans l'original.]

[13] Le deuxième rapport médical, daté du 27 mars 2000, a été rédigé par le D^r Kovithavongs, de la Division de la néphrologie et de l'immunologie, Département de médecine, Université de l'Alberta. La partie pertinente de son opinion se lit comme suit:

[TRADUCTION] Je ne peux que réitérer le fait qu'elle se présente de façon assidue pour ses bilans de santé réguliers, qu'elle observe la médication, qu'elle vérifie toujours sa glycémie quatre fois par jour et s'injecte de l'insuline quatre fois par jour en fonction de sa glycémie, qu'elle ne fume pas et qu'elle a toujours continué de faire de l'activité physique. En conséquence, j'aimerais insister à nouveau sur les faits suivants: sa pression artérielle est toujours normale, son hémoglobine A1C est toujours inférieure à 8 %, qui est le seuil établi pour un bon équilibre, sa protéinurie est normale, l'état de ses yeux est stable, et sa fonction rénale est stable depuis les cinq ou six dernières années où je la suis.

J'aimerais également mentionner que plusieurs essais cliniques effectués au cours de la dernière décennie montrent

blood sugar control and the use of an angiotensin converting enzyme inhibitor on the long-term outcome of diabetic nephropathy. I think the natural course of diabetic nephropathy in Type I diabetics has been changed. Ten years ago a patient with diabetic nephropathy could go from relatively normal renal function to end-stage renal failure within a year. Now, I have patients who enjoy stable renal function for a decade because they follow medical advice and they look after themselves well. This patient is one of the most compliant that I have followed. She deserves a second look at her application. [Emphasis mine.]

[14] The third medical report, authored by Dr. Uniat and dated February 29, 2000, states that the applicant has been a patient since 1995 and she has seen her on an annual basis for assessment of her diabetic retinopathy. It states over the five years, the applicant has remained very stable and acuities have remained 20/20 in both eyes. Dr. Uniat said that the applicant demonstrates “mild nonproliferative diabetic retinopathy and at this point requires no intervention”. She wrote the following:

We continue monitoring her on an annual basis. With good control of her sugars and blood pressure, the prognosis for maintaining her vision and not proceeding to more aggressive retinopathy is excellent. It is felt that both duration of the diabetes and control of blood sugars are important factors in terms of progressive retinopathy, however, neither can be used solely as an indication as to the progression of retinopathy in the future. [Emphasis mine.]

[15] Vice-Consul Gabin sent all three medical reports to Dr. St-Germain for review. Subsequently, Dr. St-Germain wrote:

I have reviewed the new information as well as our medical file on this applicant and I am of the opinion that the new material does not modify the current assessment of medical inadmissibility. Dr. Walter G. Waddell FRCSC concurs.

[16] After receiving this report, Vice-Consul Gabin wrote to the applicant on April 11, 2000, to advise her of her continued medical inadmissibility.

les effets positifs d'un contrôle glycémique strict et de l'usage d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine sur l'issue à long terme de la néphropathie diabétique. Je pense que l'évolution naturelle de la néphropathie diabétique chez les diabétiques de type I a changé. Il y a dix ans, un patient atteint de néphropathie diabétique pouvait passer d'une fonction rénale relativement normale à une insuffisance rénale terminale en l'espace d'un an. Aujourd'hui, certains de mes patients ont une fonction rénale stable depuis une décennie parce qu'ils suivent les recommandations médicales et prennent bien soin d'eux-mêmes. La patiente dont il est question est, parmi les personnes que j'ai eu à suivre, celle qui observe le plus scrupuleusement mes recommandations. Elle mérite qu'on jette un second regard à sa demande. [Non souligné dans l'original.]

[14] Le troisième rapport médical, rédigé par la D^{re} Uniat et daté du 29 février 2000, mentionne que la demanderesse est suivie par ce médecin depuis 1995 et que ce dernier l'a examinée chaque année pour sa rétinopathie diabétique. Au cours des cinq années, l'état de la demanderesse est demeuré très stable et son acuité visuelle est demeurée à 20/20 dans les deux yeux. La D^{re} Uniat a affirmé que la demanderesse présentait des signes de «rétinopathie diabétique non proliférante bénigne et qu'elle n'avait pas besoin pour le moment d'intervention». Elle a affirmé ce qui suit:

[TRADUCTION] Nous continuons de la suivre chaque année. Avec un bon contrôle de sa glycémie et de sa pression artérielle, le pronostic en ce qui concerne le maintien de son acuité visuelle et la possibilité d'éviter l'évolution vers une rétinopathie plus agressive demeure excellent. La durée du diabète et le contrôle des sucres sanguins sont des facteurs importants eu égard à la rétinopathie progressive, mais ni l'un ni l'autre ne peut être utilisé séparément comme indicateur de la progression future de la rétinopathie. [Non souligné dans l'original.]

[15] Le vice-consul Gabin a envoyé les trois rapports médicaux au D^r St-Germain pour qu'il les examine. Le D^r St-Germain a écrit par la suite ce qui suit:

[TRADUCTION] J'ai examiné les nouveaux renseignements de même que notre dossier médical sur cette demanderesse et je suis d'avis que les nouveaux renseignements ne modifient pas l'évaluation actuelle de non-admissibilité pour raisons de santé. Le D^r Walter G. Waddell, FRCSC, abonde dans ce sens.

[16] Après avoir reçu ce rapport, le vice-consul Gabin a écrit à la demanderesse le 11 avril 2000 pour l'informer qu'elle était toujours non admissible pour des raisons de santé.

THE EVIDENCE IN THIS JUDICIAL REVIEW

[17] In support of her application, the applicant filed an affidavit to which was appended all the medical reports referred to. For the respondent, affidavits were filed by Raymond Gabin and Dr. Waddell. There was no cross-examination on any of the affidavits.

[18] The material paragraphs of Dr. Waddell's affidavit dated July 19, 2000 are as follows:

10. I reviewed the Medical Officer's Handbook. I also have a general knowledge of both adult onset diabetes mellitus controlled by diet and/or oral hypoglycemic agents and juvenile onset, insulin dependent, diabetes based upon my surgical professional career.

11. Mild, uncomplicated, adult onset, diabetes mellitus is often considered to be medically admissible since regular supervision by a general practitioner is all that is usually required. Juvenile onset diabetes mellitus in adults, requiring insulin, has a less favourable prognosis and requires regular supervision by a general practitioner with periodic specialist consultations.

