



[LE RÉSEAU](#) | [CONTENU](#) | [QUOI DE NEUF](#) | [MÉDIAS](#) | [NOUS JOINDRE](#)

ANALYSE ÉTHIQUE DE L'EXCLUSION AUTOMATIQUE DES IMMIGRANTS TROUVÉS SÉROPOSITIFS AU VIH

Barry Hoffmaster et Ted Schrecker

Juin 2000

[I. Introduction](#)

[II. Lois et politiques canadiennes](#)

[III. Arguments spécifiques](#)

[IV. Conclusions et recommandations](#)

[Remerciements](#)

[Notes](#)

[Bibliographie](#)

I. Introduction

Devrait-on exiger des personnes qui revendiquent le statut d'immigrant au Canada, afin d'améliorer leur bien-être et leurs chances économiques qu'elles subissent un test de dépistage du VIH et rejeter leur demande si le résultat du test est positif? Les requérants séropositifs devraient-ils être exclus automatiquement parce qu'ils représenteraient une menace à la santé publique? Devraient-ils être exclus automatiquement parce qu'on suppose que leur contribution éventuelle à la société canadienne n'équivaudrait jamais aux coûts qu'ils représenteraient?

Les réactions dans ce domaine peuvent être vives et catégoriques. Pour certains, le fait d'accorder le droit d'entrée au pays à des immigrants séropositifs menace la santé publique : « Éliminer les mesures de dépistage qui servent de tampon entre le Canada et le bassin d'infection qui existe au sud de nos frontières ou ailleurs (p. ex., en Afrique centrale) tient de la folie et ne servirait personne

» (Parker, 1990a : 525) [*trad. libre*]. D'aucuns considèrent, par ailleurs, que la prestation de soins aux réfugiés ou immigrants séropositifs « alourdirait grandement le fardeau pour le système public de soins de santé » (Parker, 1990a : 525) [*trad. libre*].

Ces réactions pourraient être tentantes sur le plan politique. Les politiciens en faveur du dépistage du VIH pourraient donner l'impression d'être des défenseurs actifs des intérêts de leurs électeurs : « Du point de vue d'un public inquiet et mal informé aux yeux duquel les représentants élus veulent avoir l'air de 'faire quelque chose', un programme de dépistage semble constituer une mesure nécessaire et relativement simple pour prévenir la propagation de la maladie et protéger le trésor public » (Goodwin-Gill, 1996 : 64) [*trad. libre*]. Cette position ne comporterait pas de grand danger sur le plan politique puisque les personnes à qui on refuserait le statut de résident permanent ne feraient évidemment jamais partie l'électorat.

Hormis l'opportunisme politique, jusqu'à quel point ces assertions sont-elles vraisemblables? Voilà une question importante, car le dépistage du VIH chez les immigrants pourrait entraîner de sérieux préjudices. Le plus inquiétant, sans doute, est que le dépistage obligatoire pourrait refléter et renforcer des craintes et des préjugés déjà trop bien ancrés. Il est facile de percevoir les réfugiés et les immigrants comme des gens « différents » et de transformer leurs croyances, valeurs et comportements, en stéréotypes. Il est tout aussi facile de dire que l'infection à VIH est une maladie répandue chez des peuples étrangers aux coutumes bizarres.⁽¹⁾ Le malaise à l'égard des personnes que l'on croit différentes et la peur d'une terrible maladie forment un puissant duo et un argument convaincant en faveur de l'exclusion. Par surcroît, cette stigmatisation et ce rejet pourraient s'étendre aux personnes vivant avec le VIH qui demeurent déjà au Canada. Il s'agit aussi d'une question d'actualité, compte tenu de la déclaration récente d'Elinor Caplan, ministre de Citoyenneté et Immigration Canada, à l'effet qu'elle accepte les arguments de santé publique, en ce qui a trait au dépistage du VIH chez les immigrants. Selon la ministre Caplan, « on doit toujours accorder la priorité à ce qui est dans l'intérêt de santé publique des Canadiens » [*trad. libre*].

Dans ce contexte, et compte tenu de ces dangers, il est important de se pencher plus sérieusement sur la dimension éthique du dépistage obligatoire du VIH chez les candidats à l'immigration. Avant d'avancer des arguments spécifiques, tant en faveur que contre le dépistage obligatoire du VIH chez les réfugiés et les immigrants en vue de l'exclusion automatique de ceux qui seraient trouvés séropositifs, nous ferons un bref survol des lois et politiques

au Canada et aux États-Unis.



II. Lois et politiques canadiennes

Les lois et politiques canadiennes sur l'immigration font présentement l'objet d'une étude approfondie qui pourrait donner lieu à un important remaniement du cadre législatif. Dans une composante de cette étude, Citoyenneté et Immigration Canada demandé conseil à Santé Canada au sujet de changements potentiels aux exigences de dépistage médical pour le processus d'immigration. À l'heure actuelle, l'article 19 de la *Loi sur l'immigration* considère non admissibles les personnes suivantes :

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 [...].(2)

L'exclusion pour des raisons d'ordre médical est donc motivée par des préoccupations de deux ordres : la santé publique et l'économie publique.

En 1994, Sergio Marchi, alors ministre de l'Immigration, écrivait à la Société canadienne du sida : « À l'heure actuelle, le gouvernement canadien considère que les personnes vivant avec le VIH-sida ne représentent pas un danger pour la santé et la sécurité publiques » (cité dans Jürgens, 1998a : 221-222). Selon Jürgens (1998a : 222) : « cette politique est encore en vigueur et il semble peu probable qu'elle soit modifiée dans un futur proche ». Mais, selon Jürgens (1998a : 222), le gouvernement canadien considère actuellement que les personnes vivant avec le VIH « représenteraient un fardeau trop lourd pour les services sociaux et de santé du pays » et, par conséquent, « les candidats à l'immigration qui sont trouvés séropositifs sont évalués 'non admissibles pour des raisons de santé' et ne sont généralement pas

acceptés pour immigrer au Canada. »

Les médecins et agents des visas qui déterminent l'admissibilité médicale appliquent le critère du « fardeau excessif » avec grande prudence, car il n'est pas défini dans la *Loi sur l'immigration*. Un examen des motifs d'inadmissibilité médicale mené il y a dix ans par Citoyenneté et Immigration Canada (1991 : 33, voir généralement 33-37) reconnaissait « l'ambiguïté qui entoure la notion de fardeau excessif » [trad.]. Des commentateurs, plus récemment, ont souligné que « cette notion étrange ne peut maintenant être définie que de façon aléatoire et informelle » (Rotenberg & Lam, 1995 : 4) [trad. libre].

