

Syphilis • VIH • Chlamydia • Herpès
génital • Condylomes • Gonorrhée
LGV • Syphilis • VIH • Chlamydia •
Herpès génital • Condylomes • Gonorrhée
LGV • Syphilis • VIH • Chlamydia • Herpès
génital • Condylomes • Gonorrhée • LGV
Syphilis • VIH • Chlamydia • Herpès
génital • Condylomes • Gonorrhée • LGV

Populations spécifiques
Immigrants et réfugiés

**Lignes directrices
canadiennes sur les
infections transmissibles
sexuellement**

ÉDITION
2006

Lignes directrices canadiennes sur les ITS • Lignes directrices can
canadiennes sur les ITS • Lignes directrices canadiennes sur les
sur les ITS • Lignes directrices canadiennes sur les ITS • Lignes
Lignes directrices canadiennes sur les ITS • Lignes directrices can
canadiennes sur les ITS • Lignes directrices canadiennes sur les
sur les ITS • Lignes directrices canadiennes sur les ITS • Lignes



Agence de santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Canada

IMMIGRANTS ET RÉFUGIÉS

Définition

Un *immigrant légal* est une personne née à l'extérieur du Canada qui a obtenu, par les autorités de l'immigration, le droit de résider en permanence au Canada; un *immigrant illégal* n'a pour sa part pas obtenu ce droit. Un *réfugié* est une personne vivant à l'extérieur de son pays d'origine, qui ne peut pas ou qui ne souhaite pas y retourner par crainte de persécutions en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son adhésion à un groupe social ou de ses opinions politiques¹.

Épidémiologie

Bien que plus de 5 millions de Canadiens soient nés à l'extérieur du pays et que près de 250 000 personnes immigreront au Canada chaque année^{2,3}, nous disposons de peu de données sur la santé des immigrants. Ceux-ci utilisent peu les services de santé. Nous ne savons pas si cette sous-utilisation est associée à des barrières culturelles ou linguistiques, à des besoins perçus comme moindres, à des besoins effectivement moins importants (*cet effet de l'immigrant en bonne santé* renvoie aux immigrants récents qui sont en meilleure santé que les personnes nées au Canada) ou à des barrières socioéconomiques (p. ex., accès insuffisant au téléphone, au transport vers les établissements prestataires de services, etc.)⁴⁻⁷. Plusieurs pays d'origine des immigrants ont des taux d'infections transmises sexuellement beaucoup plus élevés qu'au Canada^{8,9}.

Prévention

Les professionnels de la santé doivent porter une attention particulière au processus complexe et stressant auquel doivent s'astreindre les nouveaux arrivants pour s'intégrer à la société d'accueil. Ce processus constitue une période de transition qui peut leur paraître difficile en raison du risque d'isolement social et de perdre leur identité culturelle. Les immigrants illégaux font face à de plus grands défis car ils doivent vivre cachés. Ils n'ont pas d'assurance maladie et évitent de consulter un médecin de peur de se faire déporter.

Les services cliniques et de santé publique doivent être sensibilisés aux obstacles suivants pouvant nuire à la prestation de services conseil en santé sexuelle et en prévention des ITS de manière abordable, exhaustive et appropriée sur le plan culturel et linguistique pour la population immigrante et de réfugiés¹⁰⁻¹² :

- ∞ Les barrières linguistiques, culturelles et socioéconomiques peuvent empêcher l'accès aux services de prévention et de prise en charge des ITS.
- ∞ Ces populations peuvent être victimes d'isolement social à cause de la perte de soutien social, et les services publics devront donc déployer des efforts particuliers pour les rejoindre.