12. The target organs mentioned in the narrative in this applicant are the kidneys, eyes and peripheral nerves. The other target organs commonly involved in patients with diabetes mellitus are the heart (coronary artery disease), the brain (cerebrovascular accident or "stroke") and the arteries (arterial occlusive disease). There is no evidence of overt disease in the other possible sites in this applicant but close observation is required in view of long standing disease.

13. The treatment of diabetes mellitus is evolving and in the future computerized monitoring of the blood sugar to permit precise control of an "insulin pump" or transplantation of pancreatic islet cells may offer "curative" disease modification.

14. Most young healthy women may see a general practitioner two or three times a year and may consult a gynecologist on occasion. Insulin dependent diabetic patients will usually see the treating practitioner monthly and the specialist consultants at regular three, six or twelve month intervals.

15. The applicant has been followed by endocrinology, ophthalmology and nephrology; in the future consultations with cardiology, neurology and/or vascular surgery may be required.

LA PREUVE DANS LA PRÉSENTE INSTANCE EN CONTRÔLE JUDICIAIRE

[17] À l'appui de sa demande, la demanderesse a déposé un affidavit auquel elle a joint tous les rapports médicaux susmentionnés. Pour le défendeur, des affidavits ont été déposés par M. Raymond Gabin et par le D^r Waddell. Il n'y a pas eu de contre-interrogatoire au sujet de ces affidavits.

[18] Voici les paragraphes essentiels de l'affidavit souscrit le 19 juillet 2000 par le D^r Waddell:

[TRADUCTION]

10. J'ai examiné le Guide du médecin. J'ai aussi acquis au cours de ma carrière en chirurgie une connaissance générale du diabète sucré de l'adulte équilibré par la diète et / ou des hypoglycémisants oraux ainsi que du diabète juvénile insulino-dépendant.

11. Le diabète sucré de l'adulte bénin et non compliqué est souvent considéré comme une affection médicalement admissible vu qu'une supervision régulière par un omnipraticien est habituellement tout ce dont le patient a besoin. Le diabète sucré de type 1 chez l'adulte exige un traitement à l'insuline, a un pronostic moins favorable et requiert une supervision régulière de la part d'un omnipraticien avec la consultation périodique de spécialistes.

12. Les organes cibles mentionnés dans la partie explicative de cette demande sont le rein, les yeux et les nerfs périphériques. Les autres organes cibles couramment atteints chez les patients souffrant de diabète sucré sont le coeur (cardiopathie ischémique), le cerveau (accident vasculaire cérébral) ou les artères (artériopathies oblitérantes). Rien n'indique la présence d'une maladie patente dans les autres sites possibles chez cette demanderesse, mais une observation minutieuse est requise vu que cette maladie existe depuis longtemps.

13. Le traitement du diabète sucré évolue; à l'avenir, une surveillance informatisée de la glycémie permettant un contrôle précis de la «pompe à insuline» ou la transplantation de cellules de Langerhans *pourra* offrir des solutions «curatives» pour cette maladie.

14. La plupart des jeunes femmes bien portantes peuvent consulter un omnipraticien deux ou trois fois par année et un gynécologue à l'occasion. Les diabétiques insulino-dépendants consulteront habituellement leur médecin traitant une fois par mois et rencontreront des spécialistes consultants à intervalles réguliers tous les trois, six ou douze mois.

15. La demanderesse a été suivie par un endocrinologue, un ophtalmologue et un néphrologue; elle sera peut-être obligée plus tard de consulter en cardiologie, en neurologie et/ou en chirurgie vasculaire.

16. The absence of complications since 1991 with good control of blood sugar and high blood pressure the Applicant is positive but does not guarantee an equally favourable outcome for the next decade. The current practice of precise control of diabetes and hypertension has been widely accepted for less than a decade.

17. I think both adult onset diabetes mellitus controlled by diet and/or oral hypoglycemic agents and juvenile onset, insulin dependent diabetes are significant health problems. I also think most authorities would agree that the prognosis is less favourable with insulin dependent diabetes (mellitus).

18. Consequently, based upon the foregoing, it is my belief that the ongoing observation that is required as well as the common complications of diabetes mellitus and hypertension are a significant drain on the Canadian Health and Social Services.

19. My belief is supported by the Canadian Diabetes Association, and a Health Canada report entitled *Diabetes in Canada . . .*

20. Accordingly, the Applicant has been listed as M5 on the formal declaration of refusal. [Emphasis mine.]

[19] Attached to Dr. Waddell's affidavit is Exhibit "K" which is a true copy of the summary of assessment from the Medical Officer's Handbook that explains the different criterion and statements found on the formal declaration of refusal. M5, the criterion that the applicant has been listed under, reads as follows:

Has a condition which is likely to cause demand on health or social services to such an extent that the applicant is not at present admissible under Section 19(1)(a)(ii), but for which the expected response to treatment is such that future admission could be considered. [Emphasis mine.]

ISSUES

[20] (1) Did the medical officer err by turning his mind to the wrong question? (2) Did the medical officer err by failing to assess the applicant's specific circumstances? (3) Did the medical officer err by carrying out a defective analysis of excessive demand? (4) Did the medical officer ignore the evidence? (5) Did the medical officer breach his duty of fairness by

16. L'absence de complications depuis 1991 associée à une bonne régulation de la glycémie et de l'hypertension chez la demanderesse est un point positif mais ne garantit pas une issue aussi favorable durant la décennie suivante. La pratique actuelle consistant à réguler de façon précise le diabète et l'hypertension n'est couramment acceptée que depuis moins d'une décennie.

17. Je pense que le diabète sucré de l'adulte équilibré par la diète et / ou des hypoglycémifiants oraux ainsi que le diabète juvénile insulino-dépendant sont des problèmes de santé importants. Je suis également d'avis que la plupart des autorités conviendraient que le pronostic est moins favorable dans le cas du diabète (sucré) insulino-dépendant.

18. Par conséquent, à la lumière de ce qui vient d'être dit, je crois que la surveillance continue que cette maladie exige de même que les complications courantes du diabète sucré et de l'hypertension grèvent de façon importante les ressources des services de santé et services sociaux canadiens.

19. Cet avis est entériné par l'Association canadienne du diabète et un rapport de Santé Canada intitulé *Le diabète au Canada* [. . .]

20. En conséquence, la demanderesse a été classée dans la catégorie M5 sur la déclaration officielle de refus. [Non souligné dans l'original.]