En résumé, la loi canadienne n'exclut pas explicitement un immigrant parce qu'il est séropositif au VIH. Mais elle permet, *en théorie*, d'interdire l'entrée au pays aux immigrants séropositifs, soit parce qu'ils représenteraient un danger pour la santé publique, soit parce que les soins et le soutien dont ils auraient besoin coûteraient trop cher. *En pratique*, la politique canadienne en matière d'immigration reconnaît que les immigrants séropositifs ne représentent pas un danger pour la santé publique, mais elle admet que le fait de répondre à leurs besoins pourrait représenter un fardeau trop lourd pour le système de santé et le réseau de services sociaux du Canada et, par conséquent, que leur demande d'admission à titre de résidents permanents pourrait être rejetée pour ce motif. La section qui suit tente de déterminer si ces positions sont justifiables sur le plan éthique.



III. Arguments spécifiques

A. En faveur du dépistage obligatoire et de l'exclusion automatique

i. Danger pour la santé publique ou la sécurité publique

L'une des raisons avancées pour commencer à imposer un dépistage du VIH aux immigrants éventuels, et pour exclure ceux qui obtiendraient un résultat positif, mise sur l'avantage que cette mesure pourrait représenter pour la santé publique. Voici ce qu'a déclaré un médecin convaincu de cet avantage : « [...] la menace que pose l'infection à VIH pour la santé publique est au cœur de la controverse [au sujet du dépistage du VIH chez les immigrants] et, à mon avis, il serait illogique de nier son existence » (Hall, 1990 :

172) [*trad. libre*]. Si les immigrants dont le test s'avère séropositif ne sont pas admis au pays, il est évident qu'ils ne peuvent pas transmettre le VIH à la population canadienne. N'est-ce pas là un avantage important pour la santé publique? La réponse générale à cette question, qui, comme on l'a indiqué plus tôt, était jusqu'à tout récemment reconnue dans la politique d'immigration canadienne, est « non ». Dans un rapport soumis au ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, le Special Advisory Committee on Ethical Issues in Health Care (1993 : 1188) a conclu ceci : « L'admission d'immigrants séropositifs au VIH ne constitue pas une menace à la santé publique suffisamment grave pour justifier l'imposition d'un test de dépistage aux demandeurs et l'exclusion de ceux qui obtiennent un résultat positif » [*trad. libre*]. Comment peut-on défendre cette conclusion?

Deux raisonnements partant de prémisses différentes aboutissent à la même conclusion.

Le premier raisonnement part du concept de la santé publique, lequel, comme le souligne Somerville, n'est pas facile à définir :

[...] Qui et qu'est-ce qui constituent une menace à la santé publique[?] Qu'est-ce que la santé publique? En quoi diffère-t-elle de la santé individuelle? Est-ce que toutes les maladies infectieuses représentent un risque pour la santé publique? Si un milieu de travail présente un risque donné, et que ce risque fait partie intégrante du travail en question, avons-nous affaire à un risque pour la santé publique ou à un risque professionnel?
(1990 : 172) [*trad. libre*]

Souvent, la notion de « menace à la santé publique » réfère à un vaste éventail d'états pathologiques, notamment certaines formes de pollution environnementale (Somerville, 1990 : 173). Dans les dispositions législatives sur la protection de la santé publique, cette expression a un sens plus précis et limité, et renvoie aux mesures visant à enrayer la propagation des maladies infectieuses (Somerville, 1990 : 173).

Si l'on considère la « santé publique » dans un sens plus étroit, la simple présence du VIH ne constitue pas un danger, soutient Somerville :

À mon avis, cette disposition législative ne doit pas être appliquée aux personnes qui sont séropositives au VIH, à moins qu'elles aient des comportements propres à

transmettre le VIH. En cas de tels comportements, il ne fait aucun doute que ces personnes sont une menace pour la santé publique; mais, autrement, elles ne le sont pas. (1990 : 173) [trad. libre]

Le danger pour la santé publique dépend du comportement éventuel des personnes vivant avec le VIH, et non de la maladie elle-même.

Somerville propose ensuite des données pour démontrer que, dans l'absolu et par comparaison, la menace pour la santé publique posée par le comportement des immigrants est minime. Elle cite des statistiques (peu récentes mais néanmoins éloquentes) pour démontrer que, en comparaison avec les personnes qui visitent le Canada, la part que peuvent représenter les immigrants dans le risque de propagation du VIH est très faible :

[...]Si l'on calculait les heures de transmission possible (la durée totale en heures d'un comportement pouvant entraîner la transmission du VIH) et les possibilités de transmission, ces personnes [les immigrants séropositifs] ne représenteraient qu'une infime proportion du risque posé par le nombre total de personnes qui entrent au Canada chaque année. En 1987, 152 000 immigrants sont arrivés au Canada, par opposition à environ 40 millions de visiteurs. (1989 : 890) [trad. libre]

Elle ajoute que l'un des modes de transmission du VIH – les 'aventures' sexuelles occasionnelles – s'observe beaucoup plus fréquemment chez les touristes et les personnes en voyage d'affaires que chez les immigrants, « dont bon nombre ont des familles et de jeunes enfants et cherchent une nouvelle vie, un domicile et un emploi» (1989 : 890) [trad. libre].

Le deuxième raisonnement s'écarte *a priori* du point de mire que place Somerville sur le comportement qui peut constituer une menace pour la santé publique. La *Loi sur l'immigration*, selon ce raisonnement, n'exige pas qu'un médecin « [détermine] si l'exclusion d'un demandeur en particulier empêchera d'une façon ou une autre la propagation d'une maladie donnée au Canada » (Emploi et Immigration Canada, 1991 : 51; les italiques sont de l'auteur). Par conséquent :

[L'argument selon lequel] l'imposition de tests de dépistage du VIH n'empêchera pas la propagation de la

maladie au Canada, au prétexte que chaque année, environ 50 millions de visiteurs de courte durée entrent au Canada sans subir de test [n'est pas pertinent ici]. Autrement, par analogie, il serait inutile d'imposer des tests pour quelque maladie infectieuse que ce soit, y compris la tuberculose évolutive. *Ce qu'exige la Loi, c'est que le médecin formule une opinion quant à la possibilité que la maladie du demandeur représente un danger pour la santé publique. Il s'agit là d'une distinction importante; il ne faut pas confondre la Loi sur l'immigration et la Loi sur la santé publique.* (Emploi et Immigration Canada, 1991: 51; les italiques sont de l'auteur)

Les éléments à comparer, dans ce cas, sont l'infection à VIH et d'autres maladies qui posent des dangers identifiables, pour la santé publique.