- ∞ Il est important de connaître les systèmes de valeurs, les croyances, les pratiques et les tabous qui varient selon les pays ou les cultures en matière de santé et de sexualité : ceci pour la prévention, le diagnostic et la prise en charge des ITS, ainsi que pour la notification aux partenaires.
- ∞ Les professionnels de la santé doivent être au courant de la stigmatisation et de la discrimination dont font face les individus provenant des pays où les ITS sont très prévalentes afin d'assurer que ces personnes ne soient pas davantage stigmatisées.
- ∞ La santé mentale, notamment l'état de stress post-traumatique, peut influencer les comportements et les interactions avec le système de santé.
- ∞ Les iniquités 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 avoir des antécédents de torture et de viol.
- ∞ Il se peut que les patients aient un manque de connaissance des ITS au Canada et d'autres ressources de santé.
- ∞ Les voyages peuvent constituer un facteur de risque pour les individus infectés par une ITS associée à leur pays d'origine ou pour ceux qui retournent chez eux pour rendre visite à des amis ou à de la famille. Cette population est moins susceptible de demander des conseils avant leur départ ou les soins médicaux après leur retour.

Évaluation

Évaluation du risque

Une évaluation du risque d'ITS, sans préjugés et sensible à la culture du patient, devrait faire partie d'une approche globale visant la prévention et le dépistage précoce des ITS. Parmi les questions à examiner, notons :

- ∞ les activités sexuelles avec des partenaires du même sexe ou du sexe opposé;
- ∞ la variété et la fréquence des différentes pratiques sexuelles, en tenant compte du contexte culturel et du genre (voir le chapitre « Soins primaires et infections transmissibles sexuellement »);
- ∞ les antécédents d'ITS du patient, y compris le VIH, en étant conscient de la stigmatisation et la discrimination associées à ces infections;
- ∞ l'utilisation de drogues injectables;
- ∞ le dépistage sous-optimal chez les femmes enceintes.

Test de dépistage

À partir des résultats de l'évaluation du risque, il faut envisager les tests courants de dépistage des ITS chez les personnes asymptomatiques qui ont des pratiques sexuelles à risque élevé (voir le chapitre « Soins primaires et infections transmissibles sexuellement »).

- ∞ Dépistage de la syphilis :
 - Les tests sérologiques (non tréponémiques seulement) pour la détection de la syphilis font partie des tests standards exigés par Citoyenneté et Immigration

Canada (CIC) pour les demandeurs du statut d'immigrant ou de réfugié âgés de 15 ans ou plus.

- Les tests pour la syphilis peuvent donner lieu à de faux positifs chez les personnes originaires de régions où la pinta, le pian et le bejel sont prévalents¹³ (voir le chapitre « Syphilis »).
- ∞ Sérologie pour le VIH (à moins que le patient soit séropositif) :
 - Depuis 2002, les tests sérologiques du VIH font partie des tests standards exigés par CIC pour les demandeurs du statut d'immigrant ou de réfugié âgés de 15 ans ou plus, et pour les enfants qui ont été exposés à du sang ou à des produits sanguins, pour les nourrissons dont la mère est atteinte du VIH ou pour les enfants provenant d'autres pays qui sont considérés pour une adoption.
 - Les personnes présentant un risque élevé qui n'ont pas passé récemment un test d'anticorps anti-VIH devraient recevoir du counselling et passer des tests en conséquence (voir le chapitre « Infections au virus de l'immunodéficience humaine »).
 - À moins d'une bonne raison de ne pas le faire, il faut envisager le dépistage du VIH chez les enfants, en particulier s'il est probable qu'ils sont nés ou allaités d'une mère atteinte du VIH non diagnostiqué.

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

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

- ∞ le chancre mou et la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) sont fréquents dans certaines parties de l'Afrique, de l'Asie, des Caraïbes et de l'Amérique latine (voir les chapitres « Chancre mou » et « Lymphogranulomatose vénérienne »);
- ∞ en ce qui concerne l'évaluation des ulcérations génitales, voir le chapitre « 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 « Infections gonococciques »).

