

## IMMIGRANTS ET RÉFUGIÉS

Auteur: **Tom Wong**, MD, MPH, FRCPC, Director Community Acquired Infections Division, Infectious Disease and Emergency Preparedness Branch, Public Health Agency of Canada

### Définitions

Un immigrant *légal* est une personne née à l'extérieur du Canada qui a reçu, par les autorités de l'immigration, le droit de résider en permanence au Canada; un immigrant *illégal* n'a quant à lui pas reçu ce droit. Un réfugié est une personne vivant à l'extérieur du pays de sa nationalité, ne pouvant pas ou ne souhaitant pas y retourner par crainte de persécutions à cause de sa race, sa religion, sa nationalité, son adhésion à un groupe social ou à une opinion politique<sup>1</sup>.

### Épidémiologie

Bien que plus de 5 millions de Canadiens soient nés à l'extérieur du pays et que près de 250 000 nouveaux immigrants arrivent au Canada chaque année<sup>2,3</sup>, nous disposons de peu de données sur la santé des immigrants au Canada. Les immigrants n'utilisent pas suffisamment les services de santé. Nous ne savons pas si cette sous-utilisation est due à des barrières culturelles ou linguistiques, à des besoins perçus comme étant moindres, à des besoins réellement moins importants (cet *effet de l'immigrant en bonne santé* fait référence aux immigrants récents qui sont en meilleure santé que les personnes nées au Canada) ou à des barrières socioéconomiques (ex. : accès insuffisant au téléphone, au transport aux cliniques, etc.)<sup>4-7</sup>. Les taux d'infections transmises sexuellement (ITS) sont beaucoup plus élevés dans les pays d'origine des immigrants qu'au Canada<sup>8,9</sup>.

### Prévention

Les professionnels de la santé doivent porter une attention spéciale au processus complexe et frustrant que les nouveaux venus doivent entreprendre pour s'intégrer dans une nouvelle société. Leur risque de perdre du soutien social et leur identité culturelle pendant cette transition peut leur paraître difficile à vivre. Les immigrants illégaux font face à de plus grandes difficultés à cause du fait qu'ils doivent vivre dissimulés. Ils n'ont pas d'assurance-maladie et évitent de consulter un médecin de peur de se faire dénoncer aux autorités.

Les services cliniques et de santé publique doivent être sensibilisés aux obstacles suivants pouvant nuire au *counselling* en santé sexuelle et aux services de prise en charge et de prévention des ITS de manière abordable, exhaustive et appropriée sur le plan culturel ou linguistique pour les immigrants et les réfugiés<sup>10-12</sup> :

- Les obstacles linguistiques, culturels et socioéconomiques peuvent empêcher l'accès aux services de prévention et de prise en charge des ITS.
- Cette population peut être victime d'isolement social à cause du manque de soutien social.
- Il est important de comprendre les confusions de nature sociale ou sexuelle, les systèmes de croyance sur la santé, les pratiques et les tabous pour prévenir les ITS, les diagnostiquer, les prendre en charge et les notifier aux partenaires.

- Les prestataires de soins doivent connaître la honte et la discrimination dont souffrent les personnes provenant de pays où les ITS sont très prévalentes afin qu'elles ne se sentent pas honteuses.
- La santé mentale, notamment l'état de stress post-traumatique, peut influencer les comportements et les interactions avec le système de santé.
- Les différences de pouvoir entre les sexes et la violence conjugale peuvent être des obstacles à la prévention et à la notification aux partenaires.
- Les patients peuvent présenter des antécédents de torture et de viol.
- Il se peut que les patients ne connaissent pas bien les ITS du Canada et les autres ressources de la santé.
- Il pourrait exister un risque lié aux voyages chez les patients porteurs d'une ITS provenant de leur pays d'origine ou chez ceux qui retournent chez eux pour rendre visite à des amis ou à de la famille, lesquels risquent d'attraper une ITS. Cette population est moins susceptible de demander des conseils en médecine du voyage avant son départ ou à son retour.