La tuberculose est une maladie pour laquelle les tests de dépistage sont obligatoires; de plus, s'il s'agit d'un demandeur dont la maladie est au stade évolutif, celui-ci est temporairement non admissible en vertu des dispositions concernant le danger pour la santé publique prévues dans la *Loi sur l'immigration*. L'infection à VIH est une maladie transmissible, au même titre que la tuberculose, mais, à l'opposé de cette dernière, le VIH n'est pas un pathogène transmissible dans l'air, et ne peut donc pas se transmettre dans le cadre de contacts ordinaires. Par conséquent, il s'agit d'une tout autre situation, qui n'exige pas l'imposition du dépistage obligatoire.

Qu'en est-il toutefois de la syphilis? Tout comme l'infection à VIH, la syphilis est une maladie transmissible qui ne se propage que par des comportements à « risque élevé ». Les tests de dépistage de la syphilis est obligatoire; un demandeur n'est pas admissible tant qu'il est en phase infectieuse et qu'il n'est pas guéri. Mais, contrairement à la syphilis, l'infection à VIH ne peut pas être guérie, pour le moment; malgré toutes les recherches et tous les progrès thérapeutiques, le VIH demeure une maladie chronique. La décision d'exclure les demandeurs trouvés séropositifs au VIH signifierait qu'ils ne pourraient jamais immigrer au Canada. Alors que la conséquence d'un test positif pour la syphilis est un délai [servant à suivre un traitement], celle d'un test positif au VIH serait l'exclusion permanente. Vu cette différence, l'option d'imposer le test du VIH n'est pas commandée par des raisons d'application uniforme.

L'élément crucial de la réflexion sur une infection transmissible comme le VIH, cependant, est le suivant : le danger pour la santé publique ne découle pas de la simple présence de l'agent infectieux, mais plutôt de certains comportements de l'individu qui en est porteur.

Une personne porteuse du VIH peut transmettre ce dernier à d'autres personnes, de sorte qu'elle *pourrait* représenter un danger pour la santé publique. *La question la plus importante consiste à se demander si cette personne est 'susceptible' de représenter un tel risque et, fait encore plus important, s'il est possible de considérer la personne comme admissible aux termes de la Loi sur l'immigration du fait de l'existence de programmes d'éducation en santé publique qui compensent adéquatement le risque que la personne transmette sa maladie.* (Emploi et Immigration Canada, 1991 : 52; les italiques sont de l'auteur)

Ce comportement est, comme il convient, situé dans son contexte social. Le VIH/sida est déjà prévalent au Canada, et la prévention de la propagation du VIH exige des programmes d'éducation sociétale sur les pratiques sexuelles à risque réduit et l'adoption, par les individus, de ces pratiques.(3) Toute la collectivité doit se mobiliser pour faire face à ce défi de santé publique. La responsabilité de la prévention n'appartient pas qu'aux immigrants; ainsi, s'il advenait qu'un immigrant transmette le VIH à une autre personne, il ne serait pas le seul à en porter la responsabilité. Si l'on refusait d'admettre des immigrants uniquement parce qu'ils sont séropositifs, cela équivaldrait à nier la responsabilité de la collectivité face au problème du VIH/sida, faisant des immigrants des boucs émissaires pour l'incapacité de la société de lutter plus efficacement contre cette maladie.

ii. Fardeau excessif pour les services sociaux et de santé

L'argument économique est apparemment plus convaincant, pour tenter de fonder un refus d'admettre les immigrants séropositifs. Le système de soins de santé et le réseau de services sociaux du Canada semblent éprouver des contraintes financières qui les rendent incapables de répondre aux besoins actuels de la population. Comment alors justifier une politique d'immigration qui imposerait un fardeau supplémentaire à ces services?

La *Loi sur l'immigration* et son règlement d'application tiennent

compte de ce fait, mais les critères énoncés à cet égard nous aident peu. Les personnes séropositives ont accès à des services médicaux et sociaux au Canada (quoique avec plus ou moins de facilité, selon l'endroit où elles habitent); là ne réside pas le problème. Pourrait-on assister, par contre, à une réduction ou à un ralentissement de ces services? Devant le phénomène tristement familier des salles d'attente remplies et des longues listes d'attente, *toute* utilisation des services de santé peut vraisemblablement retarder la prestation des services aux citoyens canadiens ou aux résidents permanents. Chaque fois qu'une personne prend rendez-vous avec son médecin de famille et attend patiemment son tour, elle retarde la prestation de services à tous ceux qui ont des rendez-vous après elle. Un immigrant qui, de la même manière, attend son tour pour consulter ce médecin de famille ne fait qu'allonger ce retard. Doit-on en déduire que l'admission d'un immigrant cause un fardeau excessif pour le système de santé du Canada?

Une partie du problème tient au fait que le « fardeau excessif » n'a pas été clairement défini en relation avec la non-inadmissibilité pour des raisons médicales, et qu'il est peut-être impossible de le définir avec la précision qu'il faudrait.(4) Voici ce que l'on peut lire dans le *Guide pour le médecin : service médical de l'immigration* (Santé et Bien-être social Canada, 1992, p. 3-6) :

Dans ce contexte, il incombe au médecin agréé de s'acquitter des tâches ci-après :

a) en premier lieu, il doit cerner et évaluer les cas qui, dans l'immédiat ou dans un avenir prévisible, se traduiront par une demande importante en services médicaux, et

b) en deuxième lieu, il doit déterminer si cette demande doit être considérée « excessive » ou non.

c) En guise de rappel, soulignons qu'aucune méthode statistique ne permet de mesurer ces aspects avec précision. La recommandation que formulera le médecin agréé découlera de sa connaissance de la nature et de l'évolution d'une maladie ou d'un trouble, avec ou sans traitement, le tout en regard de l'âge, du sexe et d'autres facteurs de la santé physique et mentale

de la personne visée.