[19] À l'affidavit du D^r Waddell est jointe la pièce «K», qui est une transcription fidèle du Résumé de critères tiré du Guide du médecin où l'on explique les différents critères et les constatations retrouvées sur la déclaration officielle de refus. La cote M5 attribuée à la demanderesse se fonde sur le critère suivant:

[TRADUCTION] Souffre d'une maladie qui entraînera vraisemblablement un fardeau pour les services sociaux ou de santé à un point tel que la requérante est actuellement considéré comme une personne non admissible au sens du sous-alinéa 19(1)a)(ii) de la loi. Toutefois, il est permis de croire que le traitement sera efficace au point de pouvoir éventuellement envisager la possibilité d'admettre la requérante. [Non souligné dans l'original.]

QUESTIONS EN LITIGE

[20] 1) Le médecin a-t-il commis une erreur en n'examinant pas la bonne question? 2) Le médecin a-t-il commis une erreur en n'évaluant pas la situation particulière de la demanderesse? 3) Le médecin a-t-il commis une erreur en analysant mal la question du fardeau excessif? 4) Le médecin a-t-il ignoré la preuve? 5) Le médecin a-t-il manqué à son obligation

relying on the Medical Officer's Handbook and referring to the material from the Canadian Diabetes Association and a Health Canada Report, without first disclosing them to the applicant?

ANALYSIS

(1) Did the medical officer err by turning his mind to the wrong question?

[21] When a medical officer turns his mind to the question whether an applicant's medical condition will cause excessive demands on Canadian health and social services, the law requires the answer be formulated as an expression of probabilities. In *Badwal v. Canada (Minister of Employment and Immigration)* (1989), 64 D.L.R. (4th) 561 (F.C.A.), MacGuigan J.A. wrote [at page 564]:

Although certainty in prognosis is not required, this court held in *Re Hiramén and Minister of Employment and Immigration* (1986), 65 N.R. 67, as an independent ground of decision, that the Act requires an expression of probabilities such that words like could and may are insufficient to provide. See *Hiramén* at p. 68: "This entry, apart from not constituting the opinion required, is couched in the language of possibility rather in that of probability."

It is not that the mere use of the word "may" in the narrative of the medical profile leads by itself "determinatively to a conclusion of insufficiency," an approach which was rejected by Marceau J.A. for the majority in the *Pattar* case. It is rather that the medical narrative makes excessive demands on the health or social system contingent upon the deterioration of the applicant's current state of health, an eventuality which is stated to be merely possible. In either words, a probability as to treatment is deduced from a mere possibility as to health deterioration.

The corollary must be that, in the absence of deterioration, which in the narrative of the medical profile is only possible, there will be no excessive demands on the system. The medical profile is, therefore, self-contradictory, leading to the conclusion that the medical officer did not address his mind to the right question.

Medicine is not a science capable of exact measurement, but Parliament has required a judgment of probability based upon an appreciation of an applicant's present condition. [Emphasis mine.]

d'agir avec équité en se fondant sur le Guide du médecin et en citant des publications de l'Association canadienne du diabète et un rapport de Santé Canada sans les avoir auparavant divulgués à la demanderesse?

ANALYSE

1) Le médecin a-t-il commis une erreur en n'examinant pas la bonne question?

[21] Lorsqu'un médecin se penche sur la question de savoir si l'état de santé d'une personne entraînera un fardeau excessif pour les services sociaux ou de santé canadiens, la loi exige qu'il formule sa réponse sous forme de probabilités. Dans l'arrêt *Badwal c. Canada (Ministre de l'Emploi et de l'Immigration)* (1989), 64 D.L.R. (4th) 561 (C.A.F.), le juge MacGuigan écrit: [à la page 564]:

Même s'il n'est pas obligatoire que le pronostic soit certain, la Cour a déclaré dans l'arrêt *Re Hiramén c. Ministre de l'Emploi et de l'Immigration* (1986), 65 N.R. 67, comme motif indépendant de sa décision que la Loi exige une expression de la probabilité que des mots comme «pourrait» (could) et «peut» (may) ne suffisent pas à exprimer. Voir l'arrêt *Hiramén* à la page 68: «Cette inscription, outre qu'elle ne constitue pas l'avis requis, exprime une possibilité plutôt qu'une probabilité».

«Ce n'est pas que le simple usage du mot «peut» dans l'exposé narratif du profil médical peut amener «d'une manière décisive à une conclusion d'insuffisance», point de vue qui a été rejeté par le juge Marceau pour la majorité dans l'arrêt *Pattar*. C'est plutôt que l'exposé narratif fait dépendre le fardeau excessif pour les services sociaux ou de santé de la détérioration de l'état de santé actuel du requérant, éventualité dont on a dit qu'elle était tout simplement possible. En d'autres mots, on déduit la probabilité d'un traitement de la simple possibilité que l'état de santé se détériore.

Il faut conclure qu'en l'absence de détérioration, ce qui d'après l'exposé narratif du profil médical ne constitue qu'une possibilité, il n'y aura pas de fardeau excessif pour les services sociaux ou de santé. Le profil médical est donc contradictoire, amenant à conclure que le médecin n'a pas examiné les points pertinents.

La médecine n'est pas une science exacte, mais le Parlement exige un jugement sur les probabilités fondé sur une évaluation de l'état de santé actuel du requérant. [Non souligné dans l'original.]

[22] In the case at bar, the medical officer states at paragraph 16 of his affidavit:

The absence of complications since 1991 with good control of blood sugar and high blood pressure the [*sic*] the Applicant is positive but does not guarantee an equally favourable outcome for the next decade. [Emphasis mine.]

[23] In addition, Dr. Waddell, at paragraph 15 of his affidavit states that “in the future consultations with cardiology, neurology and/or vascular surgery may be required.” [Emphasis mine.]

[24] *Badwal, supra*, states that the question to be asked and answered is whether, on the balance of probabilities, Miss Redding’s medical condition is such as to cause or might reasonably be expected to cause excessive demands on health or social services.

[25] As I see it, in the two paragraphs referred to, the medical officer adopted too high a standard in paragraph 16 in terms of a guarantee of an equally favourable outcome for the next decade in assessing the deterioration of her current medical condition. In contrast, in paragraph 15 he adopted too low of a standard framed in terms of a possibility in assessing what other target areas might be impacted by a deterioration of her current medical condition.

(2) Did the medical officer err by failing to assess the applicant’s specific circumstances?

[26] The medical officer makes the following conclusions at paragraphs 15, 17 and 18 of his affidavit:

15. Insulin dependent diabetic patients will usually see the treating practitioner monthly and specialist consultations at regular, three, six or twelve month intervals.

...

17. I think both adult onset diabetes mellitus controlled by diet and/or oral hypoglycemic agents and juvenile onset, insulin dependent diabetes are significant health problems.