Hépatites B et C

Actuellement, le dépistage des hépatites B et C n'est pas requis pour l'évaluation des demandes d'immigration ou du statut de réfugié au Canada. Cependant, la prévalence de l'infection chronique à hépatite B est beaucoup plus élevée en Asie, en Afrique, en Europe de l'Est et en Amérique latine qu'au Canada. Chez les personnes asymptomatiques venant de régions à prévalence élevée, le dépistage de l'hépatite B doit se faire *soit* pour le portage de l'antigène de surface de l'hépatite B et les anticorps dirigés contre l'antigène de surface de l'hépatite B (pour déceler l'immunité), *ou* par les anticorps dirigés contre le noyau de l'hépatite B (pour déceler une exposition antérieure au virus). Selon les résultats obtenus aux tests de dépistage, envisager d'autres analyses pour l'hépatite B. Les membres d'un même foyer et les contacts sexuels d'un porteur de l'hépatite B devraient également être évalués. Les personnes qui n'ont pas été exposées à l'hépatite B ou celles qui ne sont pas déjà immunisées devraient recevoir une série de trois doses du vaccin contre l'hépatite B (voir le *Guide canadien d'immunisation*¹⁴ et le chapitre « Infections au virus de l'hépatite B »).

La prévalence de l'infection chronique à hépatite C est beaucoup plus élevée en Asie, en Afrique et dans la région méditerranéenne qu'au Canada¹⁵. L'hépatite C se transmet essentiellement par voie parentérale. En Europe, une hausse dans la transmission de l'hépatite C a récemment été signalée chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes qui ne sont pas des utilisateurs de drogues injectables, et ce à cause de la pratique du « fisting », de la LGV, du VIH et d'autres ITS¹⁶⁻²¹. Comme pour tous les patients, l'hépatite C est à envisager chez tous les immigrants et réfugiés présentant l'un des facteurs de risque suivants¹⁹⁻³² :

- ∞ tout antécédent d'utilisation de drogues injectables;
- ∞ le fait d'avoir reçu du sang ou des produits sanguins contaminés dans certains pays, même après 1990, à cause d'un contrôle de la qualité insuffisant dans les laboratoires ou le dépistage inadéquat des dons de sang;
- ∞ le fait d'avoir reçu une intervention (p. ex., injection, chirurgie, transfusion, rituels cérémoniels, acupuncture) impliquant le partage de 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;
- ∞ piqûre accidentelle avec des aiguilles ou objets tranchants contaminés;
- ∞ 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 (p. ex., rasoir, coupe-ongles, brosse à dents);
- ∞ le partage de matériel pour renifler des drogues;
- ∞ l'infection à l'hépatite B;
- ∞ l'infection au VIH;
- ∞ dans le cas d'un nourrisson, le fait que la mère soit infectée par le VHC;
- ∞ une hépatopathie non diagnostiquée.

L'hépatite C n'est généralement pas facilement transmise sexuellement. Par ailleurs, le risque d'hépatite C est légèrement plus élevé chez les personnes qui présentent les facteurs de risque suivants :

- ∞ un partenaire sexuel atteint du VHC;
- ∞ des partenaires sexuels multiples;
- ∞ des coinfections par le VIH et d'autres ITS;
- ∞ la pratique de relations sexuelles anales.

Prélèvement d'échantillons et diagnostic en laboratoire

(Voir le chapitre « Diagnostic en laboratoire des infections transmissibles sexuellement ».)

(Voir les chapitres individuels portant sur les ITS spécifiques et les syndromes spécifiques.)

- ∞ Le même que pour tous 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 et il se peut que la visualisation du col utérin ne soit pas possible avec un spéculum de taille standard. Il pourrait également être difficile de procéder à l'examen pelvien bimanuel, en particulier si l'ouverture du vagin a été suturée.
- ∞ Dans plusieurs cultures, si les tests sont faits par écouvillonnage, l'adhérence au dépistage est faible en raison de la nature éfractive du prélèvement. Certains immigrants et réfugiés ont très peu d'occasions d'interagir avec le système de santé, en particulier les patients qui éprouvent une réticence ou un malaise à consulter un professionnel de la santé du sexe opposé. Le test de dépistage de l'urine par amplification des acides nucléiques chez les personnes à risque élevé peut favoriser l'adhérence au dépistage et minimiser l'inconfort du patient.

Prise en charge et traitement

(Voir les chapitres individuels portant sur les ITS spécifiques et les syndromes spécifiques.)