On ne dispose pas de données sur le recours aux services de santé par les immigrants en tant que groupe, mais même avec de telles données, on ne serait pas en mesure d'évaluer le « fardeau excessif », et cela pour deux raisons.

D'abord, les critères d'admissibilité des immigrants – et dans une certaine mesure des réfugiés – sont établis de manière à ce que l'intéressé apporte une contribution financière à la société canadienne par les impôts, taxes et primes qu'il paiera, parallèlement aux services financés par les impôts qu'il obtiendra. Pour déterminer le « fardeau excessif », il faut donc comparer les avantages et les coûts éventuels. En outre, et c'est là la deuxième raison, la comparaison doit être établie à partir d'un individu, et non pas d'un groupe de personnes. La question est de savoir si *un* immigrant *donné* apportera une contribution plus grande que le coût qu'il pourrait représenter. Somerville met ce point en relief :

[...] Est-ce qu'un immigrant dont la contribution nette au produit national brut a dépassé tous les coûts en services de santé qu'il aurait pu engendrer constitue un coût excessif pour le système de santé canadien? Un immigrant qui serait plus productif que la moyenne des gens pourrait apporter plus, en cinq ans de travail au Canada, que ce qu'il coûte, même s'il devenait malade et qu'il mourait des suites de l'infection à VIH. Est-ce que ce bénéfice net pour l'économie canadienne signifie que cette personne ne devrait pas être considérée comme un coût excessif pour le système de santé? Est-ce qu'on pourrait alors considérer les personnes ayant une espérance de vie d'au moins cinq ans comme non admissibles pour des raisons médicales? (1989 : 891)
[trad. libre]

Étant donné que, pour juger si un immigrant éventuel représente un « fardeau excessif », il faut établir une comparaison et que celle-ci doit porter sur l'individu lui-même, le critère du « fardeau excessif » ne peut justifier l'exclusion automatique du candidat qui serait séropositif.

Par ailleurs, il est permis de douter de l'équité d'un jugement reposant sur une comparaison individualisée. En effet, selon le critère du « fardeau excessif », on présume que l'on a établi un niveau de coûts prévus d'utilisation des services de santé qui serait acceptable, c'est-à-dire non « excessif », et que les demandeurs

susceptibles de dépasser ce niveau acceptable doivent être exclus. Ce critère pourrait-il être appliqué objectivement?

Ce principe devrait s'appliquer indifféremment, que les candidats éventuels soient lauréats d'un prix Nobel, travailleurs de la construction ou milliardaires? Il faut cependant se demander si une personne fortunée, dont on pourrait tirer des recettes fiscales supérieures aux coûts liés à la santé prévus, serait plus susceptible d'être acceptée qu'un lauréat du prix Nobel ou un travailleur de la construction [...].(5)

Le problème est exacerbé par le fait que les médecins agréés et les agents des visas jouissent d'un immense pouvoir discrétionnaire. Sans procédures normalisées pour déterminer l'admissibilité d'un individu sur le plan médical et sans critères précis pour évaluer s'il représente un « fardeau excessif », les décisions prises par ces fonctionnaires manqueront inévitablement d'uniformité et, par conséquent, d'équité. De plus, les candidats à l'immigration n'ont à leur disposition aucun recours pour obtenir redressement.

Bien que les pressions financières exercées sur le système de santé canadien puissent rendre attrayante toute solution susceptible de réduire les coûts, on ne peut établir clairement si ces pressions seraient allégées par l'exclusion des immigrants éventuels qui sont séropositifs, ni comment elles pourraient l'être. Il est difficile d'obtenir des données précises, et toute évaluation repose sur un ensemble d'hypothèses. Une analyse coûts-avantages portant sur les personnes ayant immigré au Canada en 1988 établissait les avantages nets du dépistage, dans les 10 ans suivant l'immigration, à une somme se situant entre 1,7 et 13,7 millions de dollars (Zowall et coll., 1990). Il faut toutefois replacer cette estimation dans son contexte. La demande globale en services de santé au Canada dépend de facteurs beaucoup plus vastes et plus importants, comme le vieillissement de la population, l'éventail toujours croissant d'interventions et de médicaments coûteux, le fait que les initiatives de promotion de la santé ne parviennent pas à faire échec à des comportements comme le tabagisme, et les attentes de la population et des professionnels de la santé. Si nous désirons véritablement régler cette crise des soins de santé, il faut concentrer nos efforts sur ces facteurs, plutôt que sur des voies détournées comme les préoccupations quant au « fardeau excessif » que les immigrants pourraient représenter pour les services de santé.

iii. Conclusions

Le fait d'être séropositif au VIH n'est pas en soi une menace pour la santé publique. La transmission du VIH est le résultat de deux comportements, celui de la personne qui a le virus et celui de la personne qui le contracte. Pour cette raison, les immigrants éventuels qui sont séropositifs ne devraient pas être exclus automatiquement sous prétexte qu'ils représentent un danger pour la santé publique.

La notion de « fardeau excessif » est d'une simplicité et d'une évidence trompeuses. Lorsqu'on tente de lui donner une réelle substance et de s'en servir pour décider de l'admissibilité sur le plan médical d'un candidat à l'immigration, on découvre qu'elle soulève toute une série de problèmes éthiques. En l'absence de données probantes sur la part que représentent collectivement les immigrants séropositifs dans les coûts liés aux services sociaux et de santé, et sur les frais engendrés par les soins à donner aux immigrants qui sont séropositifs, et du fait qu'il n'existe pas de procédures et de critères précis pour mesurer le « fardeau excessif », ce dernier motif ne peut pas servir à exclure les candidats à l'immigration qui sont séropositifs.