[22] En l’espèce, voici ce que le médecin agréé a déclaré au paragraphe 16 de son affidavit:

[TRADUCTION] L’absence de complications depuis 1991 associée à une bonne régulation de la glycémie et de l’hypertension chez la demanderesse est un point positif mais ne garantit pas une issue aussi favorable durant la décennie suivante. [Non souligné dans l’original.]

[23] En outre, au paragraphe 15 de son affidavit, le Dr Waddell indique qu’ [TRADUCTION] «elle sera peut-être obligée plus tard de consulter en cardiologie, en neurologie et/ou en chirurgie vasculaire». [Mon souligné dans l’original.]

[24] Dans l’arrêt *Badwal*, précité, la Cour a bien précisé que la question à se poser et à laquelle il faut répondre est celle de savoir si, compte tenu de la prépondérance de la preuve, l’état de santé de M^{me} Redding entraînerait ou risquerait d’entraîner un fardeau excessif pour les services sociaux ou de santé.

[25] À mon avis, dans les deux paragraphes précités, le médecin a appliqué, au paragraphe 16, une norme trop sévère au sujet de l’évolution probable de l’état de santé de la demanderesse au cours des dix prochaines années lorsqu’il s’est prononcé sur la détérioration de son état de santé actuel. En revanche, au paragraphe 15, il a adopté une norme trop faible en formulant sous forme de possibilité les autres organes cibles qui pourraient être affectés par une détérioration de son état de santé actuel.

2) Le médecin a-t-il commis une erreur en n’évaluant pas la situation particulière de la demanderesse?

[26] Le médecin a formulé les conclusions suivantes aux paragraphes 15, 17 et 18 de son affidavit:

[TRADUCTION]

15. Les diabétiques insulino-dépendants consulteront habituellement leur médecin traitant une fois par mois et rencontreront des spécialistes consultants à intervalles réguliers tous les trois, six ou douze mois.

[. . .]

17. Je pense que le diabète sucré de l’adulte équilibré par la diète et / ou des hypoglycémifiants oraux ainsi que le diabète juvénile insulino-dépendant sont des problèmes de

I also think most authorities would agree that the prognosis is less favourable with insulin dependent diabetes (mellitus).

18. Consequently, based upon the foregoing, it is my belief that the ongoing observation that is required as well as the common complications of diabetes mellitus and hypertension are a significant drain on the Canadian Health and Social Services. [Emphasis mine.]

[27] In my view, these passages show that the medical officer arrived at the conclusion that the applicant was medically inadmissible by looking at the general diabetes population rather than performing an assessment of her individual circumstances.

[28] In *Lau v. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)* (1998), 146 F.T.R. 116 (F.C.T.D.), at paragraph 10, Justice Pinard states the following:

In my view, the medical officers failed to respect the requirement for an individualized assessment in evaluating medical inadmissibility. The jurisprudence has clearly established that a finding of medical inadmissibility cannot be premised solely on the medical condition under review; rather, the individual applicant's personal circumstances must be carefully reviewed. Mr. Justice Cullen expressed this requirement concisely in *Poste v. Canada (M.C.I.)* (December 22, 1997), IMM-4601-96, at pages 20 and 21:

The medical officers have a duty to assess the circumstances of each individual that comes before them in their uniqueness. The medical officers now have the statutory duty to give an opinion as to demands that would likely be placed on social services. It is insufficient for a medical officer to give an opinion on such demands in general; the opinion must be founded firmly on the individual's personal circumstances and all the circumstances of the case. These would include the degree of family support and commitment to the individual, and the particular resources of the community. While a particular individual may cause excessive demands in one situation, in a different setting, the same individual may cause minimal or no demands at all. Medical officers must address themselves to the particular circumstances of the individual. Otherwise, cogent evidence is ignored, and opinions regarding demands on social services become unfounded and cannot be upheld by this Court. [Emphasis added.]

santé importants. Je suis également d'avis que la plupart des autorités conviendraient que le pronostic est moins favorable dans le cas du diabète (sucré) insulino-dépendant.

18. Par conséquent, à la lumière de ce qui vient d'être dit, je crois que la surveillance continue que cette maladie exige de même que les complications courantes du diabète sucré et de l'hypertension grèvent de façon importante les ressources des services de santé et services sociaux canadiens. [Non souligné dans l'original.]

[27] Il ressort à mon avis de ces passages que le médecin en est arrivé à la conclusion que la demanderesse n'était pas admissible pour des raisons de santé en tenant compte de la population générale des diabétiques au lieu d'examiner la situation particulière de la demanderesse.

[28] Dans le jugement *Lau c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)* (1998), 146 F.T.R. 116 (C.F. 1^{re} inst.), le juge Pinard déclare ce qui suit au paragraphe 10:

À mon avis, les médecins agréés ont omis de respecter l'obligation de procéder à une évaluation individualisée quand on évalue un cas de non-admissibilité pour raisons d'ordre médical. Il ressort clairement de la jurisprudence qu'une conclusion de non-admissibilité pour raisons d'ordre médical ne peut reposer uniquement sur l'état de santé qui est évalué; il faut plutôt examiner soigneusement les circonstances personnelles de l'intéressé. Le juge Cullen a exprimé cette obligation en termes concis dans l'arrêt *Poste c. Canada (M.C.I.)* (22 décembre 1997), IMM-4601-96, aux pages 20 et 21:

Les médecins agréés sont tenus d'évaluer la situation de chaque personne qui se présente devant eux en fonction de son caractère unique. Les médecins agréés sont maintenant tenus de par la loi de donner une opinion sur le fardeau susceptible d'être imposé aux services sociaux. Il ne suffit pas qu'un médecin agréé donne une opinion sur ce fardeau en général; l'opinion doit être ancrée fermement sur la situation personnelle de la personne en cause et l'ensemble des circonstances de l'espèce. Celles-ci incluraient le degré de soutien de la famille et son engagement envers la personne, ainsi que les ressources particulières de la collectivité. Lorsqu'une personne risque d'entraîner un fardeau excessif dans un cas, dans un cadre différent, il se peut que la même personne n'entraîne qu'un léger fardeau, voire aucun. Les médecins agréés doivent examiner la situation particulière de la personne en cause. Autrement, il est fait abstraction d'une preuve convaincante, et les opinions concernant le fardeau imposé aux services sociaux ne sont plus fondées et ne peuvent être confirmées par la présente Cour. [Non souligné dans l'original.]

