

# Revue de la littérature internationale sur la santé des nouveaux arrivants, des migrants et des réfugiés



**Septembre 2016**

Soumise à la



Par San Patten



## Table des matières

<b>Table des matières</b> .....	<b>1</b>
<b>Fondement</b> .....	<b>1</b>
<b>Objectif</b> .....	<b>1</b>
<b>Sources de cette revue de la littérature</b> .....	<b>1</b>
<b>Contexte</b> .....	<b>3</b>
VIH .....	4
Tuberculose .....	5
Virus de l'hépatite C .....	6
Infections transmissibles sexuellement .....	6
<b>Stratégies de réponse aux enjeux de santé des immigrants et réfugiés</b> .....	<b>6</b>
Stratégies en matière de santé générale.....	6
Stratégies en matière de prévention, de traitement, de soins et de soutien pour le VIH .....	8
Tuberculose .....	10
Virus de l'hépatite C .....	11
Infections transmissibles sexuellement .....	11
<b>Réponses de santé publique de pays sélectionnés concernant les populations migrantes.</b> <b>12</b>	
<b>Conclusion</b> .....	<b>14</b>
<b>Références</b> .....	<b>15</b>

## Fondement

On compte à l'heure actuelle plus de 214 millions de migrants, à l'échelle internationale, et l'on s'attend à ce que ce chiffre atteigne les 400 millions d'ici à 2050.<sup>1</sup> Le Canada accueille chaque année plus de 250 000 immigrants;<sup>2</sup> ceci inclut les immigrants dans les catégories familiale et économique ainsi que des réfugiés; ce nombre pourrait augmenter en raison de la crise actuelle des réfugiés syriens.

La migration peut créer des occasions positives pour les individus, mais elle entraîne souvent des conditions et des circonstances qui intensifient le risque et la vulnérabilité liés au VIH et à d'autres maladies transmissibles (p. ex., séparation de la famille, présence ou absence de réseaux sociaux dans le pays d'accueil, stress extrême, statut socioéconomique inférieur et accès réduit aux services de réduction des méfaits et de prévention, de traitements et de soins en matière de VIH). Les populations de nouveaux immigrants, y compris celles qui arrivent au Canada, sont souvent en meilleure santé et ont des taux de mortalité plus faibles que la population née au pays, mais leur santé commence à se détériorer après leur arrivée.<sup>1,3</sup> Ces migrants transcendent les frontières géographiques, mais rencontrent souvent d'importants obstacles liés aux droits politiques et à l'accès local aux services sociaux et de santé. Certaines populations migrantes, comme les réfugiés, les demandeurs d'asile, les travailleurs temporaires, les immigrants à faible revenu et les femmes immigrantes dont les compétences dans la langue locale sont limitées, rencontrent un risque de détérioration rapide de leur santé. Par exemple, les réfugiés sont confrontés à un triple défi en matière de santé et de bien-être : 1) troubles psychiatriques précipités par l'expérience de réfugié, 2) maladies infectieuses et parasitaires endémiques dans le pays d'origine, et 3) maladies chroniques endémiques dans le pays d'accueil.<sup>4</sup> Pour ces raisons, les nouveaux arrivants représentent une population à risque qui est cachée et dont les besoins de services sociaux et de santé doivent être étudiés plus attentivement afin de prévenir les nouveaux cas d'infection, de réduire la vulnérabilité et de mitiger l'impact du VIH, des co-infections liées au VIH et d'autres maladies transmissibles.

Compte tenu de la diversité croissante de la population de nouveaux arrivants, et de la migration des nouveaux arrivants entre les régions et provinces/territoires du Canada, il est essentiel de tirer des leçons des expériences de programmes d'autres pays, et des connaissances transférables des réponses de pays au VIH et à la santé des nouveaux arrivants et réfugiés. Devant ce besoin, la CISD a produit la présente synthèse des données nationales et internationales et des pratiques prometteuses de programmes et modèles de prestation en matière de prévention, de traitements et de soins pour le VIH, la tuberculose (TB), le virus de l'hépatite C (VHC) et les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), tenant compte de la diversité des nouveaux arrivants. Des modèles et leçons transférables au contexte canadien y sont identifiés.

## Objectif

Le présent document se veut une synthèse des données nationales et internationales et les pratiques prometteuses de programmes et modèles de prestation en matière de prévention, de traitements et de soins pour le VIH/TB/VHC/ITSS, en lien avec la santé et le bien-être social des nouveaux arrivants.

## Sources de cette revue de la littérature

Une revue de la littérature, y compris des examens systématiques publiés, a été réalisée à l'aide de la Cochrane Library, de Google Scholar et de Pub Med; les articles les plus pertinents ont été examinés. Certains éléments de la littérature grise ont également été examinés par le biais de recherches en ligne et de sites Internet d'organismes voués à la santé des réfugiés et des migrants. Nous avons

également utilisé des informations tirées de la recherche du Réseau mondial de la diaspora africaine et noire sur le VIH/sida (ABDGN).

## Contexte

Les expressions « nouveaux arrivants » et « migrants internationaux » font référence aux immigrants, réfugiés, demandeurs du statut de réfugié et demandeurs d’asile.<sup>1</sup> Au Canada, les termes fréquemment utilisés pour désigner les nouveaux arrivants sont « immigrants », « réfugiés » ou « personnes sans statut », selon la trajectoire empruntée vers le Canada et le processus de demande d’immigration s’y rattachant.<sup>5</sup> Les immigrants peuvent être parrainés dans la catégorie famille ou indépendants (p. ex., travailleurs qualifiés, étudiants, entrepreneurs, etc.).<sup>7</sup> Dans le présent document, nous considérons les nouveaux arrivants comme étant des individus qui n’ont pas le statut de résident permanent au Canada. Un résident permanent est une personne qui a obtenu la résidence permanente en immigrant au Canada, mais qui n’est pas citoyenne canadienne. Les résidents permanents sont citoyens d’autres pays.

En vertu de la Convention de Genève, les « réfugiés » sont des individus qui ont quitté leur pays d’origine en raison d’une crainte fondée d’être persécutés pour des raisons de religion, de race, de nationalité, d’appartenance à un groupe social ou d’opinions politiques.<sup>6</sup> La notion de groupe social peut inclure communautés fondées sur l’orientation sexuelle, victimes de violence conjugale ou personnes transgenres. Au Canada, les demandeurs du statut de réfugié sont soit réfugiés au sens de la Convention, soit des personnes ayant besoin de protection et ayant une crainte fondée de torture ou traitement cruel ou de menace à leur vie dans leur pays d’origine.<sup>7</sup> Généralement, au Canada, les demandeurs d’asile sont appelés « demandeurs du statut de réfugié ». Ce sont des personnes qui ont demandé le statut de réfugié en arrivant au Canada. Elles ne sont pas encore reconnues officiellement comme des réfugiés. La Commission de l’immigration et du statut de réfugié du Canada examine chaque demande et accepte ou rejette le demandeur d’asile en tant que réfugié officiel.<sup>7</sup> Les personnes sans statut n’ont pas de statut à part entière ou de statut juridique au Canada, mais en ont déjà eu une certaine forme – p. ex., demande rejetée ou visa expiré.

À l’heure actuelle, l’immigration représente les deux tiers de la croissance de la population du Canada, et les immigrants forment plus de 20 % de la population du pays.<sup>8</sup> Le Canada accepte chaque année approximativement 25 000 réfugiés de partout dans le monde.<sup>2</sup> Les caractéristiques de santé des réfugiés diffèrent souvent de celles des individus nés au Canada et des immigrants non réfugiés; des études démontrent qu’ils tendent à avoir de moins bons résultats de santé.<sup>10,9</sup> Le fardeau de la maladie dépend de plusieurs facteurs clés, notamment le pays d’origine, les conditions de vie antérieures, l’accès aux soins de santé et les facteurs de la migration.<sup>11</sup>

La loi canadienne sur l’immigration exige que tous les demandeurs du statut de résident permanent, y compris les réfugiés, les demandeurs du statut de réfugié et certains résidents temporaires, passent un examen médical aux fins de l’immigration (EMI), qui consiste en un bref examen physique et des antécédents, une radiographie du thorax (11 ans et plus), un test de dépistage de la tuberculose (TB), un test d’urine (5 ans et plus) et des tests de dépistage de la syphilis et du VIH (15 ans et plus).<sup>10</sup> Les dépistages servent à évaluer le possible fardeau de la maladie et un nombre limité de risques pour la santé publique. L’examen ne constitue pas un dépistage clinique préventif comme dans le cadre des soins de santé primaires réguliers; il est associé à une surveillance continue ou à des actions cliniques uniquement en cas d’infection à la TB, à la syphilis et au VIH.<sup>11</sup> Les soins médicaux plus complets sont à la discrétion des fournisseurs de soins de santé subséquents, si ou lorsqu’un migrant ou réfugié est en mesure d’accéder à des soins.<sup>12</sup> Depuis l’entrée en vigueur de la Loi sur l’immigration et la protection des réfugiés, en 2002, le Canada a aboli les obstacles liés au fardeau de la maladie pour les réfugiés ayant quitté leur pays d’origine en raison de craintes fondées de persécution.<sup>13</sup>