## Évaluation

### *Estimation du risque*

L'estimation du risque d'ITS, sans préjugé et en faisant preuve de sensibilité à la culture du patient, doit faire partie d'une approche complète visant la prévention et le dépistage précoce des ITS. Parmi les questions à étudier, notons :

- les activités sexuelles avec des partenaires du même sexe ou du sexe opposé;
- la variété et la fréquence des pratiques sexuelles en tenant compte du contexte culturel et du sexe du patient (consulter le chapitre intitulé *Soins primaires*);
- les antécédents d'ITS du patient, notamment pour ce qui est du VIH, en étant conscient de la honte et de la discrimination associées à ces infections;
- l'utilisation de drogues injectables (UDI);
- des examens de dépistage incomplets chez les femmes enceintes.

### *Test de dépistage*

En se basant sur les résultats de l'estimation du risque, il faut envisager les tests courants de dépistage des ITS chez les personnes asymptomatiques qui ont des pratiques sexuelles à risque élevé (consulter le chapitre intitulé *Soins primaires*).

- Test de la syphilis :
  - Les tests sérologiques (non tréponémiques seulement) de dépistage de la syphilis font partie des tests standard exigés par Citoyenneté et immigration Canada (CIC) pour les demandeurs du statut d'immigrant ou de réfugié âgés de 15 ans et plus.
  - Il ne faut pas oublier que les tests de la syphilis peuvent donner lieu à de faux positifs chez les personnes provenant de régions où la pinta, le pian et le bejel sont prévalents<sup>13</sup> (consulter le chapitre intitulé *Syphilis*).
- Tests sérologiques du VIH (à moins que le patient soit certainement séropositif) :
  - Depuis 2002, les tests sérologiques du VIH font partie des tests standard exigés par CIC pour les demandeurs du statut d'immigrant ou de réfugié âgés de 15 ans et plus, pour les enfants ayant été exposés à du sang/des produits sanguins, les

- nourrissons dont la mère est porteuse du VIH ou les enfants d'autres pays devant être adoptés au Canada.
- Les personnes présentant un risque élevé n'ayant pas récemment passé un test de dépistage du VIH par les anticorps doivent recevoir du *counselling* et passer des tests en conséquence (consulter le chapitre intitulé *Virus de l'immunodéficience humaine*).
  - À moins d'une bonne raison de ne pas le faire, il faut proposer aux enfants de passer des tests de dépistage du VIH, en particulier si l'infection à VIH de leur mère n'avait pas été diagnostiquée pendant la grossesse ou l'allaitement.

Pour le moment, le VIH et la syphilis sont les seuls tests obligatoires de dépistage des ITS pour les demandeurs du statut d'immigrant ou de réfugié. Il se peut que certains laboratoires à l'étranger aient des problèmes de contrôle de la qualité, ou que certains demandeurs soudoient les laboratoires pour obtenir des tests négatifs pour faciliter leur demande.

Chez les personnes présentant des symptômes ano-génitaux, il est important de tenir compte des facteurs suivants pour choisir les examens appropriés :

- Le chancre mou et le lymphogranulome vénérien (LGV) sont fréquents dans certaines parties de l'Afrique, de l'Asie, des Caraïbes et de l'Amérique latine (consulter les chapitres intitulés *Chancre mou* et *Lymphogranulome vénérien*).
- Pour connaître les examens relatifs aux ulcérations génitales, consulter le chapitre intitulé *Ulcérations génitales*.
- La gonorrhée résistante aux quinolones est particulièrement prévalente en Asie, dans les îles du Pacifique, en Australie, en Israël, au Royaume-Uni, dans certaines parties des États-Unis et au Canada (voir le chapitre intitulé *Infections gonococciques*).