B. Contre le dépistage

i. Stigmatisation

En vertu de principes de droit et de bioéthique largement reconnus, tout test de sérodiagnostic du VIH au Canada doit être entièrement volontaire, c'est-à-dire qu'il ne doit se faire qu'avec le consentement exprès et éclairé de la personne concernée (voir, p. ex., Jürgens, 1998a). Le fait de rendre le dépistage du VIH obligatoire pour les immigrants les placerait dans une catégorie à part et leur réserverait un traitement différent qui donnerait l'impression qu'ils sont des personnes particulièrement dangereuses et particulièrement irresponsables, ou les deux. On se trouverait également à amplifier les peurs et les préjugés existants :

En Suède, l'ombudsman chargé des plaintes pour discrimination fondée sur l'origine ethnique a constaté que les citoyens opposés à l'arrivée d'immigrants masquent habituellement leurs préjugés en invoquant la crainte que les immigrants amènent avec eux une maladie terrible, encore inconnue, qui pourrait être transmise à leurs enfants. Le sida a donné à ces craintes un objet concret, mais il ne faut pas

encourager les préjugés ni leur donner une confirmation symbolique en imposant aux immigrants des tests de dépistage obligatoires. (Somerville, 1989 : 893) [*trad. libre*]

En outre, cette stigmatisation pourrait prendre de l'ampleur. Comme le soulignait Galloway (1994 : 161) dans son analyse des répercussions sur les résidents canadiens des lois canadiennes sur l'immigration, « [...] la présence de préjugés officiels à l'égard de personnes qui partagent les mêmes caractéristiques personnelles aura des répercussions indirectes sur celles qui, tout en n'étant pas soumises à cette loi en particulier, sont assujetties à la même autorité législative » [*trad. libre*]. Les personnes atteintes du VIH/sida continuent de faire l'objet d'une stigmatisation et d'une discrimination qui leur causent du tort, à elles et à leur entourage, et il n'y a pas de raison de les exposer à une recrudescence des préjugés.

ii. Préjudice potentiel pour les demandeurs

Il se pourrait que les tests de dépistage du VIH effectués à l'étranger pour étayer une demande d'immigration ne soient pas conformes aux normes canadiennes. Les tests pourraient ne pas être aussi précis qu'au Canada, et les services de counselling sur la nature et les conséquences du test pourraient être inadéquats, voire inexistantes. Les personnes qui subiraient les tests pourraient ne pas être informées de la possibilité de résultats faussement positifs. Il se pourrait même qu'il n'y ait pas de tests de confirmation pour les résultats initialement positifs. Dans ce cas, non seulement des personnes non infectées seraient injustement exclues, sans recours pour corriger cette grave erreur (Gostin et coll., 1990 : 1745), mais elles pourraient également vivre et prendre des décisions avec la conviction erronée d'être séropositives.

Par ailleurs, les personnes qui vivent dans des pays appliquant des politiques sur le VIH/sida dures et coercitives et qui désirent immigrer au Canada auraient à faire un choix difficile. Elles « [...] seraient obligées de choisir entre perdre toute possibilité d'immigrer et prendre le risque d'être refusées comme immigrantes du fait qu'elles sont séropositives au VIH, auquel cas elles ne sauraient pas ce qui pourrait leur arriver dans leur pays » (Somerville, 1989 : 893) [*trad. libre*]. Elles pourraient devoir payer un prix élevé dans leur pays d'origine pour le simple fait d'avoir rêvé d'une vie meilleure au Canada.

iii. Conclusions

Si l'on n'exigeait pas le consentement spécifique et éclairé au test de sérodiagnostic du VIH, et si l'on ne disposait pas, d'une part, de normes sévères pour la précision et la qualité des tests et, d'autre part, de services de counselling adéquats, ce test au Canada ne serait acceptable ni sur le plan éthique, ni sur le plan juridique. Le fait de soumettre les futurs immigrants à des tests d'une qualité inférieure à celle exigée au Canada équivaldrait à nier leur égalité morale et à les exposer à des risques et préjudices qui sont inacceptables et certainement injustifiables au nom de la protection des finances publiques du Canada.



C. Contre l'exclusion automatique des personnes trouvées positives au VIH

i. Parité avec d'autres maladies

En ce qui concerne le critère du « fardeau excessif » pour les services sociaux et de santé, quelle différence y a-t-il entre l'infection à VIH et les autres maladies? Voilà une importante question, bien qu'apparemment une seule étude ait tenté d'y répondre sérieusement (Zowall et coll., 1992). Cette étude visait à comparer les coûts directs en soins de santé associés au VIH et ceux associés aux coronaropathies chez les personnes ayant immigré au Canada. Comme le font remarquer les auteurs de cette étude, ce n'est pas en examinant isolément une maladie que l'on peut déterminer le fardeau économique éventuel de cette maladie pour le système de santé. Il « [...] faut plutôt comparer le fardeau économique d'une maladie avec celui d'autres maladies prévalentes (qui font l'objet ou non d'un dépistage chez les immigrants à l'heure actuelle), si l'on veut élaborer une politique qui soit rationnelle, pratique et juste » (Zowall et coll., 1992 : 1164) [*trad. libre*]. La comparaison entre l'infection à VIH et les coronaropathies a permis de conclure ce qui suit :

Le dépistage obligatoire du VIH chez les personnes désirant immigrer au Canada serait certes associé à des économies pour le système de santé. Cependant, l'infection à VIH n'est pas la seule maladie qui entraîne un important fardeau financier. L'impact des coronaropathies, pour ce qui est du nombre de personnes atteintes et des frais médicaux qui y sont associés, serait au moins égal à celui de l'infection à

VIH. (Zowall et coll., 1992 : 1170) [trad. libre]

On pourrait facilement allonger la liste des maladies potentiellement coûteuses et des facteurs de risque pour ces maladies, par exemple le tabagisme (Angus, 1992 : 1132) et l'abus d'alcool. Si l'on veut être juste et cohérent, il faut traiter ces maladies sur le même pied. « Il est injuste [...] d'invoquer le coût pour exclure les personnes vivant avec le VIH quand il n'existe pas de politique d'exclusion semblable pour les personnes souffrant d'autres maladies chroniques coûteuses, comme les maladies du cœur ou le cancer » (Gostin et coll., 1990 : 1746) [trad. libre]. Jürgens (1998a : 229) va plus loin et pose les questions suivantes :

Devrait-on considérer non admissible pour des raisons médicales quiconque est âgé de 50 ans parce qu'il est peu probable qu'il contribue de manière importante à la société canadienne, en termes économiques, et qu'il aura probablement besoin de soins médicaux coûteux, relativement peu après avoir immigré au Canada? Devrait-on procéder au dépistage des problèmes génétiques?