Contrairement à la plupart des autres immigrants, de nombreux réfugiés viennent directement de camps de réfugiés de pays en développement et ont un risque accru de maladies infectieuses et

d'autres maladies évitables. Dans une étude rétrospective de cohorte auprès de 112 patients réfugiés post-immigration examinés de manière consécutive entre le 1<sup>er</sup> décembre 2004 et le 30 novembre 2005, près de la moitié des réfugiés avaient la TB latente. Environ un réfugié sur 17 avait l'infection à VIH ou a reçu un résultat positif au dépistage de l'antigène de surface de l'hépatite B.<sup>14</sup>

À leur arrivée, la plupart des nouveaux arrivants sont en meilleure santé que la population née au Canada, à la fois en raison des processus et politiques de sélection des immigrants et d'aspects socioculturels des comportements liés à l'alimentation et à la santé. Toutefois, on observe un déclin de cet « effet de l'immigrant en santé » après l'arrivée au pays.<sup>10</sup> Malgré la présence d'un système de soins de santé universels, un nombre considérable d'immigrants et de réfugiés qui résident légalement au Canada n'ont pas droit au régime public d'assurance maladie.<sup>3</sup> D'autres immigrants et réfugiés se voient accorder une couverture, mais après de longs délais : quatre provinces imposent une période d'attente obligatoire de trois mois, mais le délai d'attente moyen pour être admissible au régime public d'assurance maladie est de 2,1 ans.<sup>12</sup> Les demandeurs du statut de réfugié qui sont rejetés et qui demeurent au Canada le temps d'intenter une procédure d'appel perdent leur admissibilité au régime public d'assurance maladie et sont beaucoup moins susceptibles de demander des soins médicaux.<sup>15</sup> Par conséquent, plusieurs migrants (surtout des réfugiés) font face à des lacunes dans l'accès aux services du système de soins de santé.

Les besoins de santé des immigrants et réfugiés nouvellement arrivés diffèrent souvent de ceux des populations nées au Canada. Comparativement aux populations nationales, des sous-groupes d'immigrants ont un risque accru de mortalité spécifique à des maladies.<sup>16</sup> Par exemple, les communautés africaines et caribéennes, au Canada et dans d'autres pays industrialisés, sont affectées de manière disproportionnée par le VIH/sida.<sup>17</sup> La prévalence des maladies dépend de l'exposition à celles-ci, des trajectoires de migration, des conditions de vie et des prédispositions. Les différences linguistiques et culturelles, combinées au manque de connaissance des soins préventifs et à la peur et la méfiance à l'égard d'un nouveau système de soins de santé, peuvent limiter l'accès à des services de santé adéquats.<sup>17</sup>

Cet examen portera sur des enjeux clés liés au VIH, à la TB, à l'hépatite C et aux infections transmissibles sexuellement (ITS) parmi les populations migrantes du Canada et de pays similaires à revenu élevé et ayant des taux élevés d'immigration.

## VIH

Une revue systématique de la littérature d'Europe, d'Amérique du Nord et d'Australie de 2005 à 2009 a révélé que la prévalence du VIH chez les migrants de pays où le VIH est endémique est plus élevée que dans la population générale, et que les migrants ont un diagnostic tardif pour le VIH et sont plus vulnérables aux effets néfastes de la divulgation de la séropositivité.<sup>18</sup> L'affluence de migrants de régions à forte prévalence du VIH (comme l'Afrique subsaharienne) vers les pays occidentaux change le profil de l'infection à VIH dans les pays d'accueil – les immigrants de ces pays représentent une forte proportion des infections à VIH acquises par contacts hétérosexuels.<sup>19</sup> Au Canada, les taux les plus élevés d'infection à VIH parmi les immigrants ont été mesurés chez ceux venus de régions à forte prévalence de pays où le VIH est endémique.<sup>20</sup> Les personnes originaires de pays où le VIH est endémique représentaient 14 % des personnes vivant avec le VIH, au Canada, mais seulement 2,2 % de la population canadienne.<sup>21</sup> Le taux estimé de nouvelles infections parmi les individus nés dans des pays où le VIH est endémique est environ 8,5 fois plus élevé que parmi les autres Canadiens.<sup>22</sup>

Dans une étude de l'état de santé de réfugiés nouvellement arrivés à Toronto entre décembre 2011 et juin 2014, des données d'une clinique de services aux réfugiés ont révélé un taux général d'infection à VIH de 2 % et un taux d'infection à l'hépatite C de moins de 1 %.<sup>22</sup> Au Canada, les immigrants et réfugiés vivant avec le VIH rencontrent des défis complexes, notamment : les traumatismes et difficultés de la migration; le système complexe d'immigration et d'accueil des réfugiés, qui porte à confusion; les

défis de l'adaptation à une culture et à un mode de vie nouveaux; les difficultés d'accès au logement et à l'emploi; et la stigmatisation et la discrimination dans leurs propres communautés ethnoraciales et dans l'ensemble de la société. Les immigrants et réfugiés rencontrent également des obstacles dans l'accès à l'information, aux traitements et au soutien en matière de VIH, notamment en lien avec la langue et la culture, la littératie en santé et la discrimination systémique.<sup>7,23</sup>

Divers facteurs contribuent à cette prévalence plus élevée du VIH chez les migrants dans les pays à revenu élevé. Un examen systématique a révélé que les obstacles structurels au dépistage du VIH incluent des taux élevés de chômage et de pauvreté chez les migrants, un faible statut social et des inégalités.<sup>18</sup> Dans le contexte où un diagnostic de VIH pourrait affecter la demande de visa ou de résidence, ou en cas de crainte de déportation, les migrants sont réticents à se faire dépister. Le statut juridique et les implications d'un résultat positif figureraient parmi les principaux obstacles au dépistage du VIH, dans des études au Canada, aux États-Unis, en Espagne et au Royaume-Uni.<sup>18</sup> L'absence de droit d'accès aux soins de santé est un autre obstacle au dépistage du VIH. Au Canada, un projet pilote documente les problèmes rencontrés par des migrants récents (sans documents ou légaux) dans l'accès aux systèmes de soins de santé aux paliers provincial et fédéral. Il est essentiel d'améliorer la coordination entre les mandats de santé provinciaux et fédéraux afin que les migrants ne rencontrent pas d'interruptions néfastes de leurs soins et traitements pour le VIH.<sup>24</sup>

Les autres principaux obstacles à l'accès à des services liés au VIH incluent les barrières culturelles et linguistiques, le racisme et la xénophobie. De plus, les migrants craignent la stigmatisation et la discrimination dans leurs propres communautés; d'autres normes culturelles et sexuelles peuvent également les dissuader de recourir à des services.<sup>25</sup> La stigmatisation et la discrimination liées au VIH entravent l'accès aux services et sont associées à l'évitement ou à des retards du dépistage du VIH et de la divulgation de la séropositivité aux partenaires et praticiens, ainsi qu'au report ou au refus du traitement.<sup>11</sup> Dans la population sud-asiatique du Canada, on a relevé d'importantes lacunes dans les connaissances liées au VIH et une forte stigmatisation à l'égard des personnes vivant avec le VIH, qui nuisent à l'accès aux services et au soutien social.<sup>25</sup>

Un autre obstacle clé est la perception d'un faible risque de VIH malgré la connaissance des moyens de prévention du VIH. Dans une étude réalisée au R.-U., les communautés d'immigrants éthiopiens et érythréens percevaient le pays comme étant un environnement à faible risque, ce qui a entraîné une faible utilisation du condom masculin.<sup>26</sup> Dans une étude auprès d'immigrants et réfugiés nés en Afrique et vivant avec le VIH, à Minneapolis et St. Paul, Minnesota (É.-U.), les obstacles à l'accès aux soins incluaient une vision fataliste du VIH, la peur de l'isolement, la peur de la déportation, un manque de connaissance des soins et services liés au VIH et des enjeux liés à l'emploi.<sup>26</sup> Malgré les obstacles perçus par les nouveaux arrivants au Canada, leur recours au traitement du VIH a augmenté considérablement. La mortalité est plus faible, parmi les immigrants récents, et la suppression virologique a été atteinte plus rapidement chez les femmes ayant immigré récemment.<sup>27</sup>

## Tuberculose (TB)

Dans plusieurs pays à faible incidence comme le Canada, le risque de TB atteint un sommet parmi les populations migrantes. Les populations nées à l'étranger représentent 65 % des cas de TB active, au Canada; et leur taux de TB active est 20 fois plus élevé que celui de la population non autochtone née au pays.<sup>28</sup> La co-infection à la TB est répandue parmi les personnes vivant avec le VIH, dans plusieurs pays où le VIH est endémique.<sup>29</sup> Une partie des cas de maladie peuvent être identifiés lors du filtrage pré-entrée (notamment par l'EMI, au Canada), en particulier en provenance de pays à forte prévalence, ce qui aide à assurer un diagnostic précoce et un traitement efficace.<sup>30</sup> La plupart des cas latents se manifestent entre cinq et sept ans après la réinstallation. Les pays similaires au Canada qui accueillent des immigrants (Australie, Europe, É.-U.) signalent des tendances comparables en



matière de TB.<sup>4</sup> En Suisse, les immigrants de pays à fardeau élevé et les personnes vivant avec le VIH sont des groupes à risque pour la TB.<sup>31</sup>