[29] When I read paragraphs 15, 17 and 18 of Dr. Waddell's affidavit, I fail to see how he came to grips with the individual circumstances of Miss Redding's medical condition. He uses words such as "most authorities would agree the prognosis is less favourable with insulin dependent diabetes", "diabetic patients will usually see", "that the ongoing observation that is required and the common complications". Dr. Waddell's statements may be true of the average or majority of diabetes patients who are insulin dependent. However, the applicant's material shows that her condition is stable and her prognosis is excellent. Dr. Waddell simply does not deal with her situation.

(3) Did the medical officer err in carrying out a defective analysis of the expression "excessive demand"?

[30] There is no definition of the expression "excessive demand" in the Act or the *Immigration Regulations, 1978* [SOR/78-172] (the Regulations) as amended although by section 22 [as am. by SOR/78-316, s. 2] of the Regulations an attempt has been made to identify relevant factors. Section 22 of the Regulations has been held *ultra vires* by a number of judges of this Court (Justice Cullen in *Ismaili v. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)* (1995), 100 F.T.R. 193 (F.C.T.D.); Justice Rothstein, as he then was, in *Ning v. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)* (1997), 134 F.T.R. 303 (F.C.T.D.); and Justice O'Keefe in *Manto v. Canada (Minister of Citizenship Immigration)*, 2001 FCT 572; [2001] F.C.J. No. 864 (T.D.) (QL). The *ultra vires* of section 22 of the Regulations was not an issue before me.

[31] Rothstein J.A. defines it when he circumscribes the purpose of subparagraph 19(1)(a)(ii)* in *Thangarajan v. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)*, [1999] 4 F.C. 167 (C.A.) wherein he states [at paragraph 9]:

* Editor's Note: As of 31/8/01, the 1992 amendment to s. 19(1)(a), S.C. 1992, c. 49, s. 11, was not in force.

[29] Lorsque je lis les paragraphes 15, 17 et 18 de l'affidavit du D' Waddell, je n'arrive pas à voir comment il a pu saisir les aspects particuliers de l'affection médicale de M^{lle} Redding. Il utilise des expressions du type [TRADUCTION] «la plupart des autorités conviendraient que le pronostic est moins favorable dans le cas du diabète insulino-dépendant», «les patients diabétiques consulteront habituellement», «la surveillance continue que cette maladie exige et les complications courantes». Les déclarations du D' Waddell peuvent être vraies pour la moyenne ou la majorité des patients diabétiques qui sont insulino-dépendants. Toutefois, les renseignements fournis par la demanderesse montrent que son état est stable et que le pronostic est excellent. Le D' Waddell ne traite tout simplement pas de son cas.

3) Le médecin a-t-il commis une erreur en analysant mal la question du «fardeau excessif»?

[30] L'expression «fardeau excessif» n'est définie ni dans la Loi ni dans le *Règlement sur l'immigration de 1978* DORS/78-172] (le Règlement), modifiés, bien qu'à l'article 22 [mod. par DORS/78-316, art. 2] du Règlement, on trouve une certaine énumération de certains facteurs pertinents. Or, l'article 22 a été jugé invalide par plusieurs juges de notre Cour (le juge Cullen dans le jugement *Ismaili c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)* (1995), 100 F.T.R. 193 (C.F. 1^{re} inst.); le juge Rothstein, maintenant juge à la Cour d'appel, dans le jugement *Ning c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)* (1997), 134 F.T.R. 303 (C.F. 1^{re} inst.); et le juge O'Keefe dans le jugement *Manto c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)*, 2001 CFPI 572; [2001] A.C.F. n° 864 (1^{re} inst.) (QL). L'invalidité de l'article 22 du Règlement ne fait pas partie des questions litigieuses qui m'ont été soumises.

[31] Le juge Rothstein a défini cette expression lorsqu'il a cerné l'objet du sous-alinéa 19(1)(a)(ii)* dans l'arrêt *Thangarajan c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)*, [1999] 4 C.F. 167 (C.A.) dans lequel il déclare [au paragraphe 9]:

* Note de l'arrêviste: Au 31-8-01, la modification de 1992 à l'art. 19(1)(a), L.C. 1992, ch. 49, art. 11, n'était pas en vigueur.

Health and social services are not unlimited and not costless. Subparagraph 19(1)(a)(ii) is clearly intended to ensure, as far as possible, that access to health and social services by Canadian citizens and permanent residents should not be denied or impaired by reason of excessive demands for those services by prospective immigrants. Paragraph 19(1)(a) is only triggered when a prospective immigrant is found to be suffering from a disease, disorder, disability or other health impairment. [My emphasis.]

[32] In *Mo v. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)*, 2001 FCT 66; [2001] F.C.J. No. 216 (T.D.) (QL), O’Keefe J. states, at paragraphs 37-38, with respect to excessive demand:

Firstly it is to be noted, merely suffering from a disease or disorder does not render a person inadmissible: it is the effect of the disease that is critical to the determination. If, because of the nature, severity, or probable duration of the disease, excessive demands on health or social services would occur or might reasonably be expected to occur, the prospective immigrant is medically inadmissible to Canada.

Excessive demand has been defined as “more than normal”: *Yogeswaran v. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)* (1997), 129 F.T.R. 151 (F.C.T.D.). [Emphasis mine.]

[33] In any event, the kind of analysis which the concept of “excessive demand” requires is best expressed by Justice Sharlow, then of the Trial Division, who canvassed the law on this point in *Rabang v. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)*, [1999] F.C.J. No. 1934 (T.D.) (QL), and wrote [at paragraphs 14, 20-21]:

The evidence in the medical record supports the medical officer’s opinion in so far as it relates to Patrick’s condition and his probable need for future medical attention, therapy and special education. However, with one minor exception (discussed in the next paragraph), there is no evidence as to what I call the non-medical aspects of the opinion, namely the availability, scarcity or cost of the publicly funded health or social services that Patrick is likely to require. No attempt has been made to fill this evidentiary gap with an affidavit. As a result, it is impossible to assess the reasonableness of the medical officer’s opinion that Patrick’s needs can reasonably be expected to place an excessive demand on health and social services in Canada.

Les services sociaux et de santé ne sont pas illimités et gratuits. Le sous-alinéa 19(1)a(ii) vise clairement à faire en sorte que, dans la mesure du possible, les immigrants éventuels n’empêchent pas ni ne restreignent l’accès aux services sociaux et de santé par les citoyens canadiens et les résidents permanents en entraînant un fardeau excessif pour ces services. L’alinéa 19(1)a) s’applique uniquement quand un immigrant éventuel est jugé souffrir d’une maladie ou d’une invalidité. [Non souligné dans l’original.]