Ces questions ne sont pas une envolée rhétorique. L'éthique, le droit et les politiques publiques doivent les prendre au sérieux.

ii. Une pente glissante vers les tests génétiques

Si l'on imposait des tests de dépistage aux immigrants, et si l'on acceptait de traiter de la même manière les autres maladies, on s'engagerait inévitablement sur une pente glissante qui aboutirait à de graves problèmes d'éthique. Le Projet du génome humain, financé et mené par plusieurs pays, qui permettra de répertorier tous les gènes humains, progresse beaucoup plus rapidement que prévu. L'un des résultats de toute cette production d'information génétique sera la mise au point tout aussi rapide d'un vaste ensemble de tests génétiques. La médecine disposera de moyens beaucoup plus efficaces de détecter les individus plus susceptibles que l'ensemble de la population de souffrir d'une maladie grave ou mortelle. Il est déjà possible de repérer les porteurs d'un petit nombre de maladies héréditaires, de déterminer le risque de transmission aux descendants et, moins fréquemment, d'évaluer les prédispositions individuelles. Les tests pour la chorée de Huntington sont un exemple de ce dernier point. La récente mise en marché d'un test permettant de détecter une éventuelle mutation du gène BRCA1, qui est associé à une forte susceptibilité héréditaire au cancer du sein, laisse présager l'apparition d'un arsenal beaucoup

plus vaste de tests génétiques.

En vertu du critère du « fardeau excessif », faudrait-il inclure ces analyses parmi les tests de dépistage imposés aux immigrants? Comment ce critère pourrait-il être interprété au fur et à mesure de l'apparition de nouveaux tests? La crainte des frais médicaux liés au traitement des descendants d'immigrants éventuellement porteurs d'une maladie donnée pourrait-elle entraîner des exclusions générales? Pouvons-nous concevoir un avenir où, par exemple, les immigrantes éventuelles présentant un risque héréditaire élevé pour le cancer du sein seraient exclues en vertu du critère du « fardeau excessif »? Après tout, les futurs immigrants ne sont pas nos compatriotes, et il est facile d'imaginer l'introduction subtile et voilée de la « santé biologique » comme critère *de facto* pour l'admission des immigrants au Canada.

iii. Objectivation

Somerville et Wilson (1998 : 831; voir aussi Somerville, 1989 : 891) font remarquer que le recours au critère du « fardeau excessif » pour l'exclusion pourrait

[...] indiquer une attitude inacceptable envers les immigrants comme personnes; en effet, selon ce critère, ces derniers sont considérés uniquement sous l'angle des avantages économiques qu'ils apportent. De plus, on ne leur accorde qu'une valeur monétaire puisque le critère du « fardeau excessif » sous-entend qu'ils ne valent pas les coûts qu'ils engendrent pour la société. [trad. libre]

Le philosophe du XVIII^e siècle Emmanuel Kant (1988[1785] : 70) affirmait que le statut moral des personnes leur confère une dignité, et non une valeur. « Ce qui n'a que du prix peut être remplacé par quelque *équivalent*; mais ce qui est au-dessus de tout prix et ce qui, par conséquent, n'a pas d'équivalent, voilà ce qui a de la dignité » (les italiques sont de l'auteur). Kant (1988[1785] : 68) fait valoir que les humains sont des êtres raisonnables, ce qui signifie qu'ils « sont soumis à cette *loi* de ne jamais se traiter, eux-mêmes ou les uns les autres, *simplement comme moyens*, mais de toujours se respecter en même temps comme *des fins en soi* » (les italiques sont de l'auteur). Pour Kant (1988 [1785] : 70), le fait d'avoir une valeur intrinsèque, ou dignité, « [...] est précisément cette condition qui seule peut faire d'un être raisonnable une fin en soi [...] ». Dans ce contexte, le fait de considérer les immigrants éventuels seulement par rapport à des critères économiques, et par

conséquent comme des entités substituables (p. ex., un demandeur souffrant d'une maladie dont le traitement pourrait être coûteux peut être remplacé par un immigrant qui n'a pas cette maladie et qui représente donc un meilleur rapport coûts-avantages), leur dérober leur dignité et leur statut moral inhérents.

iv. Conclusions

Ces inquiétudes et dangers viennent renforcer l'argument éthique contre l'imposition de tests de dépistage du VIH aux immigrants éventuels et contre l'exclusion automatique de ceux qui seraient trouvés séropositifs. Mais ils font également ressortir un conflit plus profond, plus insidieux. Les gens peuvent facilement être vus comme des moyens et on peut facilement leur attribuer une valeur car, face à la réalité économique, l'éthique l'emporte rarement. L'argent et les objets qu'il permet d'acheter sont des entités réelles, tangibles et immédiates. Par opposition, les valeurs éthiques peuvent sembler nébuleuses, intangibles et lointaines. Le combat peut difficilement être équitable.

Il est donc particulièrement important de cerner les hypothèses, aussi bien sur la façon dont le monde fonctionne que sur la façon dont il devrait fonctionner, qui sont à la base et au cœur des politiques publiques sans, bien souvent, être explicitement reconnues (Schrecker et Somerville, 1998 : 137-140). Quels sont les concepts sous-jacents aux normes, politiques et modes de fonctionnement? Qu'est-ce qui les justifie? Par rapport à quelles valeurs et priorités essentielles? Et quelles règles peut-on tirer des exceptions?

De telles questions sont cruciales pour la reconnaissance et pour la défense de nouvelles normes internationales intégrant les droits de la personne. En ce qui concerne les immigrants, la plupart des États partent de l'application d'« un principe général d'exclusion, à moins que certaines conditions ne soient remplies » (Somerville et Wilson, 1998 : 825). Somerville, cependant, met en relief les valeurs éthiques qu'une politique de non-dépistage vis-à-vis des immigrants favoriserait :

Le Canada pourrait fournir un exemple important, et même capital, au reste de la planète s'il était disposé à affirmer que les coûts potentiels, en dollars, des soins dispensés aux personnes admises comme immigrantes et qui plus tard souffrent de maladies liées au VIH sont plus que compensés par les valeurs -- compassion humanitaire et respect des droits de la personne -- que

nous désirons soutenir en *décidant* de ne pas soumettre les futurs immigrants asymptomatiques à des tests de dépistage du VIH [...] (1989 : 894) [*trad. libre*]

Les exhortations de Somerville jouent exactement le rôle qui incombe à l'éthique : amener les gens à penser au delà de leur strict intérêt personnel. D'aucuns pourront demeurer fermés à l'appel de Somerville, mais alors leur rejet doit être interprété comme ce qu'il est véritablement : un rejet des affirmations mêmes de la morale.