### *Hépatites B et C*

Actuellement, le dépistage des hépatites B et C n'est pas requis pour le traitement des demandes d'immigration ou du statut de réfugié au Canada. Cependant, la prévalence de l'infection chronique à hépatite B en Asie, en Afrique, en Europe de l'Est et en Amérique latine est beaucoup plus élevée qu'au Canada. Chez les personnes asymptomatiques provenant des régions à prévalence élevée, le dépistage de l'hépatite B doit se faire *soit* par l'antigène de surface de l'hépatite B et des anticorps dirigés contre cet antigène (pour tester l'immunité), *soit* par les anticorps dirigés contre l'antigène nucléocapsidique de l'hépatite B (pour tester leur exposition antérieure au virus). Il faudrait effectuer d'autres tests de l'hépatite B, selon les résultats obtenus aux tests de dépistage. Les personnes vivant dans le même foyer qu'un porteur de l'hépatite B, de même que ses contacts sexuels, doivent également passer des tests de dépistage. Les personnes n'ayant pas été exposées à l'hépatite B ou celles qui sont déjà immunisées devraient recevoir une série de trois doses de vaccin contre l'hépatite B (consulter le *Guide canadien d'immunisation*<sup>14</sup> et le chapitre intitulé *Virus de l'hépatite B*).

La prévalence de l'infection chronique à hépatite C en Asie, en Afrique et dans la région méditerranéenne est beaucoup plus élevée qu'au Canada<sup>15</sup>. L'hépatite C se transmet essentiellement par voie parentérale. En Europe, la transmission de l'hépatite C a

récemment augmenté parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes qui ne sont pas des utilisateurs de drogues injectables, et ce, à cause de la pratique du « fisting », du LGV, du VIH et d'autres ITS<sup>16-21</sup>. Comme chez tous les patients, l'hépatite C est à envisager chez tous les immigrants et réfugiés présentant l'un des facteurs de risque suivants<sup>19-32</sup> :

- tout antécédent d'UDI;
- le fait d'avoir reçu du sang contaminé ou des produits sanguins dans certains pays, même après 1990, à cause d'un contrôle insuffisant de la qualité dans les laboratoires ou de tests inadéquats des dons de sang.
- les interventions (ex. : injection, chirurgie, transfusion, rituels cérémoniels, acupuncture) réalisées avec du matériel contaminé dans certains pays où la prévalence du virus de l'hépatite C (VHC) est élevée;
- l'exposition à l'hépatite C en milieu carcéral;
- la contamination par piqûre d'aiguille ou les blessures avec des objets tranchants;
- le tatouage ou le perçage corporel réalisés avec du matériel non stérile;
- l'hémodialyse;
- le partage d'outils personnels contaminés par du sang, appartenant à des personnes infectées par le VHC (ex. : rasoirs, coupe-ongles, brosse à dents);
- le partage de matériel permettant de renifler des drogues;
- l'infection à hépatite B;
- l'infection à VIH;
- pour un nourrisson, le fait que la mère soit porteuse du VHC;
- une hépatopathie non diagnostiquée.

La transmission sexuelle n'est généralement pas efficace, le risque d'hépatite C étant légèrement plus élevé chez les personnes présentant les facteurs de risque suivants :

- un partenaire sexuel porteur du VHC;
- des partenaires sexuels multiples;
- des co-infections par le VIH et d'autres ITS;
- la pratique de rapports sexuels anaux.

### **Prélèvement d'échantillons et diagnostic en laboratoire**

(Consulter le chapitre intitulé *Diagnostic en laboratoire*.)

(Consulter les chapitres portant sur chaque ITS/syndrome.)

- Les mêmes que pour les autres patients.
- Veuillez noter que le prélèvement d'échantillons peut être affecté en cas de mutilation génitale chez les femmes. La structure génitale peut sembler différente, de sorte que le visionnement du col de l'utérus ne serait pas possible avec un spéculum de taille habituelle. Il pourrait également être difficile de procéder à l'examen pelvien bimanuel, en particulier si l'ouverture du vagin a été suturée.
- Dans beaucoup de cultures, l'observance des tests de dépistage par écouvillonnage est médiocre à cause de la nature effractive du prélèvement. Certains immigrants et réfugiés ont très peu d'occasions d'interagir avec le système de santé, en particulier pour les patients dont la culture les rend sensibles au fait de consulter un médecin du

sexe opposé. Le test d'amplification de l'acide nucléique de dépistage chez les personnes à risque élevé peut favoriser l'observance et le confort du patient.

### **Prise en charge et traitement**

(Consulter les chapitres portant sur chaque ITS/syndrome.)

- Les mêmes que pour les autres patients.
- Il est important de tenir compte des facteurs socioculturels et économiques affectant l'observance thérapeutique. Les barrières linguistiques ne permettent pas aux patients de suivre les directives posologiques ou de comprendre les directives en matière de rapports sexuels protégés, etc. Dans certaines cultures, il peut être difficile de discuter de monogamie ou de l'emploi du condom.
- Il est important d'obtenir les antécédents d'utilisation de produits de la médecine traditionnelle/à base d'herbes médicinales pour réduire au maximum les toxicités et les interactions médicamenteuses.

### **Déclaration des cas et notification aux partenaires**

(Consulter les chapitres portant sur chaque ITS/syndrome.)

- Les mêmes que pour les autres patients.
- Il est important de tenir compte des facteurs socioculturels affectant la notification aux partenaires. Les barrières linguistiques peuvent compliquer la compréhension de l'importance de notifier les partenaires. Dans certaines cultures, la crainte de violences conjugales peut nuire à la notification aux partenaires.

### **Suivi**

- Le même que pour les autres patients.
- Il faut rappeler aux clients recevant la première dose de vaccination contre l'hépatite B de revenir compléter leur série de trois doses.

### **Références**

1. *Talking about refugees and immigrants: a glossary of terms*. Site Web du Conseil canadien pour les réfugiés. Disponible à l'adresse : [cpj.ca/refugees/Refugee\\_Basics/index.html?ap=1&x=81013](http://cpj.ca/refugees/Refugee_Basics/index.html?ap=1&x=81013). Consulté le 25 janvier 2006.
2. Portrait ethnoculturel du Canada : une mosaïque en évolution. *Recensement de 2001 : série « analyses »*. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada, 2003. N° cat. 96F0030XIE2001008. Disponible à l'adresse : <http://www12.statcan.ca/francais/census01/products/analytic/companion/etoimm/pdf/96F0030XIF2001008.pdf> Consulté le 25 janvier 2006.
3. *Faits et chiffres, 2002 : Aperçu de l'immigration*. Ottawa (Ontario) : Citoyenneté et immigration Canada; 2003. N° de cat. MP43-333/2003E. Disponible à l'adresse : <http://www.cic.gc.ca/francais/pdf/pub/faits2002.pdf> Consulté le 25 janvier 2006.
4. Hyman I. *Immigration et santé*. Série de documents de travail sur les politiques de santé. Ottawa (Ontario) : Santé Canada (2001).
5. Kinnon D. *Recherche sur la santé et l'immigration au Canada : un aperçu*. Ottawa (Ontario) : Santé Canada (1999).

6. Wen SW, Goel V, Williams JI. Utilization of health care services by immigrants and other ethnic/cultural groups in Ontario. *Ethn Health* 1996;1:99–109.
7. Vissandjee B, Desmeules M, Cao Z, Abdool S, Kazanjian A. Integrating ethnicity and migration as determinants of Canadian women’s health. *BMC Women’s Health* 2004;4(suppl 1):S32.
8. Gerbase AC, Rowley JT, Heymann DH, Berkley SF, Piot P. Global prevalence and incidence estimates of selected curable STDs. *Sex Transm Infect* 1998;74(suppl 1):S12–S16.
9. Fenton KA, Mercer CH, McManus S *et al.* Ethnic variations in sexual behaviour in Great Britain and risk of sexually transmitted infections: a probability survey. *Lancet* 2005;365: 1246–1255.
10. Holt BY, Effler P, Brady W *et al.* Planning STI/HIV prevention among refugees and mobile populations: situation assessment of Sudanese refugees. *Disasters* 2003;27:1–15.
11. DuPlessis HM, Cora-Bramble D; American Academy of Pediatrics Committee on Community Health Services. Providing care for immigrant, homeless, and migrant children. *Pediatrics* 2005;115:1095–1100.
12. Fowler N. Providing primary health care to immigrants and refugees: the North Hamilton experience. *CMAJ* 1998;159:388–391.
13. Ratnam S. The laboratory diagnosis of syphilis. *Can J Inf Dis Med Microbiol* 2005;16:45–51.
14. *Canadian Immunization Guide*. 6th ed. Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada; 2002. Disponible à l’adresse : [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index.html). Consulté le 25 janvier 2006.
15. Hepatitis C — global prevalence (update). *Wkly Epidemiol Rec* 1999;74:425–427.
16. Kropp RY, Wong T; Canadian LGV Working Group. Emergence of lymphogranuloma venereum in Canada. *CMAJ* 2005;172:1674–1676.
17. Nieuwenhuis RF, Ossewaarde JM, Gotz HM *et al.* Resurgence of lymphogranuloma venereum in Western Europe: an outbreak of *Chlamydia trachomatis* serovar 12 proctitis in The Netherlands among men who have sex with men. *Clin Infect Dis* 2004;39:996–1003.
18. French P, Ison CA, MacDonald N. Lymphogranuloma venereum in the United Kingdom. *Sex Transm Infect* 2005;81:97–98.
19. Gotz HM, van Doornum G, Niesters HG, den Hollander JG, Thio HB, de Zwart O. A cluster of acute hepatitis C virus infection among men who have sex with men — results from contact tracing and public health implications. *AIDS* 2005;19:969–974.
20. Ruys TA, den Hollander JG, Beld MG, van der Ende ME, van der Meer JT. Sexual transmission of hepatitis C in homosexual men. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004;148:2309–2312.
21. Ghosn J, Pierre-Francois S, Thibault V *et al.* Acute hepatitis C in HIV-infected men who have sex with men. *HIV Med* 2004;5:303–306.
22. NIH Consensus Statement on management of hepatitis C: 2002. *NIH Consens State Sci Statements* 2002;19:1–46.
23. Recommendations for prevention and control of hepatitis C virus (HCV) infection and HCV-related chronic diseases. Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR Recomm Rep* 1998;47(RR-19):1–39.



24. Alter MJ, Seeff LB, Bacon BR, Thomas DL, Rigsby MO, Di Bisceglie AM. Testing for hepatitis C virus infection should be routine for persons at increased risk for infection. *Ann Int Med* 2004;141:715–717.
25. Sherman M, Bain V, Villeneuve JP *et al.* The management of chronic viral hepatitis: a Canadian consensus conference 2004. *Can J Gastroenterol* 2004;18:715–728.
26. Mele A, Spada E, Saggiocca L *et al.* Risk of parenterally transmitted hepatitis following exposure to surgery or other invasive procedures: results from the hepatitis surveillance system in Italy. *J Hepatol* 2001;35:284–289.
27. Montella M, Crispo A, Grimaldi M, Tridente V, Fusco M. Assessment of iatrogenic transmission of HCV in Southern Italy: was the cause the Salk polio vaccination? *J Med Virol* 2003;70:49–50.
28. Frank C, Mohamed MK, Strickland GT *et al.* The role of parenteral antischistosomal therapy in the spread of hepatitis C in Egypt. *Lancet* 2000;355:887–891.
29. Singh S, Kumar J, Singh R, Dwivedi SN. Hepatitis B and C viral infections in Indian kala-azar patients receiving injectable anti-leishmanial drugs: a community-based study. *Int J Infect Dis* 2000;4:203–208.
30. Chlabicz S, Grzeszczuk A, Prokopowicz D. Medical procedures and the risk of iatrogenic hepatitis C infection: case-controlled study in north-eastern Poland. *J Hosp Infect* 2004;58:204–209.
31. Alter MJ, Kruszon-Moran D, Nainan OV *et al.* The prevalence of hepatitis C virus infection in the United States, 1988 through 1994. *N Engl J Med* 1999;341:556–562.
32. Sharma AK, Aggarwal OP, Dubey KK. Sexual behavior of drug-users: is it different? *Prev Med* 2002;34:512–515