[32] Dans le jugement *Mo c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l’Immigration)*, 2001 CFPI 66; [2001] A.C.F. n° 216 (1^{re} inst.) (QL), le juge O’Keefe affirme, aux paragraphes 37 et 38, ce qui suit au sujet du fardeau excessif:

Il convient tout d’abord de souligner que le simple fait de souffrir d’une maladie ou d’un trouble ne rend pas une personne non admissible. Ce sont les conséquences de sa maladie qui importent. Si, en raison de sa nature, de sa gravité ou de sa durée probable, la maladie entraînerait ou risquerait d’entraîner un fardeau excessif pour les services sociaux ou de santé, le candidat à l’immigration n’est pas admissible au Canada pour des raisons d’ordre médical.

Le fardeau est excessif lorsqu’il est «plus qu’un fardeau normal» (*Yogeswaran c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l’Immigration)*, (1997), 129 F.T.R. 151 (C.F. 1^{re} inst.). [Non souligné dans l’original.]

[33] Quoi qu’il en soit, c’est le juge Sharlow, qui siégeait alors à la Section de première instance, qui a le mieux expliqué le type d’analyse que le concept de «fardeau excessif» oblige à effectuer. Le juge Sharlow a examiné à fond le droit sur cette question dans le jugement *Rabang c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l’Immigration)*, [1999] A.C.F. n° 1934 (1^{re} inst.) (QL), où elle écrit [aux paragraphes 14, 20 et 21]:

La preuve que contient le dossier médical étaye l’avis du médecin agréé dans la mesure où elle porte sur l’état de santé de Patrick et sur le fait qu’à l’avenir, il aura probablement besoin de soins médicaux, de soins thérapeutiques, et d’enseignement spécial. Cependant, sauf une exception de peu d’importance (dont il sera question au paragraphe suivant), il n’y a pas de preuve sur ce que j’appelle les aspects non médicaux de l’avis, soit la disponibilité, la rareté ou les coûts de services sociaux ou de santé financés à même les deniers publics, établissant ce que Patrick exigera probablement. Comme on n’a pas tenté de pallier ce manque de preuve par un affidavit, il est impossible d’apprécier le caractère raisonnable de l’avis du médecin agréé selon lequel on peut raisonnablement s’attendre à ce que les besoins de Patrick entraînent un fardeau excessif pour les services sociaux ou de santé au Canada.

...

[. . .]

In this Court, evidence of social cost has been adduced in a number of cases to justify a medical officer's opinion as to excessive demand. I refer, for example, to *Ma, supra*, *Mendoza v. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)*, [1999] F.C.J. No. 1639, IMM-228-99 (October 29, 1999) (F.C.T.D.), and the proceedings in the Trial Division in *Thangarajan, supra* (reported at (1998), 152 F.T.R. 91) and the companion case, *Yogeswaran v. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)* (1997), 129 F.T.R. 151

Dans un certain nombre d'affaires dont notre Cour a été saisie, des éléments de preuve établissant le coût social ont été produits pour justifier l'avis d'un médecin agréé sur le fardeau excessif. Je renvoie, à titre d'exemple, à l'affaire *Ma*, précitée, à la décision *Mendoza c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)*, [1999] A.C.F. n° 1639 IMM-228-99 (29 octobre 1999) (C.F. 1^{re} inst.), et à l'instance qui s'est déroulée devant la Section de première instance dans l'affaire *Thangarajan*, précitée (décision publiée à (1998), 152 F.T.R. 91), et dans l'affaire connexe *Yogeswaran c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)* (1997), 129 F.T.R. 151 [. . .]

It was also argued for the Minister that the onus is on the applicants to satisfy the medical officer that Patrick's demands on publicly funded health and social services would not be excessive, and they failed to provide any evidence in that regard. That argument does not address the fundamental problem in this case. The problem is that the record discloses no evidence at all on the critical question of excessive demand. [Emphasis mine.]

On a également soutenu, pour le compte du ministre, qu'il incombait aux demandeurs de convaincre le médecin agréé que le fardeau que Patrick entraînerait sur les services sociaux et de santé financés à même les deniers publics ne serait pas excessif, et que ces derniers n'ont produit aucun élément de preuve à cet égard. Cet argument ne traite pas du problème fondamental que soulève la présente affaire. Le problème est que le dossier ne contient aucun élément de preuve sur la question cruciale du fardeau excessif. [Non souligné dans l'original.]

[34] In *Manto, supra*, O'Keefe J. states [at paragraph 26]:

[34] Dans le jugement *Manto*, précité, le juge O'Keefe déclare [au paragraphe 26]:

When considering whether the demand created by any particular medical condition is an excessive demand on health and social services, a medical officer must have some evidence before him relating to the supply of that health or social service in Canada. [Emphasis mine.]

Lorsqu'il détermine si un trouble médical particulier entraîne un fardeau excessif pour les services sociaux ou de santé, le médecin doit disposer de certains éléments de preuve se rapportant à la prestation des services sociaux ou de santé au Canada. [Non souligné dans l'original.]

[35] The respondent's affidavit material suffers from the same defect as in *Manto, supra*, (see also *Poon v. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)* (2000), 10 Imm. L.R. (3d) 75 (F.C.T.D.).

[35] Les affidavits du défendeur souffrent des mêmes lacunes que celles qui ont été constatées dans l'affaire *Manto*, précitée (voir également le jugement *Poon c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)* (2000), 10 Imm. L.R. (3d) 75 (C.F. 1^{re} inst.).

[36] The medical officer tried to address the issue of costs. There is an issue here whether this material which was not disclosed to the applicant who had no opportunity to comment on it below breached the rules of procedural fairness.

[36] Le médecin agréé a essayé d'aborder la question des frais. Il y a lieu de se demander en l'espèce si le fait que cet élément n'a pas été divulgué à la demanderesse, qui n'a pas eu la possibilité de formuler ses observations à ce sujet devant les autorités de l'immigration constitue un manquement aux principes d'équité procédurale.

(4) Did the medical officer ignore the evidence?

4) Le médecin a-t-il ignoré la preuve?

[37] As I see it, the medical officer reached his conclusions without regard to the evidence in this

[37] À mon avis, le médecin en est arrivé à ses conclusions sans tenir compte des éléments de preuve

case. He states in his affidavit:

Mild uncomplicated adult onset diabetes mellitus is often considered to be medically admissible since regular supervision by a general practitioner is all that is usually required. Juvenile onset diabetes in adults, requiring insulin, has a less favourable prognosis and requires regular supervision by a general practitioner with periodic specialist consultations.

. . .

Most young healthy women may see a general practitioner two or three times a year and may consult a gynecologist on occasion. Insulin dependent diabetic patients will usually see the treating practitioner monthly and the specialist consultants at regular three, six or twelve month intervals. [Emphasis mine.]

[38] He undeniably disregards the various medical reports that contradict his findings. These reports all verify that the applicant does not attend to the various specialists as often as was found by the medical officer in the typical case.

[39] In *Mo v. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)*, *supra*, O'Keefe J. found [at paragraph 46]:

From my review of the medical reports and the other documents filed and considered by the medical officers, I have come to the conclusion that the medical opinion in this case includes a patently unreasonable error of fact in that the information available to the medical officers was not that the applicant's son, Kok Ho Wong required special care and constant supervision. I am of the view that the evidence referred to by me in this decision establishes the opposite conclusion. The patently unreasonable error of fact results in an error of jurisdiction and the opinion is not a valid opinion under subparagraph 19(1)(a)(ii) of the Act. [Emphasis mine.]

(5) Did the medical officer breach his duty of fairness by relying on the Medical Officer's Handbook and referring to the material from the Canadian Diabetes Association and a Health Canada Report, without first disclosing them to the applicant?

dont il disposait en l'espèce. Il déclare dans son affidavit:

[TRADUCTION] Le diabète sucré de l'adulte bénin et non compliqué est souvent considéré comme une affection médicalement admissible vu qu'une supervision régulière par un omnipraticien est habituellement tout ce dont le patient a besoin. Le diabète sucré de type 1 chez l'adulte exige un traitement à l'insuline, a un pronostic moins favorable et requiert une supervision régulière de la part d'un omnipraticien avec la consultation périodique de spécialistes.

[. . .]

La plupart des jeunes femmes bien portantes peuvent consulter un omnipraticien deux ou trois fois par année et un gynécologue à l'occasion. Les diabétiques insulino-dépendants consulteront habituellement leur médecin traitant une fois par mois et rencontreront des spécialistes consultants à intervalles réguliers tous les trois, six ou douze mois. [Non souligné dans l'original.]

[38] De toute évidence, il ne tient pas compte des divers rapports médicaux qui contredisent ses conclusions. Ces rapports confirment tous que la demanderesse ne consulte pas les divers spécialistes aussi souvent que ce qu'a indiqué le médecin pour un cas typique.

[39] Dans le jugement *Mo c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)*, précité, le juge O'Keefe a conclu [au paragraphe 46]:

Après avoir examiné les rapports médicaux et les autres documents qui ont été versés au dossier et qui ont été examinés par les médecins, j'en arrive à la conclusion que l'avis médical qui a été donné en l'espèce est entaché d'une erreur de fait manifestement déraisonnable, étant donné que les éléments d'information dont les médecins disposaient ne permettaient pas de conclure que Kok Ho Wong avait besoin de soins spéciaux et d'une surveillance constante. Je suis d'avis que les éléments de preuve que j'ai examinés en l'espèce justifient la conclusion contraire. Cette erreur de fait manifestement déraisonnable constitue une erreur de compétence et l'avis en question n'est pas un avis valablement donné en vertu du sous-alinéa 19(1)a)(ii) de la Loi. [Non souligné dans l'original.]

5) Le médecin a-t-il manqué à son obligation d'agir avec équité en se fondant sur le Guide du médecin et en citant des publications de l'Association canadienne du diabète et un rapport de Santé Canada sans les avoir auparavant divulgués à la demanderesse?

[40] As a general rule, the duty of fairness of an administrative body requires the decision maker to disclose information to allow for a meaningful participation in the process. The Supreme Court of Canada held in *Quebec (Attorney General) v. Canada (National Energy Board)*, [1994] 1 S.C.R. 159 [at pages 181-182] that:

In general, included in the requirements of procedural fairness is the right to disclosure by the administrative decision-maker of sufficient information to permit meaningful participation in the hearing process: *In re Canadian Radio-Television Commission and in re London Cable TV Ltd.*, [1976] 2 F.C. 621 (C.A.), at pp. 624-625. The extent of the disclosure required to meet the dictates of natural justice will vary with the facts of the case, and in particular with the type of decision to be made, and the nature of the hearing to which the affected parties are entitled. [Emphasis mine.]

[41] With respect to the disclosure of a medical notification, Dawson J. had this to say in *Hersi v. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)*, [2000] F.C.J. No. 2136 (T.D.) (QL) [at paragraphs 15-17]:

Greater disclosure has been required where the evidence established that new information or internal policies not contained in the fairness letter were relied upon. See, for example, *Maschio v. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)* (1997), 138 F.T.R. 210 (F.C.T.D.).

In contexts other than those involving fairness letters and paragraph 19(1)(a) of the Act, the duty of fairness has been held to require disclosure of a negative risk assessment in the disposition of an application to remain in Canada made on humanitarian and compassionate grounds (*Haghighi v. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)* (2000), 189 D.L.R. (4th) 268 (F.C.A.)) and to require disclosure of summary reports in the context of a danger opinion issued under subsection 70(5) of the Act (*Bhagwandass v. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)*, [2000] 1 F.C. 619 (F.C.T.D.)).

It must be remembered however that the content of the duty of fairness is variable and contextual. Important factors to consider, as noted by the Supreme Court in *Baker, supra*, include the nature of the decision being made and the process followed in making it; the place of the decision

[40] En règle générale, l'obligation d'agir avec équité à laquelle sont soumis les organismes administratifs exige que l'auteur de la décision divulgue suffisamment de renseignements à l'intéressé pour lui permettre de véritablement participer au processus. Dans l'arrêt *Québec (Procureur général) c. Canada (Office national de l'énergie)*, [1994] 1 R.C.S. 159, la Cour suprême a déclaré ce qui suit [aux pages 181 et 182]:

En général, les exigences en matière d'équité procédurale comportent le droit de l'intéressé à la divulgation par le décideur administratif de suffisamment de renseignements pour lui permettre de véritablement participer au processus d'audition: voir *In re le Conseil de la Radio-Télévision canadienne et in re la London Cable TV Ltd.*, [1976] 2 C.F. 621 (C.A.), aux pp. 624 et 625. L'étendue de la divulgation requise pour satisfaire aux règles de justice naturelle variera en fonction des faits, plus particulièrement du type de décision à prendre et de la nature de l'audition à laquelle ont droit les parties concernées. [Non souligné dans l'original.]

[41] En ce qui concerne la divulgation d'une déclaration médicale, voici ce que le juge Dawson a déclaré dans le jugement *Hersi c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)*, [2000] A.C.F. n° 2136 (1^{re} inst.) (QL) [aux paragraphes 15 à 17]:

Le décideur est tenu de fournir des renseignements plus complets lorsqu'il est démontré qu'il s'est fondé sur des éléments d'information nouveaux ou sur des politiques internes qui ne sont pas mentionnés dans la lettre d'équité. Voir, par exemple, *Maschio c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)* (1997), 138 F.T.R. 210 (C.F. 1^{re} inst.).

Dans des contextes ne concernant pas les lettres d'équité ni l'alinéa 19(1)a) de la Loi, les tribunaux ont jugé que le devoir d'agir équitablement exigeait que soit communiquée une évaluation des risques négative pour une demande visant à obtenir l'autorisation de rester au Canada pour des raisons d'ordre humanitaire (*Haghighi c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)* (2000), 189 D.L.R. (4th) 268 (C.A.F.)) ainsi que des rapports sommaires dans le contexte des avis de danger émis aux termes du paragraphe 70(5) de la Loi (*Bhagwandass c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)*, [2000] 1 C.F. 619 (C.F. 1^{re} inst.)).

Il convient toutefois de rappeler que l'étendue de l'obligation d'agir équitablement peut varier selon le contexte. Les éléments dont il y a lieu de tenir compte, comme l'a noté la Cour suprême dans *Baker*, précité, comprennent notamment la nature de la décision prise, le processus suivi pour la

within the wider statutory scheme; the importance of the decision to the individual affected; and that person's legitimate expectations. [Emphasis mine.]

[42] She further states [at paragraph 20]:

The ability to meaningfully participate in the decision-making process requires clear notice of the case to be met, a full and fair opportunity to present evidence and submissions relevant to that case, and full and fair consideration of that case by an impartial decision-maker.

[43] I agree with the respondent's position that reliance on the Medical Officer's Handbook cannot not be said to be reliance on information that was withheld from the applicant. The Handbook consists of a compendium of medical knowledge and as such is like a medical textbook or journal. (See *Ludwig v. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)* (1996), 111 F.T.R. 271 (F.C.T.D.).)

[44] However, I am also of the view that the failure to disclose the material from the Canadian Diabetes Association and the Health Canada Report constituted a reviewable error in that it impeded the applicant's meaningful participation in the process. As noted, these documents spoke to the issue of costs.

[45] The respondent submits that the medical notification letter outlined the case to meet. I cannot agree with this position. The medical notification letter informed the applicant that, in the opinion of a medical officer, she suffered a condition that might make her medically inadmissible. The letter invites her to submit new medical information not on her file before a final decision is made. The applicant did not know that the Canadian Diabetes Handbook and a Health Canada Report, would be relied upon to make a determination in her case. I make mine Reed J.'s comments in *Maschio v. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)* (1997), 138 F.T.R. 210 (F.C.T.D.) where she held [at paragraph 19]:

prendre, le contexte législatif plus large dans lequel est prise la décision, l'importance de celle-ci pour la personne concernée et les attentes légitimes de celle-ci. [Non souligné dans l'original.]

[42] Le juge ajoute ce qui suit [au paragraphe 20]:

Pour pouvoir participer utilement à un processus décisionnel, il faut être clairement informé de la situation, avoir l'occasion de présenter des éléments de preuve et des observations se rapportant à la décision à prendre et que le dossier soit examiné de façon approfondie par un décideur impartial.

[43] Je suis d'accord avec le défendeur pour dire qu'on ne saurait prétendre qu'en se fondant sur le Guide du médecin, l'auteur de la décision s'est appuyé en l'espèce sur des renseignements qui n'ont pas été communiqués à la demanderesse. Le Guide est un recueil de connaissances médicales et constitue à ce titre un traité ou une revue médicale. (Voir le jugement *Ludwig c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)* (1996), 111 F.T.R. 271 (C.F. 1^{re} inst.).)

[44] Je suis toutefois aussi d'avis que le défaut de communiquer les documents de l'Association canadienne du diabète et le rapport de Santé Canada constitue une erreur justifiant le contrôle judiciaire de la décision, étant donné que cette omission a eu pour effet d'empêcher la demanderesse de participer véritablement au processus décisionnel. Ainsi que je l'ai déjà signalé, ces documents portaient sur la question des frais.

[45] Le défendeur affirme que, dans la lettre contenant la déclaration médicale, le vice-consul précisait la preuve qu'il fallait faire. Je ne suis pas d'accord avec cet argument. La lettre contenant la déclaration médicale informait la demanderesse que, suivant l'avis d'un médecin agréé, elle souffrait d'une affection qui était susceptible de la rendre non admissible pour des raisons médicales. L'auteur de la lettre invitait la demanderesse à présenter de nouveaux renseignements médicaux qui ne se trouvaient pas au dossier avant qu'il prenne une décision définitive. La demanderesse ne savait pas que l'auteur de la décision se fonderait sur le Manuel de l'Association canadienne du diabète ou sur le rapport de Santé Canada pour se prononcer

If the applicant had had adequate notice of the criteria the medical officers were applying and the content of his medical file, he could have provided Dr. Lo Cicero's and Falk's information to the medical officers for their consideration—rather than presenting it to the Court as evidence to support a claim that the decision by the medical officers was not well founded. A Court is not likely to second guess the medical opinion of the immigration doctors.

CONCLUSION

[46] For the foregoing reasons, the application for judicial review is allowed. The decision of Vice-Consul Raymond Gabin is set aside and the matter is returned to a different visa officer and different medical officers for redetermination in accordance with these reasons.

sur la demande. Je fais miens les propos que le juge Reed a tenus dans le jugement *Maschio c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)* (1997), 138 F.T.R. 210 (C.F. 1^{re} inst.) [au paragraphe 19]:

Si le requérant avait été correctement informé des critères appliqués par les médecins et du contenu de son dossier médical, il aurait pu leur fournir les renseignements donnés par Dr Lo Cicero et Dr Falk pour qu'ils les examinent—plutôt que de les présenter à la Cour afin d'appuyer sa prétention que la décision des médecins n'est pas bien fondée. Il est peu probable que la Cour substitue son opinion à l'avis médical des médecins de l'immigration.

DISPOSITIF

[46] Pour les motifs exposés, la demande de contrôle judiciaire est accueillie. La décision du vice-consul Raymond Gabin est annulée et l'affaire est renvoyée à un autre agent des visas et à d'autres médecins agréés pour qu'ils rendent une nouvelle décision en conformité avec les présents motifs.