IV. Conclusions et recommandations

Les restrictions imposées à l'immigration au motif d'une non-admissibilité médicale exigent être déterminées avec soin et se fonder des arguments solides. Il est trop facile, en l'absence d'arguments convaincants et de données fermes, de nourrir les craintes et d'exagérer l'impression de danger. Par conséquent, le fardeau de la preuve repose sur ceux qui préconisent l'exclusion automatique des immigrants séropositifs dans l'intérêt de la protection de la santé ou des finances publiques.

En ce qui concerne la santé publique, nous avons déterminé que le Canada ne peut pas prouver que l'admission d'immigrants séropositifs représenterait un danger. Parce que cette conclusion s'appuie sur un argument éthique valable, nous faisons la recommandation suivante :

1. Le Canada devrait maintenir ses politiques et ses pratiques actuelles, en vertu desquelles les immigrants séropositifs ne sont pas exclus pour des raisons médicales sous prétexte qu'ils sont un danger pour la santé publique.

En ce qui concerne les finances publiques, les preuves mises de l'avant semblent convaincantes : la prestation de soins de santé et de services sociaux aux immigrants séropositifs pourrait être considérée comme étant suffisamment coûteuse pour justifier l'exclusion. Compte tenu de l'analyse présentée dans ce document, cette possibilité doit être circonscrite et développée en fonction des trois recommandations qui suivent.

2. Les critères servant à déterminer la non-admissibilité pour des

raisons d'ordre médical ne doivent pas être s'appliquer à une maladie ou une affection précise :

[...] ce dont nous avons besoin en dernière analyse, ce *ne sont pas* des critères distincts pour le VIH et le SIDA ou pour toute autre maladie en particulier. Cela représenterait un pas en arrière. Ce dont nous avons besoin, c'est d'un ensemble de critères qui pourra s'appliquer de façon uniforme à toutes les maladies transmissibles dangereuses. (Emploi et Immigration Canada, 1991 : 52; les italiques sont de l'auteur)

Des politiques qui peuvent sembler traiter plus favorablement les personnes atteintes du VIH/sida que celles atteintes de maladies aussi graves sont parfois qualifiées d'« exceptionnalisme du sida » (Burris, 1994; Slater, 2000). Une politique qui réserverait aux personnes vivant avec le VIH/sida un traitement moins favorable qu'à celles atteintes de maladies aussi graves serait un exceptionnalisme inverse. À l'origine, les politiques qui ont été qualifiées d'exceptionnalistes, par d'aucuns, avaient pour seul but d'assurer le traitement humanitaire des personnes atteintes et de faire en sorte qu'elles ne soient pas victimes de discrimination. Cette même philosophie devrait prévaloir en ce qui concerne l'immigration.

Dans le document *Le VIH/SIDA et les droits de l'homme -- Directives internationales*, on affirme ce qui suit :

Si les États interdisent à des personnes touchées par le VIH/SIDA un séjour de longue durée par souci des dépenses que cela pourrait entraîner, ils ne devraient pas réserver ce traitement à l'infection à VIH/SIDA, par comparaison avec des situations analogues, et devraient reconnaître que ces dépenses seraient forcément engagées pour un étranger isolé demandeur de séjour. Dans l'examen des demandes d'admission dans un pays, les considérations humanitaires comme le regroupement familial et la nécessité d'accorder asile devraient l'emporter sur les considérations économiques. (1998 : alinéa 106)

L'exclusion des immigrants vivant avec le VIH/sida ne pourrait être justifiable au nom de motifs économiques que si les mêmes exigences étaient appliquées aux immigrants souffrant d'autres affections comme les maladies cardiovasculaires, et si le coût éventuel de leur traitement était calculé en fonction de formules

comparables et sur la même base individuelle.

3. Les décisions concernant la non-admissibilité des immigrants pour des raisons de santé devraient être prises au cas par cas, en tenant compte du contexte. Des mécanismes de prise de décisions qui sont justes, souples et adaptées à l'évolution des conditions médicales et sociales sont la marque du respect et de l'égard moral qui sont dus à tous.

4. Si l'on mettait en œuvre les deux dernières recommandations, la détermination de la non-admissibilité pour des raisons médicales pourrait se fonder sur des arguments économiques. Le critère du « fardeau excessif », cependant, est trop vague et semé de trop d'embûches morales pour servir de fondement à cette détermination. Il faudrait le remplacer par une méthode rigoureuse et apte à permettre de mesurer l'incidence économique de la maladie ou de l'affection en cause, une méthode qui fournirait des directives claires aux médecins agréés et aux agents des visas, et qui serait appliquée universellement et avec cohérence à toutes les demandes d'immigration.



Remerciements

Ce texte est une version abrégée et légèrement remaniée d'un document rédigé pour le Projet des NOMS du Canada.

Notes

(1) Ce fait est souligné, entre autres, par Watney (1990) et Sabatier (1996).

(2) *Ibid.*, article 19.

(3) Un médecin a fait remarquer que cela sous-entend également une intervention paternaliste de l'État : « Nous avons l'obligation de protéger les membres les plus faibles de notre société, qui ne sont pas suffisamment prudents ou consciencieux pour suivre des directives visant leur protection » (Green, 1993) [*trad. libre*].

(4) Dans un projet de règlement, on a essayé d'éclaircir la notion de « fardeau excessif » en précisant que « le médecin doit savoir

qu'il y a fardeau excessif lorsque le coût total des services de santé ou de tout autre service social désigné par règlement et requis, dans les cinq années qui suivent immédiatement l'évaluation, est cinq fois plus grand que la moyenne des dépenses engagées par habitant pour les services sociaux et de santé au Canada » (*Gazette du Canada*, partie I, vol. 127, n° 3, p. 2561). Pour une analyse critique de ce projet, voir Wilson, 1994.

(5) Cette citation est tirée du mémoire soumis par la Fondation canadienne des maladies du foie et l'Association canadienne pour l'étude du foie, et publié dans la section « Organismes gouvernementaux - Résumé des exposés » du document *L'Étude de la non-admissibilité pour des raisons d'ordre médical*, Emploi et Immigration Canada et Santé et Bien-être social Canada, 1991 : 20.