- ∞ Le même que pour tous les autres patients.
- ∞ Il est important d'aborder les facteurs socioculturels et économiques qui pourraient influencer l'adhérence au traitement. Les barrières linguistiques peuvent rendre difficile la capacité de suivre des instructions en ce qui concerne pourquoi et comment prendre les médicaments, adopter les pratiques sexuelles plus sécuritaires, etc. Avec les patients issus de certaines communautés ethnoculturelles, il peut être difficile d'aborder des sujets comme la monogamie ou l'utilisation du condom.
- ∞ Il est important d'interroger les patients sur leur utilisation passée ou présente de produits de la médecine traditionnelle à base d'herbes médicinales pour réduire au minimum les toxicités et les interactions médicamenteuses.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

(Voir les chapitres individuels portant sur les ITS spécifiques et les syndromes spécifiques.)

- ∞ Le même que pour tous les autres patients.
- ∞ Il est important d'aborder les 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 tous les autres patients.
- ∞ Il faut rappeler aux patients recevant la première dose de vaccination contre l'hépatite B de revenir compléter leur série d'immunisation de 3 doses.

Références

1. Conseil canadien pour les réfugiés. *Talking about refugees and immigrants: a glossary of terms*, Conseil canadien pour les réfugiés [en ligne]. [cpj.ca/refugees/Refugee_Basics/index.html?ap=1&x=81013] (25 janvier 2006).
2. Statistique Canada. « Portrait ethnoculturel du Canada : une mosaïque en évolution », *Recensement de 2001*, coll. « Analyses », Ottawa, 2003, n° de cat. 96F0030XIE2001008, Statistique Canada, [en ligne]. [www12.statcan.ca/francais/census01/products/analytic/companion/etoimm/pdf/96F0030XIF2001008.pdf], (25 janvier 2006).
3. Citoyenneté et immigration Canada. *Faits et chiffres, 2002 : Aperçu de l'immigration*, Ottawa, 2003, n° de cat. MP43-333/2003E, Citoyenneté et Immigration Canada [en ligne]. [www.cic.gc.ca/francais/pdf/pub/faits2002.pdf], (25 janvier 2006).
4. Hyman, I. *Immigration et santé*, série de documents de travail sur les politiques de santé, Santé Canada, Ottawa, 2001.
5. Kinnon, D. *Recherche sur la santé et l'immigration au Canada : un aperçu*, Santé Canada, Ottawa, 1999.
6. Wen, S.W., V. Goel et J.I. Williams. « Utilization of health care services by immigrants and other ethnic/cultural groups in Ontario », *Ethnicity and Health*, vol. 1, 1996, p. 99-109.
7. Vissandjee, B., M. Desmeules, Z. Cao, S. Abdool et A. Kazanjian. « Integrating ethnicity and migration as determinants of Canadian women's health », *BMC Women's Health*, vol. 4, suppl. 1, 2004, p. S32.
8. Gerbase, A.C., J.T. Rowley, D.H. Heymann, S.F. Berkley et P. Piot. « Global prevalence and incidence estimates of selected curable STDs », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 74, suppl. 1, 1998, p. S12-S16.
9. Fenton, K.A., C.H. Mercer, S. McManus et coll. « Ethnic variations in sexual behaviour in Great Britain and risk of sexually transmitted infections: a probability survey », *Lancet*, vol. 365, 2005, p. 1246-1255.

10. Holt, B.Y., P. Effler, W. Brady et coll. « Planning STI/HIV prevention among refugees and mobile populations: situation assessment of Sudanese refugees », *Disasters*, vol. 27, 2003, p. 1-15.
11. DuPlessis, H.M. et D. Cora-Bramble. « Providing care for immigrant, homeless, and migrant children », American Academy of Pediatrics Committee on Community Health Services, *Pediatrics*, vol. 115, 2005, p. 1095-1100.
12. Fowler, N. « Providing primary health care to immigrants and refugees: the North Hamilton experience », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 159, 1998, p. 388-391.
13. Ratnam, S. « The laboratory diagnosis of syphilis », *Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology*, vol. 16, 2005, p. 45-51.
14. Santé Canada. *Guide canadien d'immunisation*. 6^e édition. Ottawa, Santé Canada, 2002.
15. Hepatitis C — global prevalence (update). *Weekly Epidemiological Record*, vol. 74, 1999, p. 425-427.
16. Kropp R.Y. et T. Wong. « Emergence of lymphogranuloma venereum in Canada », Canadian LGV Working Group, *Canadian Medical Association Journal*, vol. 172, 2005, p. 1674-1676.
17. Nieuwenhuis, R.F., J.M. Ossewaarde, H.M. Gotz et coll. « Resurgence of lymphogranuloma venereum in Western Europe: an outbreak of Chlamydia trachomatis serovar I2 proctitis in The Netherlands among men who have sex with men », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 39, 2004, p. 996-1003.
18. French, P., C.A. Ison, N. MacDonald. « Lymphogranuloma venereum in the United Kingdom. » *Sexually Transmitted Infections*, vol. 81, 2005, p. 97-98.
19. Gotz, H.M., G. van Doornum, H.G. Niesters, J.G. den Hollander, H.B. Thio, O. de Zwart. « A cluster of acute hepatitis C virus infection among men who have sex with men — results from contact tracing and public health implications ». *AIDS*, vol. 19, 2005, p. 969-974.
20. Ruys, T.A., J.G. den Hollander, M.G. Beld, M.E. van der Ende et J.T. van der Meer. « Sexual transmission of hepatitis C in homosexual men », *Netherlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, vol. 148, 2004, p. 2309-2312.
21. Ghosn, J., S. Pierre-François, V. Thibault et coll. « Acute hepatitis C in HIV-infected men who have sex with men ». *HIV Medicine*, vol. 5, 2004, p. 303-306.
22. « NIH Consensus Statement on management of hepatitis C: 2002 », *NIH Consensus and State-of-the-Science Statements*, vol. 19, 2002, p. 1-46.
23. Centers for Disease Control and Prevention. « Recommendations for prevention and control of hepatitis C virus (HCV) infection and HCV-related chronic diseases », *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports*, vol. 47, RR-19, 1998, p. 1-39.
24. Alter, M.J., L.B. Seeff, B.R. Bacon, D.L. Thomas, M.O. Rigsby et A.M. Di Bisceglie. « Testing for hepatitis C virus infection should be routine for persons at increased risk for infection », *Annals of Internal Medicine*, vol. 141, 2004, p. 715-717.

25. Sherman, M., V. Bain, J.P. Villeneuve et coll. « The management of chronic viral hepatitis: a Canadian consensus conference 2004 », *Canadian Journal of Gastroenterology*, vol. 18, 2004, p. 715-728.
26. Mele, A., E. Spada, L. Sagliocca et coll. « Risk of parenterally transmitted hepatitis following exposure to surgery or other invasive procedures: results from the hepatitis surveillance system in Italy », *Journal of Hepatology*, vol. 35, 2001, p. 284-289.
27. Montella, M., A. Crispo, M. Grimaldi, V. Tridente et M. Fusco. « Assessment of iatrogenic transmission of HCV in Southern Italy: was the cause the Salk polio vaccination? », *Journal of Medical Virology*, vol. 70, 2003, p. 49-50.
28. Frank, C., M.K. Mohamed, G.T. Strickland et coll. « The role of parenteral antischistosomal therapy in the spread of hepatitis C in Egypt » *Lancet*, vol. 355, 2000, p. 887-891.
29. Singh, S., J. Kumar, R. Singh et S.N. Dwivedi. « Hepatitis B and C viral infections in Indian kala-azar patients receiving injectable anti-leishmanial drugs: a community-based study », *International Journal of Infectious Diseases*, vol. 4, 2000, p. 203-208.
30. Chlabicz, S., A. Grzeszczuk et D. Prokopowicz. « Medical procedures and the risk of iatrogenic hepatitis C infection: case-controlled study in north-eastern Poland », *Journal of Hospital Infections*, vol. 58, 2004, p. 204-209.
31. Alter, M.J., D. Kruszon-Moran, O.V. Nainan et coll. « The prevalence of hepatitis C virus infection in the United States, 1988 through 1994 », *New England Journal of Medicine*, vol. 341, 1999, p. 556-562.
32. Sharma, A.K., O.P. Aggarwal et K.K. Dubey. « Sexual behavior of drug-users: is it different? », *Preventive Medicine*, vol. 34, 2002, p. 512-515.