La chimioprophylaxie à l'isoniazide est très efficace pour réduire le développement de la TB active chez les personnes ayant l'infection latente et qui sont fidèles au traitement. Toutefois, des obstacles d'infrastructure et d'accès à des fournisseurs de soins, de piètres tests diagnostiques et la longue durée du traitement limitent l'efficacité des programmes actuels.<sup>35</sup>

### **Viruses de l'hépatite C (VHC)**

La recherche a révélé que les immigrants ont des taux accrus de mortalité liée à l'hépatite virale chronique (taux de 2 à 4 fois plus élevé) et au carcinome hépatocellulaire (taux de 2 à 5 fois plus élevé) par rapport à la population née au Canada – une forte proportion de ces cas étant probablement due à l'infection chronique au VHC. Environ 3 % des immigrants (et jusqu'à 18 %, dans certaines populations) ont une infection chronique au VHC, possiblement attribuable à des infections non dépistées et non traitées, le plus souvent acquises par le biais d'injections ou de procédures médicales non sécuritaires dans leur pays d'origine.<sup>32</sup> Malgré cela, il n'existe pas de programmes de dépistage systématique et ciblé pour l'infection chronique au VHC dans la population d'immigrants au Canada.<sup>32</sup> L'âge plus avancé et la région d'origine (en particulier l'Afrique subsaharienne, l'Asie et l'Europe de l'Est) étaient les plus importants prédicteurs de séroprévalence du VHC; en présence de ces facteurs, il serait approprié de recommander un dépistage ciblé.<sup>33</sup>

### **Infections transmissibles sexuellement (ITS)**

Une étude sur les infections transmissibles sexuellement parmi les réfugiés nouvellement arrivés aux États-Unis a révélé une très faible prévalence de la chlamydia et de la gonorrhée; par conséquent, un dépistage de routine n'était pas recommandé.<sup>34</sup> Outre le VIH, la syphilis est l'autre ITS importante pour laquelle un dépistage est requis. Les immigrants de pays à forte prévalence de syphilis sont une importante source de cas signalés de la maladie, au Canada.<sup>35</sup> Tous les migrants au pays, y compris les réfugiés de plus de 15 ans, sont dépistés au moyen d'une sérologie de la syphilis.<sup>36</sup> Les populations d'immigrants récents sous-utilisent le système de santé; par conséquent, il existe moins d'occasions de dépistage de routine et de traitement des ITS.<sup>37</sup>

## **Stratégies de réponse aux enjeux de santé des immigrants et réfugiés**

Cette section décrit des stratégies générales à envisager dans le contexte des services de santé aux immigrants et réfugiés, y compris des modèles clés de prestation de services de santé. Nous identifions par la suite des stratégies détaillées en matière de prévention, de traitements et de soins, spécifiquement pour le VIH, la TB, l'hépatite C et les infections transmissibles sexuellement, parmi les migrants du Canada et d'autres régions similaires.

### **Stratégies en matière de santé générale**

Un examen systématique concernant l'effet de l'immigrant en santé a été publié, au Canada, en février 2015.<sup>37</sup> Cette étude n'examine pas de maladies spécifiques, mais elle suggère que l'avantage de santé des immigrants varie au cours de la vie, à chaque étape de la vie et en fonction de divers résultats de santé. L'examen recommande que les politiques ciblent des étapes spécifiques de la vie et que, pour chaque tranche d'âge, elles portent sur les résultats de santé pour lesquels les immigrants sont reconnus comme étant désavantagés.<sup>38</sup> En Italie, une étude auprès des réfugiés a



signalé l'importante nécessité d'un protocole pour le diagnostic précoce des maladies infectieuses (comme les hépatites B et C, le VIH et la syphilis) afin de permettre l'adoption de mesures de prévention et de protéger la santé.<sup>39</sup>

Des recherches sur l'impact des modèles de prestation des soins de santé primaires aux réfugiés dans les pays de réinstallation ont démontré que la gestion de cas et l'utilisation de travailleurs spécialisés en santé des réfugiés, d'interprètes et d'employés bilingues sont des éléments clés des modèles les plus souvent associés à une amélioration de l'accès, de la coordination et de la qualité des soins pour les réfugiés.<sup>40</sup> L'accès aux soins de santé primaires est amélioré par un personnel multidisciplinaire, l'utilisation d'interprètes et d'employés bilingues, la gratuité ou le faible coût des services, l'offre de services de proximité, le transport aller-retour gratuit aux rendez-vous, les heures d'ouverture prolongées, la défense des droits des patients et l'utilisation de professionnels de genre concordant. La coordination des divers services sociaux et de soins de santé est améliorée par la gestion de cas par le biais de travailleurs spécialisés. La qualité des soins dans les pays de réinstallation est améliorée par la formation à la sensibilité culturelle et le recours approprié à des interprètes.<sup>40</sup>

En 2011, des lignes directrices cliniques fondées sur des données probantes ont été développées pour les immigrants et les réfugiés au Canada. Elles recommandent que les soins préventifs cliniques soient éclairés par la région ou le pays d'origine de chaque patient et par son historique de migration.<sup>11</sup> On note également qu'une meilleure compréhension de la portée et de la nature du processus d'immigration aidera les praticiens qui sont de plus en plus impliqués dans les soins aux populations d'immigrants, y compris dans la prévention, le dépistage précoce des maladies et les traitements.<sup>7</sup> Les lignes directrices signalent également que la migration forcée, le faible revenu et la maîtrise limitée du français ou de l'anglais accroissent le risque de détérioration de la santé et devraient être pris en considération dans l'évaluation et la fourniture de soins préventifs.<sup>11</sup>

La provision d'information et d'éducation est essentielle à abolir les obstacles culturels à l'accès aux services. Une étude sur l'accès aux soins de santé pour les femmes réfugiées ouest-africaines vivant en Australie occidentale a identifié les obstacles suivants : honte ou peur de ce que la famille ou les amis peuvent penser, peur d'être jugées par le fournisseur de traitement, peur d'être hospitalisées et difficultés logistiques.<sup>41</sup> La réponse à la santé des immigrants et réfugiés va au-delà des maladies infectieuses et doit englober d'autres enjeux et déterminants sociaux de la santé. Au Canada, un processus de consensus Delphi impliquant des praticiens a été utilisé pour le développement de lignes directrices afin d'identifier des affections souvent négligées en médecine des immigrants et réfugiés. Les maladies infectieuses demeurent importantes, mais la santé mentale et les maladies chroniques ont émergé en tant que domaines de préoccupations dans les soins aux immigrants et réfugiés récemment arrivés.<sup>42</sup> Aux É.-U., les stratégies pour améliorer l'accès des demandeurs du statut de réfugiés à des soins de santé incluent des programmes sociaux et des services de santé mentale ciblés, l'expansion de l'admissibilité/inscription au régime d'assurance maladie Medicaid, la promotion des organismes communautaires, l'utilisation d'interprètes médicaux formés et l'amélioration de la compétence culturelle.<sup>43</sup>

La gestion de l'information est importante pour rehausser la prestation des services de santé. Cela exige de bons systèmes fédéraux et provinciaux de surveillance des maladies chez les nouveaux réfugiés, et un suivi régulier auprès de fournisseurs de soins de santé lorsque les réfugiés sont établis dans la communauté.<sup>19</sup> Aux États-Unis, tous les immigrants et réfugiés sont triés avant leur arrivée et tenus de subir un examen médical dans les 30 jours suivant leur arrivée. Les départements de santé ont besoin de notifications exactes et en temps opportun sur les nouveaux immigrants et réfugiés et sur les personnes détenant d'autres types de visas, pour faciliter ces évaluations. Des notifications concernant tous les réfugiés nouvellement arrivés (avec ou sans problèmes médicaux) et les immigrants ayant des problèmes médicaux sont envoyées par le système de notification

électronique des maladies (« Electronic Disease Notification », ou EDN) des Centers for Disease Control des É.-U. Établi en 2009, ce système fournit aux départements de santé des notifications plus directes que le système papier antérieur, quant aux immigrants et réfugiés nouvellement arrivés qui ont besoin d'un suivi médical. Par ailleurs, l'EDN permet aux départements de santé d'utiliser leurs ressources le plus efficacement possible en leur fournissant des renseignements cliniques qui identifient les réfugiés dont l'évaluation et le traitement devraient être priorités (p. ex., approximativement 75 % des cas de suivi concernaient des cas soupçonnés de TB).<sup>44</sup>

La plupart des pays à revenu élevé qui accueillent des réfugiés ont un réseau de multiples dépositaires d'enjeux qui répondent aux besoins des migrants. En Australie, le Refugee Health Network of Australia (RHeaNA) est un réseau de professionnels de la santé et de la communauté qui partagent un intérêt et/ou une expertise en santé des réfugiés. Le RHeaNA compte des membres de tous les États et territoires australiens. Créé en 2009, il reconnaît que les besoins de santé des réfugiés sont complexes et touchent toutes les disciplines médicales. D'approche multidisciplinaire, le réseau inclut des cliniciens (médecins praticiens, infirmières et intervenants en santé mentale), des experts des politiques, des gestionnaires des services de santé et des chercheurs.<sup>45,46</sup>

De façon similaire, au Canada, la Collaboration canadienne pour la santé des immigrants et des réfugiés (CCSIR) est une collaboration interdisciplinaire impliquant plus de 150 médecins de soins primaires, spécialistes, chercheurs, leaders de communautés d'immigrants et responsables des politiques, qui applique une perspective fondée sur des données probantes à la discipline émergente de la santé des migrants.<sup>47</sup> La CCSIR est née de l'ambitieux projet de produire des lignes directrices fondées sur des données, à l'intention des médecins de soins primaires,<sup>11</sup> concernant un large éventail de maladies infectieuses, la santé mentale et la maltraitance physique et émotionnelle, les maladies chroniques non transmissibles ainsi que la santé des femmes. Ces lignes directrices servent de fondement à la prestation de services de santé aux migrants. Le site Internet de la CCSIR héberge un Réseau d'échange de connaissances sur la santé des migrants qui offre des lignes directrices fondées sur des données, des outils pratiques, des modules d'apprentissage en ligne et des ressources; de plus, l'organisme travaille étroitement avec la collaboration Cochrane.<sup>60</sup> Ces réseaux ont vu le jour en raison d'un besoin de standardiser les pratiques, mais également de partager des connaissances et des pratiques exemplaires pour améliorer la santé des migrants.

À San Diego, un consortium d'organismes a développé un programme de promotion de la santé et de prévention de la maladie pour les réfugiés somaliens et est-africains. Cette mobilisation implique une série de mesures visant à favoriser la confiance, la compréhension et l'observance, chez les réfugiés, à l'égard des efforts de prévention, au moyen de partenariats communauté-fournisseurs, de négociations entre les réfugiés et de modèles organisationnels explicatifs des causes et de la prévention de la maladie. On a noté que la démarche vers le bien-être des réfugiés comporte un triple défi : 1) le traitement des troubles psychiatriques précipités par l'expérience de réfugié, y compris les événements survenus avant, pendant et après le déplacement du pays d'origine vers le pays d'accueil; 2) le traitement et la prophylaxie des maladies infectieuses et parasitaires endémiques dans le pays d'origine; et 3) la prévention des maladies chroniques endémiques dans le pays d'accueil.<sup>4</sup>

### **Stratégies en matière de prévention, de traitement, de soins et de soutien pour le VIH**

Dans les pays à revenu élevé, les immigrants de pays en développement et à revenu moyen sont une priorité émergente en prévention du VIH. La prévention du VIH dans les pays à revenu élevé est souvent articulée selon des populations prioritaires comme les hommes gais/ayant des relations sexuelles avec des hommes, les personnes vivant avec le VIH, les personnes qui s'injectent des drogues, les travailleuses et travailleurs du sexe, et (plus récemment) les femmes et hommes

hétérosexuels. Elle implique généralement des approches pour l'ensemble de la population et des approches ciblées qui tiennent compte de traits communs aux membres d'une sous-population. Une prévention efficace du VIH met l'accent sur la nécessité d'approches spécifiques et adaptées au contexte culturel et à la population cible. Un examen systématique de la prévention comportementale du VIH chez les immigrants dans des pays à revenu élevé a révélé que des interventions de prévention du VIH ciblées sont réalisables. Les preuves les plus fortes appuyaient des mécanismes de « consonance », indiquant la nécessité cruciale d'intégrer des aspects des valeurs culturelles dans le contenu de l'intervention. Trois autres mécanismes – la « compréhension », la « spécificité » et l'« incorporation » – ont démontré que le recours à la langue maternelle des immigrants, le ciblage (de l'ethnicité) et l'utilisation d'éléments appropriés sont d'autres points cruciaux à une prévention du VIH appropriée à la culture.<sup>48</sup>

Au Canada, le protocole principal consiste à dépister pour le VIH (avec leur consentement éclairé) tous les adolescents et adultes venus de pays où la prévalence du VIH est supérieure à 1% (Afrique subsaharienne, certaines régions de la Caraïbe et Thaïlande).<sup>11</sup> De plus, après le triage ou le dépistage, les individus séropositifs au VIH devraient être dirigés vers des programmes de traitement du VIH et des services de counselling post-test.

Dans une étude de cohorte réalisée entre 2001 et 2007 dans le sud de l'Alberta, l'impact des changements aux politiques d'immigration était évident dans les cinq années suivant leur mise en œuvre. L'examen médical des immigrants identifie un nombre croissant d'immigrants diagnostiqués séropositifs au VIH. Les immigrants doivent être impliqués dans leurs soins de santé pour tirer pleinement profit de la prise en charge du VIH.<sup>49</sup> Les femmes immigrantes et réfugiées venues au Canada de pays où le VIH est endémique n'étaient pas au courant des options qui s'offrent à elles pour le counselling et le dépistage volontaires du VIH. Des praticiens et des patients ont signalé que la stigmatisation et les résultats négatifs associés au dépistage créent des obstacles au dépistage ou le retardent. Le dépistage anonyme était préféré. Des informations et un soutien aux décisions concernant le dépistage du VIH devraient être fournis par le biais de stratégies non ciblées comme l'éducation du public, et intégrés dans les services de santé généraux.<sup>50</sup> La provision d'information sur les options de dépistage du VIH et l'efficacité du traitement peut améliorer la probabilité de dépistage et l'acceptation des soins.<sup>11</sup>

En Ontario, les Centres de santé communautaire (CSC) jouent un rôle stratégique dans la réponse au VIH au palier provincial et au Canada. Les CSC fournissent des soins cliniques, des traitements et du soutien aux personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ainsi que des services de promotion de la santé et de prévention aux individus et aux communautés, y compris aux migrants et réfugiés à risque de contracter l'infection. Créé en 2003, le *HIV/AIDS Best Practices Community Health Centres Project* a aidé les CSC à fournir des services en matière de VIH/sida, notamment : programmes et services de soutien aux individus et familles et renforcement de la capacité communautaire; réponse aux enjeux liés à l'accès et aux déterminants sociaux de la santé par l'offre de services aux populations vulnérables et la réponse aux obstacles à l'accès; et soins coordonnés grâce à la coordination des programmes et services et au soutien des partenariats. Le projet visait également à bâtir un corpus de données, à évaluer les programmes et à mettre en relief des pratiques exemplaires. Les CSC font une contribution unique à l'intégration des soins, des traitements et du soutien dans la prévention, la proximité et la promotion de la santé, en offrant des références, en développant des protocoles officiels pour le dépistage du VIH et le suivi, en répondant à la stigmatisation et en favorisant l'enseignement par les pairs.<sup>51</sup>

En ce qui concerne le traitement, l'accès aux médicaments contre le VIH peut être complexe. En Ontario, plusieurs sociétés pharmaceutiques offrent un accès humanitaire aux médicaments anti-VIH; pour une courte durée, elles peuvent fournir gratuitement une provision de médicaments aux personnes qui en ont besoin. Cela nécessite habituellement une lettre officielle de demande d'un

médecin; une provision de médicaments est alors fournie sur une base mensuelle, pendant une courte période et à condition que la couverture d'assurance à long terme soit rétablie dans les 6 à 12 mois. Divers fournisseurs de services liés au VIH ont formé une coalition appelée « Comité pour des traitements anti-sida accessibles ». Ce groupe a développé un programme simplifié d'accès humanitaire aux traitements afin d'aider les personnes vivant avec le VIH qui ont de la difficulté à avoir accès à des médicaments anti-VIH. Ce programme aide les médecins et les personnes vivant avec le VIH à remplir tous les documents nécessaires à l'accès humanitaire à des médicaments anti-VIH. Il relie également les personnes vivant avec le VIH à un soutien juridique et social adéquat pour les aider à obtenir une assurance médicaments/maladie à long terme.<sup>7</sup>

## Tuberculose

Malgré l'absence de données indiquant que la TB importée accroît l'incidence de la maladie dans les pays d'accueil, l'augmentation de la migration dans le monde incite à se demander si la surveillance et le contrôle de la TB associée aux immigrants, dans les pays à faible incidence, sont appropriés. Il est essentiel d'évaluer le rendement du dépistage de la TB chez les immigrants afin de rationaliser les politiques de contrôle pour la détection et la prise en charge de la TB associée aux immigrants.<sup>52</sup> Dans les populations d'immigrants, les taux élevés de TB active pourraient être réduits par le dépistage et le traitement de l'infection à la TB latente.<sup>35</sup> Les stratégies actuelles de contrôle de la TB au Canada reposent exclusivement sur le dépistage et la surveillance des immigrants. Cela va de pair avec le discours et les stratégies actuelles de santé publique, qui attribuent le fardeau élevé de la TB chez les immigrants à leur exposition à l'infection dans leur pays d'origine.<sup>53</sup>

La Collaboration canadienne pour la santé des immigrants et des réfugiés (CCSIR) recommande de dépister certains groupes au moyen d'un test cutané à la tuberculine le plus tôt possible après leur arrivée au Canada et de traiter l'infection à la TB latente chez ceux qui en sont atteints, une fois exclue la TB active.<sup>68</sup> Au Canada, les lignes directrices cliniques recommandent le dépistage par test cutané à la tuberculine chez les enfants, les adolescents de moins de 20 ans et les réfugiés de 20 à 50 ans venant de pays à forte incidence de TB, le plus tôt possible après leur arrivée. Si le résultat est positif, il est recommandé d'exclure la possibilité de TB active, puis de traiter l'infection à la TB latente. Une fois la TB traitée, la surveillance de l'hépatotoxicité est nécessaire à tout âge, mais une surveillance étroite est requise chez les 50 ans et plus.<sup>11</sup> L'observance au dépistage et au traitement de la TB latente est faible, mais elle peut être améliorée si les soins sont fournis de manière sensible à la culture. Des approches qui éduquent et impliquent les patients, leurs communautés et les médecins de soins primaires pourraient améliorer l'efficacité de ces programmes.<sup>35</sup> Plusieurs immigrants ont un risque accru de réactivation de la TB en raison de facteurs comme la pauvreté, la malnutrition et le logement surpeuplé.<sup>53</sup> Des progrès considérables ont été réalisés vers l'élimination de la TB parmi les Indiens inscrits, mais pas dans les populations nées à l'étranger, comme le démontre une étude populationnelle réalisée en Alberta.<sup>54</sup> La prévention de la TB dans la population autochtone s'appuie sur les déterminants sociaux de la santé; des politiques efficaces de prévention de la TB parmi les populations immigrantes devraient adopter une orientation similaire.<sup>53</sup>

On note d'importantes variations dans les méthodes utilisées pour dépister la TB chez les migrants. Des percées dans la science, les technologies diagnostiques et les options thérapeutiques continuent de contribuer à améliorer l'efficacité du dépistage – par exemple, la numérisation des radiographies pulmonaires.<sup>55</sup> Aux États-Unis, le dépistage pré-immigration rehaussé de la TB a ajouté au système existant un examen des expectorations au moyen d'un frottis chez les personnes dont la radiographie pulmonaire s'avère anormale. Ce dépistage pré-immigration rehaussé est associé à une diminution de la proportion d'immigrants de la catégorie « cas soupçonné de TB » qui sont identifiés comme ayant la TB dans les 6 mois suivant leur arrivée aux États-Unis.<sup>56,57</sup> Les résultats démontrent

que des programmes rigoureux de diagnostic et de traitement peuvent être mis en œuvre dans des régions à forte prévalence de TB, à travers le monde, et peuvent contribuer au dépistage des migrants et à l'amorce d'un traitement.

Dans les pays à faible incidence de l'Union européenne (UE), la TB se concentre dans les grandes villes, en particulier dans certains groupes urbains à risque élevé comme les immigrants venus de pays à forte incidence de TB. L'UE a établi un groupe de travail pour le contrôle de la TB dans les grandes villes et a formulé 32 recommandations touchant neuf domaines d'intervention possibles dans les contextes de l'exposition, de l'infection, de la maladie et du traitement.<sup>58</sup> Ce modèle prend en compte les interventions suivantes : déterminants sociaux (logement, immigration, inégalités et dénuement socioéconomique, consommation d'alcool et de drogues, et itinérance); sensibilisation (information et éducation); lutte contre les infections; identification des cas; tenue de dossiers et traitement; identification des cas d'infection à la TB latente; profilage d'ADN et épidémiologie moléculaire; politiques générales, cadre juridique et organisation des services; et surveillance et évaluation. Cela constitue un modèle complet pour la prévention et le traitement de la TB.

### **Virus de l'hépatite C (VHC)**

Depuis qu'il existe de nouveaux traitements efficaces contre l'hépatite C, le dépistage précoce des réfugiés, du moins de ceux venus de régions fortement endémiques (p. ex., prévalence de l'hépatite C supérieure à 3 %), et le traitement subséquent peuvent être considérés comme préventifs de la morbidité à long terme.<sup>23</sup> Il est important de dépister les individus pour le VHC chronique et de leur offrir un traitement précoce, car celui-ci est mieux toléré avant le développement d'une cirrhose.<sup>45</sup> Au Canada, le protocole consiste à dépister les anticorps au virus de l'hépatite C chez tous les immigrants et réfugiés venus de régions où la prévalence de la maladie est supérieure ou égale à 3% (cela exclut l'Asie du Sud, l'Europe occidentale, l'Amérique du Nord, l'Amérique centrale et l'Amérique du Sud). Les individus recevant un résultat positif sont dirigés vers un hépatologue.<sup>11</sup>

### **Infections transmissibles sexuellement (ITS)**

Une étude réalisée à Melbourne, Australie, a révélé que les jeunes ayant une expérience de réfugié rencontrent de nombreux défis lorsqu'ils tentent de faire leur vie dans un pays de réinstallation; leurs besoins sexuels et génésiques sont souvent négligés. La promotion de la santé sexuelle au-delà du VIH (y compris les infections transmissibles sexuellement) devrait faire explicitement partie des services initiaux de réinstallation aux jeunes ayant une expérience de réfugié; et les stratégies devraient tenir compte du contexte prémigration et de réinstallation.<sup>59</sup> Dans l'ouest de l'Australie, on a constaté que l'approche d'éducation par les pairs est efficace pour accroître les connaissances sur la santé sexuelle parmi les réfugiés de l'Afrique occidentale, où les enjeux de santé sexuelle sont généralement considérés comme « tabous » ou trop délicats à aborder.<sup>60</sup> Par ailleurs, des informations sur les ITS et le VIH dans la langue d'origine et d'autres stratégies éducatives qui tiennent compte du pouvoir des femmes peuvent améliorer les connaissances, les attitudes et les pratiques (CAP) concernant le VIH/sida et les infections transmissibles sexuellement parmi les femmes migrantes sud-asiatiques.<sup>61</sup>



## Réponses de santé publique de pays sélectionnés concernant les populations migrantes

Aux États-Unis, des efforts ont été déployés pour coordonner des réponses de santé avec celles du Mexique, d'où vient le plus grand groupe de migrants au pays. Un site Internet a été créé pour fournir aux migrants de l'information et des ressources sur les programmes, services et interventions de santé publique entre les deux pays. En 2012, le Département de la Santé et des Services humains des É.-U. en partenariat avec le Secrétariat de la Santé du Mexique a adopté officiellement des Lignes directrices É.-U./Mexique pour la coopération aux événements de santé publique d'intérêt mutuel. Ces lignes directrices fournissent un cadre pour l'échange de données épidémiologiques et pour des activités coordonnées relativement aux maladies infectieuses, comme la surveillance des individus atteints de TB latente qui se déplacent entre les deux pays.<sup>62</sup> Ce cadre opérationnel pourrait servir de modèle pour le développement de partenariats interrégionaux et intrarégionaux de santé publique entre gouvernements qui partagent des frontières ou un nombre considérable de populations mobiles. En 2013, les Centers for Disease Control and Prevention des É.-U. ont lancé le premier d'une série de profils de santé de réfugiés, destinés aux responsables de la santé publique, aux cliniciens, aux agences de réinstallation et à d'autres fournisseurs de soins de santé. Les profils donnent accès à des informations et ressources spécifiques à la culture d'un pays donné – en particulier ceux d'où vient un nombre important de clients réfugiés arrivant aux É.-U. Chaque profil aborde six éléments clés : problèmes de santé prioritaires; mouvements populationnels; soins de santé et alimentation dans les camps; examen médical des réfugiés arrivant aux É.-U.; et informations sur la santé.<sup>63</sup> Facilement adaptable aux populations de nouveaux arrivants, cette intervention de santé publique représente une pratique prometteuse. Il serait bénéfique de fournir une ressource complète et unique aux praticiens de la santé publique et à d'autres dépositaires d'enjeux pour les aider à offrir des programmes, des interventions cliniques et des protocoles de prestation de services compétents. À l'heure où les communautés et les fournisseurs de services de santé publique rencontrent une diversité croissante de nouveaux arrivants et d'individus nés à l'étranger, cet outil pourrait contribuer de manière significative à améliorer la qualité des soins.

Au Royaume-Uni, l'Agence de Protection de la santé a lancé le *Migrant Health Guide*,<sup>64</sup> une ressource en ligne destinée aux professionnels de la santé et aux cliniciens, leur permettant d'accéder rapidement à des informations spécifiques aux pays et à des messages clés de santé/prévention adaptés aux particularités culturelles et ethniques des clients immigrants. Cet outil éducatif et pratique accroît la sensibilisation des praticiens aux enjeux et aux contextes des immigrants, en plus de soutenir la prestation de services, de traitements et de soins culturellement compétents. Le guide comporte quatre sections :

- Des renseignements généraux, notamment sur les services d'interprétation, la sensibilisation et les sensibilités culturelles, les droits relatifs aux soins de santé ainsi que les valeurs et croyances culturelles prédominantes à l'égard de la santé;
- Un catalogue de 130 pays d'origine des migrants au R.-U., comprenant des sous-sections sur le contexte national général, les maladies infectieuses prédominantes selon l'ethnicité et les maladies chroniques, et les considérations sexospécifiques;
- Des guides et feuillets d'information sur des sujets liés à la santé; et
- Un aide-mémoire pour évaluer les patients migrants ainsi que les nouveaux arrivants à l'aide de stratégies pour mesurer les preuves de stress post-traumatique et d'autres impacts potentiels du processus de migration.

Il serait pratique d'adapter cette ressource conviviale, car cela aiderait les cliniciens et les praticiens à accéder immédiatement à un vaste éventail d'outils et d'informations renforçant leur capacité de

fournir des services de traitement, de soins et de soutien à des populations de clients culturellement diversifiées. Puisque cette ressource favorise un environnement clinique où le contexte et les expériences culturelles d'un patient migrant sont pris en considération, ce dialogue plus ouvert pourrait améliorer considérablement diverses interventions de santé publique. De plus, à mesure que les clients ont des expériences de services de plus en plus positives et pertinentes, la possible implication accrue des responsables et établissements de santé publique pourrait conduire à une amélioration de l'observance thérapeutique, de la surveillance et du suivi. Ce type d'intervention pourrait également avoir une influence favorable afin d'améliorer la déclaration des données sur la race/ethnicité dans les formulaires relatifs aux maladies infectieuses à déclaration obligatoire.

En Allemagne, le guide « Main dans la main » est une intervention novatrice qui mise sur les résiliences communautaires et qui crée des voies d'accès aux populations difficiles à joindre. Le guide aborde six domaines généraux de l'accès aux systèmes de santé : l'assurance maladie; le choix des médecins; l'accès aux pharmacies; les services dentaires; les protocoles hospitaliers; et l'utilisation des services de santé publique.<sup>65</sup> Lancée en 2003, la ressource découlait initialement d'un projet pilote réalisé la même année, intitulé « MiMi – With Immigrants for Immigrants » (un programme qui recrute, forme et soutient des individus de communautés migrantes ciblées, afin de les aider à devenir des médiateurs culturels pour aider les nouveaux arrivants de leur pays d'origine). Le projet pilote avait pour objectifs de rendre le système de soins de santé allemand plus accessible aux immigrants, d'accroître leur littératie en santé et d'habiliter leurs communautés en suscitant leur participation directe au processus. Le programme promeut la responsabilité individuelle en matière de santé et la sensibilisation aux enjeux de santé. Il utilise des approches fondées sur les pairs pour former des leaders communautaires et renforcer la capacité d'améliorer la santé dans les communautés qui rencontrent souvent des obstacles dans l'accès aux services de santé.<sup>91</sup> Ce modèle est un exemple d'intervention sensible à la culture qui peut servir à accroître l'accès d'un groupe de population spécifique à des services de santé existants sans nécessiter un service nouveau et/ou ciblé. Cela est accompli grâce à deux stratégies clés : 1) améliorer la littératie et les connaissances des migrants en matière de santé, afin d'accroître leur accès aux services de santé; et 2) renforcer la capacité des fournisseurs de services de santé d'être sensibles aux besoins particuliers de diverses communautés de migrants.<sup>66</sup> Puisque la ressource identifie le continuum des soins et les multiples points d'accès aux services que peut impliquer un enjeu donné, les applications dans le contexte de la santé publique et des maladies infectieuses sont considérables. La croissance des médiateurs culturels est exponentielle; ce modèle serait donc un puissant outil à mettre à l'essai parmi les populations clés de nouveaux arrivants, qui pourraient bénéficier de résultats thérapeutiques encore améliorés, en dépit de leur absence des stratégies et plans d'action provinciaux/territoriaux.

La Suisse propose un autre modèle particulier. En 2008, l'Office fédéral de la santé publique a lancé la Stratégie fédérale Migration et santé 2008-2013<sup>67</sup> s'appuyant sur une stratégie de 2002. La stratégie adoptait une perspective fondée sur les déterminants de la santé et reconnaissait que le temps écoulé depuis l'arrivée en Suisse pouvait créer des différences dans l'état de santé et les résultats de santé. La stratégie de 2008 comportait cinq objectifs clés : inclure les populations migrantes dans les programmes de promotion de la santé publique et de prévention; améliorer l'accès à l'information pour aider les migrants à développer une efficacité en santé et des comportements sains; renforcer la capacité de sensibilité aux migrants parmi les dépositaires d'enjeux des soins de la santé; accroître l'utilisation et le renforcement des services d'interprétation et de traduction; et améliorer les connaissances populationnelles sur la santé des migrants. Des points de mire sur l'intégration, les partenariats intersectoriels, les approches sexospécifiques et la mobilisation des capacités existantes de la communauté migrante ont contribué à la mise en œuvre d'une stratégie nationale efficace.<sup>91</sup> La stratégie ne décrivait pas de cibles, résultats ou objectifs spécifiques, mais elle appuyait un virage de la pensée organisationnelle, au palier gouvernemental, pour que soit reconnue la valeur de la promotion et de la protection de la santé des migrants par des actions dédiées et le développement



des politiques. Ce modèle pourrait servir de plan pour aider les dépositaires d'enjeux de la santé publique à concevoir, articuler et mettre en œuvre une approche axée sur les migrants afin de répondre aux lacunes actuelles des politiques relatives à cette population.

Ces exemples mondiaux de pratiques prometteuses concernant les immigrants et les maladies infectieuses ont un point en commun : l'éducation et la formation. Vu les nombreuses lacunes dans les connaissances, dans l'ensemble du continuum des soins et parmi tous les dépositaires d'enjeux, plusieurs de ces interventions ont porté sur l'amélioration des connaissances pratiques des communautés immigrantes et sur des enjeux de santé connexes. Considérant l'émergence relativement récente d'une préoccupation mondiale pour les politiques, pratiques, lignes directrices et protocoles sur la migration et la santé, des investissements à long terme dans des interventions éducatives élémentaires pourraient être plus appropriés. Des services et programmes de soins primaires ciblant directement les populations d'immigrants sont nécessaires, mais les pays présentés ci-dessus ont adopté une approche de développement des ressources et d'application des connaissances afin de mieux livrer les services existants, plutôt que de créer des interventions de santé publique entièrement nouvelles et spécifiques aux immigrants qui n'auraient pas été intégrées dans les activités de santé publique plus traditionnelles/générales.

Même si les immigrants au Canada présentent des caractéristiques démographiques similaires à ceux de certains de ces pays, il existe des ententes distinctes pour la gestion des processus d'immigration et la prestation des services de santé entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux/territoriaux. On note certains modèles et interventions communautaires fructueux, au Canada, pour des maladies spécifiques comme le VIH. Les Lignes directrices cliniques canadiennes fondées sur des données probantes concernant les immigrants et les réfugiés<sup>11</sup> sont déjà un bon point de départ pour éclairer le développement de ressources d'éducation/formation adaptées aux besoins des cliniciens et professionnels de la santé; elles peuvent également éclairer des initiatives de politiques qui ne sont pas directement liées à la prestation des soins primaires. Cette ressource offre aussi des listes de vérification ou aide-mémoire concernant sept régions du monde d'où viennent les immigrants. À l'instar du Canada, l'Australie a développé en 2009 des lignes directrices sur le diagnostic, la prise en charge et la prévention des infections chez les réfugiés récemment arrivés, par le biais de l'Australasian Infectious Diseases Society (ASID).<sup>68</sup>

## Conclusion

De nombreuses recherches s'intéressent à la santé des migrants, à mesure que cet enjeu gagne en importance dans le contexte de la crise internationale; des résultats et orientations de politiques phares viendront notamment de l'étude de 2015 commandée par le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. Des experts en méthodologies relatives à la santé des migrants et en efficacité en matière d'équité, de l'Europe, du Canada, des États-Unis et de l'Australie ont collaboré à des méthodologies de grande qualité fondées sur des données probantes pour chercher, synthétiser et développer des recommandations concernant les soins primaires, la santé publique et les politiques de santé touchées par la migration.<sup>1</sup> Les interventions mondiales que nous avons décrites placent les populations et communautés d'immigrants au cœur des initiatives et mettent en relief la nécessité d'une implication accrue des communautés ciblées dans la planification des systèmes de santé et auprès des responsables des politiques et des dépositaires d'enjeux des soins primaires et de la santé publique. Il n'existe pas de solution facile pour répondre aux besoins de santé des réfugiés. Toutefois, les expériences relatées dans cet examen peuvent être adaptées et conceptualisées de manière à répondre aux besoins émergents et dynamiques des migrants et des réfugiés, au Canada et ailleurs dans le monde.

## Références

---

- <sup>1</sup> Migrant Health Subgroup of the Campbell and Cochrane Equity Methods Group. Cochrane Methods Equity. Accessible à <http://equity.cochrane.org/migrant-health>
- <sup>2</sup> Faits et chiffres 2014 – Aperçu de l’immigration : Résidents permanents. Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada. Gouvernement du Canada. Accessible à <http://www.cic.gc.ca/francais/ressources/statistiques/faits2014/permanents/01.asp>
- <sup>3</sup> Beiser, M. (2005). The Health of Immigrants and Refugees in Canada. *Revue canadienne de santé publique*, 96, S30–S44. Accessible à <http://www.jstor.org/stable/41994458>
- <sup>4</sup> Palinkas LA, Pickwell SM, Brandstein K, Clark TJ, Hill LL, et coll. The Journey to Wellness: Stages of Refugee Health Promotion and Disease Prevention. *Journal of Immigrant Health*. 2003 Jan; 5 (1): 19-28.
- <sup>5</sup> Li A. Les immigrants, les réfugiés et les personnes sans statut vivant avec le VIH. Vous et votre santé : un guide à l’intention des personnes vivant avec le VIH. CATIE. Accessible à <http://www.catie.ca/fr/guides-pratiques/vous-et-votre-sante/17>
- <sup>6</sup> Agence des Nations Unies pour les réfugiés. Convention et protocole relatifs au statut des réfugiés. Genève, Suisse : Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés; 2007. Accessible à <http://www.unhcr.org/fr/4b14f4a62.pdf>
- <sup>7</sup> Pottie K, Janakiram P, Topp P, McCarthy A. Prevalence of selected preventable and treatable diseases among government-assisted refugees Implications for primary care providers. *Le médecin de famille canadien*. 2007 Nov 1;53(11):1928-34.
- <sup>8</sup> Gushulak BD, Pottie K, Roberts JH, Torres S, DesMeules M. Migration and health in Canada: health in the global village. *Journal de l’Association médicale canadienne*. 2011 Sep 6;183(12):E952-8. <http://www.cmaj.ca/content/183/12/E952.full>
- <sup>9</sup> Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l’épidémie mondiale de sida 2013. Genève, Suisse : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida; 2013. Accessible à [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_Global\\_Report\\_2013\\_fr\\_1.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_fr_1.pdf)
- <sup>10</sup> Manuel des professionnels désignés 2013. Ottawa, ON: Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada; 2013. Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada. Chapitre 4 : L’examen médical aux fins de l’immigration (EMI). Accessible à <http://www.cic.gc.ca/francais/ressources/publications/md-manuel/index.asp#chap4>
- <sup>11</sup> Pottie K, Greenaway C, Feightner J, Welch V, Swinkels H, Rashid M, Narasiah L, Kirmayer LJ, Ueffing E, MacDonald NE, Hassan G. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *Journal de l’Association médicale canadienne*. 2011 Sep 6;183(12):E824-925. Accessible à <http://www.cmaj.ca/content/early/2011/07/26/cmaj.090313.full.pdf>
- <sup>12</sup> Redditt, V. J., Janakiram, P., Graziano, D., & Rashid, M. (2015). Health status of newly arrived refugees in Toronto, Ont: Part 1: infectious diseases. *Le médecin de famille canadien*, 61(7), e303–e309.
- <sup>13</sup> Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. Convention et protocole relatifs au statut des réfugiés. Genève, Suisse : Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés; 2007. Accessible à <http://www.unhcr.org/fr/about-us/background/4b14f4a62/convention-protocole-relatifs-statut-refugies.html?query=convention>
- <sup>14</sup> Pottie, K., Janakiram, P., Topp, P., & McCarthy, A. (2007). Prevalence of selected preventable and treatable diseases among government-assisted refugees: Implications for primary care providers. *Le médecin de famille canadien*, 53(11), 1928–1934.
- <sup>15</sup> Caulford P, Vali Y. Providing health care to medically uninsured immigrants and refugees. *Journal de l’Association médicale canadienne*. 2006 Apr 25;174(9):1253-4.
- <sup>16</sup> Steele LS, Lemieux C, Clark J, et coll. The impact of policy changes on the health of recent immigrants and refugees in the inner city. *Revue canadienne de santé publique* 2002;93:118-22.
- <sup>17</sup> Gardezi F, Calzavara L, Husbands W, Tharao W, Lawson E, Myers T, Pancham A, George C, Remis R, Willms D, McGee F. Experiences of and responses to HIV among African and Caribbean communities in Toronto, Canada. *AIDS care*. 2008 Jul 1;20(6):718-25.
- <sup>18</sup> Alvarez-del Arco D, Monge S, Azcoaga A, Rio I, Hernando V, Gonzalez C, Alejos B, Caro AM, Perez-Cachafeiro S, Ramirez-Rubio O, Bolumar F. HIV testing and counselling for migrant populations living in high-income countries: a systematic review. *The European Journal of Public Health*. 2013 Dec 1;23(6):1039-45.

- 
- <sup>19</sup> Barrett HR, Mulugeta B. Human Immunodeficiency Virus (HIV) and migrant “risk environments”: The case of the Ethiopian and Eritrean immigrant community in the West Midlands of the UK. *Psychology, health & medicine*. 2010 May 1;15(3):357-69.
- <sup>20</sup> Zencovich M, Kennedy K, MacPherson DW, Gushulak BD. Immigration medical screening and HIV infection in Canada. *International journal of STD & AIDS*. 2006 Dec 1;17(12):813-6.
- <sup>21</sup> Agence de la santé publique du Canada. *Actualités en épidémiologie du VIH/sida : Le VIH/sida au Canada chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique*, avril 2012, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2012.
- <sup>22</sup> Redditt VJ, Janakiram P, Graziano D, Rashid M. Health status of newly arrived refugees in Toronto, Ont Part 1: infectious diseases. *Le médecin de famille canadien*. 2015 Jul 1;61(7):e303-9.
- <sup>23</sup> dela Cruz A, Caine V, Mill J (2016). Sub-Saharan African immigrants living with HIV in Canada: a narrative inquiry. *International Journal of Migration, Health and Social Care*; 12:3
- <sup>24</sup> Kuile S, Rousseau C, Munoz M, Nadeau L, Ouimet M. The universality of the Canadian health care system in question: Barriers to services for immigrants and refugees. *International Journal of Migration, Health and Social Care*. 2007 Jul 1;3(1):15-26.
- <sup>25</sup> Carol Vlassoff, Firdaus Ali. HIV-related stigma among South Asians in Toronto. *Ethn Health*. 2011 February; 16(1): 25–42.
- <sup>26</sup> Othieno J. Understanding how contextual realities affect African born immigrants and refugees living with HIV in accessing care in the Twin Cities. *Journal of health care for the poor and underserved*. 2007 Sep 13;18(3):170-88.
- <sup>27</sup> Raboud J, Blitz S, Antoniou T, Loutfy M, Walmsley S. Recent immigrants show improved clinical outcomes at a tertiary care HIV clinic. *Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology*. 2012;23(1):9-14.
- <sup>28</sup> Greenaway C, Sandoe A, Vissandjee B, Kitai I, Gruner D, Wobeser W, Pottie K, Ueffing E, Menzies D, Schwartzman K. Tuberculosis: evidence review for newly arriving immigrants and refugees. *Journal de l'Association médicale canadienne*. 2011 Sep 6;183(12):E939-51.
- <sup>29</sup> The Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration (ART-CC). (2013). Higher rates of AIDS during the first year of antiretroviral therapy among migrants: the importance of tuberculosis. *AIDS (Londres, Angleterre)*, 27(8), 1321–1329. <http://doi.org/10.1097/QAD.ob013e32835faa95>
- <sup>30</sup> Aldridge RW, Yates TA, Zenner D, White PJ, Abubakar I, Hayward AC. Pre-entry screening programmes for tuberculosis in migrants to low-incidence countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*. 2014 Dec 31;14(12):1240-9.
- <sup>31</sup> Fenner L, Gagneux S, Helbling P, Battegay M, Rieder HL, Pfyffer GE, Zwahlen M, Furrer H, Siegrist HH, Fehr J, Dolina M. Mycobacterium tuberculosis transmission in a country with low tuberculosis incidence: role of immigration and HIV infection. *Journal of clinical microbiology*. 2012 Feb 1;50(2):388-95.
- <sup>32</sup> Greenway, et coll. Screening for hepatitis C infection: evidence review for newly arriving immigrants and refugees (Appendix 7) - Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *Journal de l'Association médicale canadienne*. 2011 Sep 6;183(12):E824-925. Accessible à <http://www.cmaj.ca/content/suppl/2010/06/07/cmaj.090313.DC1/imm-hepc-7-at.pdf>
- <sup>33</sup> Greenaway, C., Thu Ma, A., Kloda, L. A., Klein, M., Cnossen, S., Schwarzer, G., & Shrier, I. (2015). The Seroprevalence of Hepatitis C Antibodies in Immigrants and Refugees from Intermediate and High Endemic Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 10(11), e0141715. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0141715>
- <sup>34</sup> Stauffer WM, Painter J, Mamo B, Kaiser R, Weinberg M, Berman S. Sexually transmitted infections in newly arrived refugees: is routine screening for Neisseria gonorrhoeae and Chlamydia trachomatis infection indicated?. *The American journal of tropical medicine and hygiene*. 2012 Feb 1;86(2):292-5.
- <sup>35</sup> MacPherson DW1, Gushulak BD. Syphilis in immigrants and the Canadian immigration medical examination. *J Immigr Minor Health*. 2008 Feb;10(1):1-6.
- <sup>36</sup> Agence de la santé publique du Canada. (2010). *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*. (Ottawa: Agence de la santé publique du Canada). Accessible à <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-6-1-fra.php>

- 
- <sup>37</sup> Agence de la santé publique du Canada. (2010). Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. (Ottawa: Agence de la santé publique du Canada). Accessible à <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-6-1-fra.php>
- <sup>38</sup> Vang, Zoua; Sigouin, Jennifer; Flenon, Astrid; and Gagnon, Alain (2015) The Healthy Immigrant Effect in Canada: A Systematic Review. Population Change and Lifecourse Strategic Knowledge Cluster Discussion Paper Series/ Un Réseau stratégique de connaissances Changements de population et parcours de vie Document de travail: Vol. 3: Iss. 1, Article 4. Available at: <http://ir.lib.uwo.ca/pclc/vol3/iss1/4>
- <sup>39</sup> Tafuri S, Prato R, Martinelli D, Melpignano L, De Palma M, Quarto M, Germinario C. Prevalence of Hepatitis B, C, HIV and syphilis markers among refugees in Bari, Italy. *BMC infectious diseases*. 2010 Jul 20;10(1):213.
- <sup>40</sup> Joshi et coll. A narrative synthesis of the impact of primary health care delivery models for refugees in resettlement countries on access, quality and coordination. *International Journal for Equity in Health*. 12-88, 2013. Accessible à <http://equityhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-88>
- <sup>41</sup> Drummond PD, Mizan A, Brocx K, Wright B. Barriers to accessing health care services for West African refugee women living in Western Australia. *Health Care for Women International*. 2011 Feb 18;32(3):206-24.
- <sup>42</sup> Swinkels H, Pottie K, Tugwell P, Rashid M, Narasiah L. Development of guidelines for recently arrived immigrants and refugees to Canada: Delphi consensus on selecting preventable and treatable conditions. *Journal de l'Association médicale canadienne*. 2011 Sep 6;183(12):E928-32.
- <sup>43</sup> Asgary R, Segar N. Barriers to health care access among refugee asylum seekers. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2011;22(2):506-22.
- <sup>44</sup> Lee D, Philen R, Wang Z, McSpadden P, Posey DL, Ortega LS, Weinberg MS, Brown C, Zhou W, Painter JA. Disease surveillance among newly arriving refugees and immigrants—Electronic Disease Notification System, United States, 2009. *MMWR Surveill Summ*. 2013 Nov 15;62(7):1-20.
- <sup>45</sup> C. Phillips, M. M. Smith, M. Kay and S. Casey. The Refugee Health Network of Australia: towards national collaboration on health care for refugees. *Medical Journal of Australia*. 2011 Aug 15; 194(4): 185-186.
- <sup>46</sup> RHeaNA. Refugee Health Network of Australia homepage. Accessible à <http://www.refugeehealthaustralia.org/>. Consulté le 14 mars 2016.
- <sup>47</sup> Collaboration canadienne pour la santé des immigrants et des réfugiés (CCSIR), page d'accueil. Accessible à <http://www.ccirhken.ca/index.html>. Consulté le 14 mai 2015.
- <sup>48</sup> McMahon T, Ward PR. HIV among immigrants living in high-income countries: a realist review of evidence to guide targeted approaches to behavioural HIV prevention. *Systematic reviews*. 2012 Nov 20;1(1):1.
- <sup>49</sup> Krentz H, Gill MJ. The five-year impact of an evolving global epidemic, changing migration patterns, and policy changes in a regional Canadian HIV population. *Health Policy*. 2009 May 31;90(2):296-302.
- <sup>50</sup> Mitra D, Jacobsen MJ, O'Connor A, Pottie K, Tugwell P. Assessment of the decision support needs of women from HIV endemic countries regarding voluntary HIV testing in Canada. *Patient education and counseling*. 2006 Nov 30;63(3):292-300.
- <sup>51</sup> Association of Ontario Health Centers. HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment Support: Best Practices in Community Health Centres. Dec 2005. Accessible à <http://librarypdf.catie.ca/PDF/P30/22759.pdf>
- <sup>52</sup> Arshad S, Bavan L, Gajari K, Paget SN, Baussano I. Active screening at entry for tuberculosis among new immigrants: a systematic review and meta-analysis. *European Respiratory Journal*. 2010 Jun 1;35(6):1336-45.
- <sup>53</sup> Reitmanova S, Gustafson D. Rethinking immigrant tuberculosis control in Canada: from medical surveillance to tackling social determinants of health. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2012 Feb 1;14(1):6-13.
- <sup>54</sup> Jensen M, Lau A, Langlois-Klassen D, Boffa J, Manfreda J, Long R. A population-based study of tuberculosis epidemiology and innovative service delivery in Canada. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2012 Jan 1;16(1):43-9.
- <sup>55</sup> Alvarez GG, Gushulak B, Rumman KA, Altpeter E, Chemtob D, Douglas P, Erkens C, Helbling P, Hamilton I, Jones J, Matteelli A. A comparative examination of tuberculosis immigration medical screening programs from selected countries with high immigration and low tuberculosis incidence rates. *BMC infectious diseases*. 2011 Jan 4;11(1):1.
- <sup>56</sup> Lowenthal P, Westenhouse J, Moore M, Posey DL, Watt JP, Flood J. Reduced importation of tuberculosis after the implementation of an enhanced pre-immigration screening protocol. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2011 Jun 1;15(6):761-6.

- 
- <sup>57</sup> Posey DL, Naughton MP, Willacy EA, Russell M, Olson CK, Godwin CM, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Implementation of new TB screening requirements for US-bound immigrants and refugees—2007–2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2014 Mar 21;63(11):234-6.
- <sup>58</sup> Van Hest NA, Aldridge RW, De Vries G, Sandgren A, Hauer B, Hayward A, de Oñate WA, Haas W, Codecasa LR, Caylà JA, Story A. Tuberculosis control in big cities and urban risk groups in the European Union: a consensus statement.
- <sup>59</sup> McMichael C, Gifford S. Narratives of sexual health risk and protection amongst young people from refugee backgrounds in Melbourne, Australia. *Culture, health & sexuality.* 2010 Apr 1;12(3):263-77.
- <sup>60</sup> Drummond PD, Mizan A, Brocx K, Wright B. Using peer education to increase sexual health knowledge among West African refugees in Western Australia. *Health care for women international.* 2011 Feb 18;32(3):190-205.
- <sup>61</sup> Gagnon AJ, Merry L, Bocking J, Rosenberg E, Oxman-Martinez J. South Asian migrant women and HIV/STIs: knowledge, attitudes and practices and the role of sexual power. *Health & place.* 2010 Jan 31;16(1):10-5.
- <sup>62</sup> CDC. 2012. United States Mexico Guidelines for Cooperation. United States-Mexico Public Health. Centers for Disease Control and Prevention. Accessible à <http://www.cdc.gov/USMexicoHealth/united-states-mexico-guidelines-cooperation.html>
- <sup>63</sup> CDC. 2013. Health Profiles. Centers for Disease Control and Prevention. Accessible à <http://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/profiles/index.html>
- <sup>64</sup> HPA. 2011. Supporting practitioners who care for migrants. Migrant Health Guide. UK Health Protection Agency. Government of UK. Accessible à <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20140714084352/http://www.hpa.org.uk/migranthealthguide>
- <sup>65</sup> BKK Bundesverband. 2009. Health – hand in hand. The German Health Care System – A Guide for Migrants. Hannover. Accessible à [http://www.bonn-international.org/fileadmin/dateien/pdf/wegweiser\\_englisch\\_2009.pdf](http://www.bonn-international.org/fileadmin/dateien/pdf/wegweiser_englisch_2009.pdf)
- <sup>66</sup> OMS. 2009. Resource of Health System Actions on Socially Determined Health Inequities. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional pour l'Europe. Accessible à <http://data.euro.who.int/Equity/hidb/Resources/Details.aspx?id=2>
- <sup>67</sup> FOPH. 2008. Migration et santé. Résumé de la stratégie fédérale phase II (2008 à 2013). Genève : Office fédéral de la santé publique, Suisse. Accessible à <http://www.bag.admin.ch/shop/00038/00247/index.html?lang=fr>
- <sup>68</sup> Murray, et coll. 2009. Australasian Infectious Diseases Society (ASID) Guidelines on Diagnosis, management and prevention of infections in recently arrived refugees. Accessible à <https://www.asid.net.au/documents/item/134>