Bibliographie

ANGUS, D.E. « Can We Afford to Screen Immigrants for HIV Infection? », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1992, 147 : 1132.

BURRIS, S. « Public Health, 'AIDS Exceptionalism' and the Law », *John Marshall Law Review*, 1994, 24 : 251-272.

CITOYENNETÉ ET IMMIGRATION CANADA. « Évaluation du fardeau excessif sur le plan médical », IP 96-08/OP 96-05 [note de service sur les opérations], Ottawa, le Ministère, 1996.

CITOYENNETÉ ET IMMIGRATION CANADA. *De solides assises pour le 21^e siècle : Nouvelles orientations pour la politique et la législation relatives aux immigrants et aux réfugiés*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1998.

CLARK, C. « Immigrants Facing Blood Tests », *The Globe and Mail* (21 September 2000) : A4.

EMPLOI ET IMMIGRATION CANADA, et SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA. *L'étude de la non-admissibilité pour des raisons d'ordre médical : Document de travail*, Ottawa, les ministères, 1991.

GALLOWAY, D. « Strangers and Members: Equality in an

Immigration Setting », *Canadian Journal of Law and Jurisprudence*, 1994, 7 : 149-172.

GALLOWAY, D. *Immigration Law*, Essentials of Canadian Law series, Concord (Ontario), Irwin Law, 1997.

GOODWIN-GILL, G. « AIDS and HIV, Migrants and Refugees: International Legal and Human Rights Dimensions », dans M. Haour-Knipe et R. Rector, éd., *Crossing Borders: Migration, Ethnicity and AIDS*, Londres, Taylor & Francis, 1996, p. 50-69.

GOSTIN, L.O., P.D. CLEARY, K.H. MAYER, A.M. BRANDT et E.H. CHITTENDEN. « Screening Immigrants and International Travelers for the Human Immunodeficiency Virus », *New England Journal of Medicine*, 1990, 322 : 1743-1746.

GREEN, J.H. « Should Immigrants Be Screened? » [lettre], *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1993, 148 : 2107.

HALL, P.F. « The Case Against HIV Antibody Testing of Refugees and Immigrants » [lettre], *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1990, 143 : 172.

HAUT COMMISSARIAT DES NATIONS UNIES AUX DROITS DE L'HOMME, et PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA. *Le VIH/SIDA et les droits de l'homme - Directives internationales*, HR/PUB/98/1, Genève, Nations Unies, 1998.

JÜRGENS, R. *Test de sérodiagnostic du VIH et confidentialité : rapport final*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1998a.

KANT, E. *Fondements de la métaphysique des mœurs*, traduction : J. Barni, Paris, Bordas, 1988 [1785].

ROTENBERG, C.L., et M. LAM. « Annotation [of *Ismaili v. Canada*] », 29 *Recueil de jurisprudence en droit de l'immigration* (Deuxième série), 1995 : 2-7.

SABATIER, R. « Migrants and AIDS: Themes of Vulnerability and Resistance », dans M. Haour-Knipe et R. Rector, éd., *Crossing Borders: Migration, Ethnicity and AIDS*, Londres, Taylor & Francis, 1996, p. 86-101.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA. *Guide pour le médecin :*

service médical de l'immigration, Ottawa, le Ministère, 1992.

SCHRECKER, T., et M.A. SOMERVILLE. « Prendre des décisions éthiquement acceptables en matière de politiques : Les défis qui attendent le gouvernement fédéral », dans *Renouvellement de la Stratégie canadienne en matière de biotechnologie, Document de référence 3.4.1, Articles de recherche généraux, Éthique*, Ottawa, Industrie Canada, mars 1998; [consulté dans Internet : <<http://strategis.ic.gc.ca/SSGF/bh00195f.html>>]

SLATER, E. « AIDS Exceptionalism is No Longer Justifiable », dans R. Munson, éd., *Intervention and Reflection: Basic Issues in Medical Ethics*, 6^e édition, Belmont (Californie), Wadsworth, 2000, p. 362-367.

SOMERVILLE, M.A. « The Case Against HIV Antibody Testing of Refugees and Immigrants », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1989, 141 (1^{er} novembre) : 889-894.

SOMERVILLE, M.A. « Dr. Somerville responds [to Hall, 1990] », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1990d, 143 : 172-173.

SOMERVILLE, M.A., et S. WILSON. « Crossing Boundaries: Travel, Immigration, Human Rights and AIDS », *Revue de droit de McGill*, 1998, 43 : 781-834 (résumé en français).

Special Advisory Committee on Ethical Issues in Health Care. « It is Ethically Defensible to Test Potential Immigrants for HIV, BC Committee Says (Newsbriefs) ». *Canadian Medical Association Journal* 148 (1 April 1993): 1188.

WATNEY, S. « Missionary Positions: AIDS, Africa, and Race », dans R. Ferguson, M. Gever, T.T. Minh-ha et C. West, éd., *Out There: Marginalization and Contemporary Cultures*, Cambridge (Massachusetts), MIT Press, 1990, p. 89-106.

WILSON, S. « Développements récents en droit de l'immigration », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1994, 1(1) : 10-11.

WILSON, S. « Réfugié séropositif admis au Canada », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1995, 1(3) : 5.

ZOWALL, H., R.D. FRASER, N. GILMORE, A. DEUTSCH et S. GROVER. « HIV Antibody Screening Among Immigrants: A Cost-

Benefit Analysis », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1990, 143 : 101-107 (résumé en français).

ZOWALL, H., L. COUPAL, R.D. FRASER, N. GILMORE, A. DEUTSCH et S.A. GROVER. « Economic Impact of HIV Infection and Coronary Heart Disease in Immigrants to Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1992, 147 : 1163-1172 (résumé en français).


haut de page

 Page
précédente



[Le Réseau](#) | [Contenu](#) | [Quoi de Neuf](#) | [Médias](#) | [Liens](#) | [Nous Joindre](#)
[Faites un don](#) | [Quiz](#) | [Accueil](#) | [English home](#) | [Fouiller](#) | [Plan du Site](#)



CANADIAN HIV/AIDS LEGAL NETWORK
RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA