



## **NOUVEAUX IMMIGRANTS ET RÉFUGIÉS: DÉPISTAGE ET SOINS DE SANTÉ**

Chaque année, de plus en plus d'immigrants dont une large proportion sont des réfugiés, se présentent aux douanes canadiennes apportant avec eux leurs besoins uniques en soins de santé d'autant plus que peu d'entre eux ont leur dossier d'immunisation. Une fois au pays, plusieurs immigrants et réfugiés trouvent l'accès aux soins de santé difficile. En faisant un dépistage personnalisé, en mettant en place des mesures de soins préventifs en fonction des maladies retrouvées dans le pays d'origine et en facilitant l'accès aux soins de santé, les médecins de première ligne peuvent ainsi améliorer la santé, à la fois, à court et à long terme de cette population vulnérable.

Ce module vise à:

- clarifier la portée des examens médicaux d'Immigration Canada et les répercussions dans les cas de résultats positifs au dépistage
- clarifier le dépistage individuel en fonction des problèmes qui sont les plus prévalents chez les réfugiés et à ouvrir le diagnostic différentiel en présence de symptômes inhabituels
- souligner des approches pour revoir l'immunisation
- fournir des stratégies pratiques pour améliorer l'accès aux soins de santé.

Les nouveaux immigrants et réfugiés constituent une population d'individus extrêmement variée avec des besoins en soins de santé très différents. Alors que ce module fera le tour des sujets fréquents dans ces deux groupes, il soulignera aussi d'importantes distinctions dans un contexte de soins de santé. Tous les sujets abordés dans ce module peuvent ne pas être pertinents pour un individu en particulier; il est donc primordial d'envisager d'autres facteurs, par exemple, le statut socioéconomique, le type d'immigrants (voir la section Renseignements généraux, point 1), le parcours d'immigration et le pays d'origine.

## HISTOIRES DE CAS

### Cas numéro 1: Josef, âgé de 15 ans

Josef est récemment arrivé au Canada en provenance de l'Europe de l'Est avec ses parents et sa fratrie. Sa mère, Svetlana, l'accompagne avec une lettre de la Santé publique qui indique que ses vaccins ne sont pas à jour. Elle vous dit qu'il a reçu des vaccins en Slovaquie durant son enfance, mais elle est incapable de fournir des documents le prouvant ou des détails à ce sujet.

**Comment procéderiez-vous à l'immunisation de Josef?**

### Cas numéro 2: Emmanuela, âgée de 40 ans

#### Première partie

Emmanuela est arrivée au Canada il y a neuf mois en provenance du Soudan. Elle a fait une demande de statut de réfugiée et elle vit présentement dans un refuge pour les familles en attente d'un logement. Elle vous a été référée parce qu'elle a de la fièvre et qu'elle tousse. Elle parle un peu anglais, mais son fils de 12 ans lui sert d'interprète.

**Quelle autre information pourrait vous être utile dans le cas d'Emmanuela?**

#### Deuxième partie

Emmanuela a passé un examen médical fait par l'immigration, il y a sept mois. En la questionnant un peu plus, vous apprenez qu'elle a de la toux intermittente depuis le dernier mois (qui au départ était sèche). Sa toux a disparu pendant quelques semaines, mais est revenue avec production d'expectorations jaunes le matin. Elle a aussi récemment eu des sueurs nocturnes, des «fièvres» et des frissons. Emmanuela nie toute difficulté respiratoire. Elle a perdu quatre kilos depuis son arrivée au Canada. Son examen physique est normal. Elle n'a pas eu de contact avec des personnes malades dans son entourage.

**Comment prendriez-vous Emmanuela en charge?**

#### Troisième partie: un mois plus tard

Emmanuela va bien, elle est guérie de sa bronchite aiguë. Elle veut maintenant s'inscrire à une école pour devenir hygiéniste dentaire.

**Quels autres dépistages envisageriez-vous pour elle?**

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Les personnes nées à l'étranger représentent tout près de 20% de la population canadienne <sup>1</sup>. Les personnes qui arrivent au Canada sont réparties en deux groupes principaux: les résidents temporaires et les résidents permanents.
  - a. Les résidents temporaires sont ceux qui «visitent, étudient ou travaillent au Canada tout en maintenant leur propre nationalité et leur capacité à retourner dans leur pays d'origine» <sup>2</sup>. Il s'agit:
    - des travailleurs migrants: annuellement, 165 000 personnes
    - d'étudiants étrangers: annuellement 74 000 personnes
    - des demandeurs d'asile (les personnes qui sont arrivées au Canada en réclamant le statut de réfugié aux douanes): annuellement, 28 000 personnes <sup>2</sup>.
  - b. Les résidents permanents sont ceux qui ont reçu des autorités canadiennes la permission de vivre au Canada de façon permanente <sup>2</sup>. Il s'agit:
    - des immigrants pour raison humanitaire: des réfugiés d'outre-frontière envoyés d'installation (annuellement, 16 000 personnes) ou qui ont été choisis parmi les demandeurs de statut de réfugié mentionnés un peu plus haut (annuellement, 12 000 personnes)
    - des immigrants pour raisons d'affaires ou économiques: annuellement 131 000 personnes
    - des immigrants pour raison familiale (réunification des familles): annuellement 66 000 personnes <sup>2</sup>.

Un réfugié est une personne qui correspond à la définition de réfugié établie en 1951 par la Convention de Genève et qui régit le statut de réfugié. «Pour correspondre à cette définition, la personne doit être hors du pays dont elle a la nationalité et craindre avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou à cause de ses opinions politiques» <sup>3</sup>.

### EXAMEN MÉDICAL AUX FINS DE L'IMMIGRATION CANADIENNE

2. Tous les enfants et les adultes qui demandent la résidence permanente au Canada doivent passer un examen médical pour immigration au Canada. Cet examen doit être réalisé moins de 12 mois avant d'arriver au Canada pour les nouveaux immigrants et tous les demandeurs du statut de réfugié en voie d'installation. Les demandeurs de statut de

réfugié doivent passer cet examen dans les 60 jours suivant leur arrivée aux douanes <sup>4</sup>. Uniquement les médecins désignés par Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) peuvent réaliser les examens médicaux pour immigration <sup>5</sup>.

3. L'examen médical pour immigration a été conçu pour évaluer un nombre limité de risques à la santé publique, mais n'inclut pas de dépistage préventif. Il comprend: <sup>5</sup>
  - un examen physique complet incluant un dépistage des troubles visuels et auditifs
  - une radiographie des poumons (personnes de 11 ans et plus)
  - un test sérologique pour la syphilis (personnes de 15 ans et plus)
  - une analyse d'urine (personne de cinq ans et plus): à l'aide de bandelettes pour détecter les protéines, le glucose, la présence de sang, et si résultats positifs, examen microscopique
  - dépistage du VIH (personnes de 15 ans et plus, tout comme les enfants qui ont reçu du sang ou des produits du sang, ou dont la mère est une porteuse connue du VIH).

Les résultats de cet examen ne sont liés à aucun autre suivi, sauf pour les cas de tuberculose, de syphilis et de VIH. Les patients peuvent ignorer qu'ils ont besoin d'un suivi pour les résultats positifs des autres tests réalisés au cours de l'examen. Il est difficile pour les médecins traitants d'obtenir les résultats de l'examen médical pour immigration puisqu'ils demeurent la propriété du gouvernement canadien <sup>6</sup>.

**Remarque:** L'examen médical pour immigration n'inclut pas la revue de l'immunisation, le test cutané de routine de la tuberculose ni les tests sérologiques pour les hépatites B et C <sup>4</sup>.

4. En général, les demandeurs d'immigration au Canada ne devraient pas être refusés sur la base de motifs sanitaires à moins que l'officier médical du CIC «détermine que l'état de santé du demandeur constitue un danger pour la santé ou la sécurité publique ou pourrait raisonnablement exiger des soins de santé ou de services sociaux jugés excessifs» <sup>7</sup> (par exemple: maladie rénale chronique exigeant de la dialyse). Les réfugiés sont exemptés de cette clause de demande excessive. Même les personnes qui obtiennent des résultats positifs compatibles avec une infection tuberculeuse latente, la syphilis ou le VIH ne sont pas automatiquement considérées comme inadmissibles au Canada; toutefois, elles doivent faire l'objet d'un suivi continu ou recevoir un avis de déclaration et de traitement obligatoires <sup>2</sup>.

## SOINS DE SANTÉ UNE FOIS L'IMMIGRATION COMPLÉTÉE

5. Les besoins en soins de santé des immigrants et réfugiés récemment arrivés au Canada diffèrent énormément de ceux dispensés aux personnes nées au Canada. La prévalence d'une maladie est influencée par l'exposition (à la fois dans le pays d'origine et dans les autres pays visités au cours de la migration), par le parcours de migration (p.ex., migration volontaire par rapport à la migration forcée), par les prédispositions génétiques et les facteurs de stress/expositions lorsqu'ils arrivent au Canada (p.ex., logement insalubre, pauvreté). Certains sous-groupes ont un risque accru de mortalité liée à une maladie particulière (p.ex., AVC chez les asiatiques du Sud et diabète chez les immigrants provenant des Caraïbes). <sup>8</sup>
6. À leur arrivée, plusieurs nouveaux immigrants sont en meilleure santé que la population des personnes nées au Canada. Par contre, après leur arrivée, cet «effet d'immigrant en bonne santé» décline rapidement <sup>2</sup>. Certains immigrants, en particulier les réfugiés, font face à des écarts de santé liés à leur faible statut socioéconomique, aux obstacles culturels et aux barrières de langue, à la difficulté d'accéder aux soins de santé et à un plus lourd fardeau de maladies infectieuses <sup>9</sup>.

### Histoire médicale et examen physique

7. L'histoire médicale complète comprend des questions concernant les motifs de consultation, les médicaments (incluant les médicaments traditionnels et de santé naturelle, et les personnes qui les ont prescrits), les allergies, l'histoire médicale (envisager les maladies en fonction du pays d'origine, par exemple, la malaria, la tuberculose, et les blessures en zone de guerre) et l'histoire familiale <sup>10-12</sup>.
  - a. Tenter de mettre en lumière des facteurs qui peuvent augmenter le risque de maladies chroniques/problèmes/expositions à des toxines — par exemple, l'utilisation de la noix de bétel (mâchée pour son léger effet stimulant et qui a plusieurs effets sur la santé incluant les cancers oropharyngés), fumer avec un narguilé/une pipe à eau (habituellement, du tabac), l'utilisation de médicaments de la médecine ayurvédique (une médecine traditionnelle originaire de l'Inde) <sup>10</sup>.
  - b. Faire une histoire détaillée du voyage car plusieurs immigrants et réfugiés ont séjourné dans plusieurs endroits entre leurs pays d'origine et le Canada <sup>10</sup>.

8. L'examen physique comprend le poids, la TA et une attention particulière aux signes cliniques clés qui peuvent souligner des infections spécifiques ou des maladies chroniques. Pour se faire, il faudrait inclure le statut nutritionnel, la croissance et le développement des enfants, les épisodes de fièvre et l'état de la peau (p.ex., ulcères, maladies fongiques, gale et poux), les anomalies aux yeux et l'examen de l'acuité visuelle, la mauvaise dentition, la présence d'adénopathie, d'organomégalie, d'anomalies génitales, et de déformation des articulations et des os<sup>10;11</sup>.
- a. L'examen physique révélera souvent des signes de normes et de pratiques culturelles — allant de l'excision/la mutilation des organes génitaux chez les femmes (voir ci-dessous) à la scarification issue des pratiques de médecine traditionnelle, par exemple, le Gua Sha (type de friction), l'application de ventouses, l'uvulectomie (ablation de la luette)<sup>10</sup>. On peut aussi retrouver des signes de vieilles fractures, de dommages aux tendons ou aux nerfs, de blessures après avoir marché sur des explosifs, et d'autres traumatismes mal ou pas traités du tout.
- b. La mutilation des organes génitaux de la femme peut impliquer l'ablation partielle ou complète des organes génitaux externes pour des raisons non médicales, culturelles ou autres. La plupart de ces mutilations (65 à 90%) se retrouvent chez les femmes africaines<sup>13</sup>. La mutilation des organes génitaux de la femme ont des répercussions sur leur prise en charge prénatale, obstétricale et gynécologique. Les répercussions chroniques de cette mutilation qui se rencontrent fréquemment en pratique clinique incluent les infections du système urinaire et les douleurs menstruelles<sup>14</sup>. Pour plus d'information sur la mutilation des organes génitaux chez les femmes, voir les ressources en ligne de l'annexe 3.

Certains signes et symptômes peuvent indiquer des maladies qui ne sont pas souvent rencontrées dans la population née au Canada. Il est donc essentiel «d'ouvrir» le diagnostic différentiel. L'annexe 1 fournit une liste des symptômes significatifs et des diagnostics importants à envisager lorsqu'ils surviennent chez les réfugiés de même que chez les nouveaux immigrants.

### Dépistage (voir l'annexe 2)

9. Même si les lignes directrices fondées sur des données probantes concernant le dépistage de maladies chez les immigrants et les réfugiés

sont peu nombreuses<sup>10</sup>, la CCSIR (Collaboration canadienne pour la santé des immigrants et réfugiés) a récemment élaboré des directives cliniques liées aux soins préventifs de cette population dont les mesures s'appuient sur des données probantes<sup>8</sup>. Voir à l'annexe 2 un résumé de ces recommandations.

### Maladies infectieuses

10. Plusieurs immigrants et réfugiés sont originaires de régions où certaines maladies parasitaires et autres maladies infectieuses sont fréquentes. Le dépistage de ces maladies incluant la tuberculose, les hépatites B et C, l'infection au VIH et les parasites demeure primordial chez les personnes qui proviennent des pays où la prévalence de ces maladies est élevée (voir l'annexe 2). Les répercussions de ces maladies sur les individus et leurs communautés sont facilement évitables par un dépistage et un traitement adéquats ainsi qu'un suivi par la santé publique.

#### Tuberculose (TB)

11. Les personnes nées à l'étranger représentent 65% de tous les cas de tuberculose active au Canada<sup>15</sup>. On recommande le dépistage de l'infection tuberculeuse latente par un test cutané à la tuberculine (TCT) (aussi appelé épreuve de Mantoux) chez les enfants et les adolescents de moins de 20 ans et chez les réfugiés âgés de 20 à 50 ans originaires des pays où l'incidence de tuberculose est élevée, par exemple, l'Afrique subsaharienne, l'Asie, l'Amérique centrale et l'Amérique du Sud<sup>16</sup>.
12. On considère que les patients qui obtiennent des résultats positifs à la tuberculine, mais négatifs à la radiographie et qui n'ont *aucun* symptôme compatible avec une tuberculose active, ont une infection tuberculeuse latente<sup>17</sup>. Pour interpréter les résultats du test cutané, consulter les [Normes canadiennes de lutte antituberculose](#), page 69, tableau 1.<sup>A</sup>
- a. En général, on recommande le traitement d'une infection tuberculeuse latente par une dose quotidienne d'isoniazide pendant neuf mois. Il est important de faire un suivi pour surveiller l'hépatotoxicité<sup>16</sup>.

**Remarque:** Les symptômes classiques de tuberculose pulmonaire incluent la toux chronique (d'une durée d'au moins trois semaines qui au départ était sèche mais est devenue productive après plusieurs semaines ou mois), la fièvre et

<sup>A</sup> Normes canadiennes de lutte antituberculose:

(en anglais) [http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/pdf/tbstand07\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/pdf/tbstand07_e.pdf).

(en français) [http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/pdf/tbstand07\\_f.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/pdf/tbstand07_f.pdf)

les sueurs nocturnes. L'hémoptysie, l'anorexie, la perte de poids, la douleur thoracique et d'autres symptômes indiquent habituellement une maladie à un stade avancé <sup>17</sup>.

- b. Les patients qui présentent des symptômes compatibles avec une possible tuberculose active exigent une évaluation plus poussée (voir ci-dessous). Le test cutané à la tuberculine (TCT) n'est pas recommandé pour poser le diagnostic de tuberculose pulmonaire active. Les résultats seront faussement négatifs chez 20 à 30% des patients qui ont une tuberculose active au moment du diagnostic initial. Des résultats faussement positifs peuvent aussi survenir en lien avec des infections à mycobactéries non tuberculeuses ou à cause d'une précédente vaccination au BCG <sup>17</sup>.
- c. L'évaluation plus poussée nécessaire pour diagnostiquer une tuberculose active comprend:
 

*Une radiographie pulmonaire:* Puisque cette radiographie permet d'établir la présence de toute anomalie avec une sensibilité qui dépasse les 95%, une radiographie qui donne des résultats normaux chez un individu qui autrement est en bonne santé élimine à toute fin pratique la tuberculose pulmonaire active. Toutefois, environ 10% des personnes qui sont séropositives pour le VIH et qui ont une tuberculose active obtiennent des résultats normaux à la radiographie <sup>17</sup>. Chez les patients qui ont des symptômes compatibles avec une tuberculose active, l'examen microscopique des expectorations et d'autres examens peuvent être nécessaires si le tableau clinique suggère l'atteinte d'autres organes (p.ex., rein, os) <sup>18</sup>.

*Examen microscopique des expectorations:* Cet examen est indiqué chez les patients qui ont des symptômes de tuberculose active et/ou des résultats positifs à la radiographie pour diagnostiquer une suspicion de tuberculose pulmonaire active et déterminer l'infectiosité <sup>17</sup>. Même si des tests d'anticorps sont disponibles, leur sensibilité et leur spécificité ne sont pas suffisantes pour remplacer l'examen microscopique des expectorations <sup>19</sup>.

#### *Les maladies évitables par la vaccination*

13. Les nouveaux immigrants et réfugiés ont rarement leur dossier d'immunisation ou ont des dossiers difficiles à interpréter. Une étude américaine a révélé que la vaste majorité des réfugiés n'ont pas les documents nécessaires qui peuvent confirmer qu'ils ont bien reçu les vaccins recommandés — ces documents étaient encore plus rares chez les adultes et les réfugiés provenant de l'Afrique subsaharienne <sup>20</sup>. Tous les enfants qui n'ont pas les documents appropriés sur leur historique d'immunisation devraient commencer le calendrier d'une primo-vaccination en fonction de leur âge selon le calendrier provincial d'immunisation en vigueur pour les personnes qui n'ont reçu aucune vaccination <sup>21</sup>. Tous les adultes devraient recevoir une dose de RRO et une première série (trois injections) contre la diphtérie, le tétanos et la polio; la première dose devrait aussi inclure un vaccin acellulaire contre la coqueluche. Les personnes susceptibles de contracter cette infection devaient aussi recevoir un vaccin contre l'hépatite B.
14. Une histoire de vaccination inconnue peut soulever des inquiétudes sur la possibilité de survaccination des individus <sup>21</sup>.
  - a. Des études récentes ont montré qu'il n'y a aucune preuve de dommages possibles liés à une survaccination contre le tétanos, la diphtérie, la poliomyélite ou la coqueluche avec le vaccin acellulaire chez les adolescents et les adultes <sup>22</sup>.
  - b. On a constaté aucun effet indésirable lors d'immunisations répétées contre la rougeole, les oreillons, la rubéole, la polio, l'hépatite B et A, la varicelle et l'*Haemophilus influenzae* de type b de même lors de l'utilisation de vaccins conjugués contre la pneumonie et la méningite. Ces vaccins peuvent donc être donnés en fonction de l'âge ou des facteurs de risque sans s'inquiéter d'une vaccination antérieure <sup>21</sup>.
15. On ne recommande pas faire des tests sérologiques de routine pour déterminer l'immunité des enfants et des adultes qui n'ont pas de dossier d'immunisation <sup>21</sup>. Les tests sérologiques sont coûteux et il n'y a pas de seuil de référence pour confirmer l'immunité pour plusieurs maladies. Pour ce qui est de la rougeole, des oreillons et de la rubéole, une étude canadienne réalisée auprès de 1480 immigrants et réfugiés adultes a confirmé cette recommandation puisque 36% des participants à cette étude étaient susceptibles d'avoir au moins une de ces maladies avec une prévalence allant de 22 à 54% dans les sous-groupes selon l'âge, le sexe et le pays d'origine. Les femmes immigrantes sont particulièrement à risque <sup>23</sup>.
16. Puisque la prévalence de la varicelle dans les pays tropicaux est plus élevée chez les adultes que chez les enfants, on recommande une sérologie des anticorps chez ces immigrants âgés de plus de 13 ans. La vaccination est indiquée chez les personnes susceptibles d'avoir la varicelle et qui ne



sont pas protégées. Tous les enfants de moins de 13 ans devraient être vaccinés sans faire de tests sérologiques<sup>8</sup>.

17. Il faut prendre des précautions lorsqu'on administre des vaccins vivants aux personnes immunosupprimées ou porteuses du VIH. On peut administrer le vaccin RRO et contre la varicelle aux personnes qui ont acquis une immunosuppression légère/modérée secondaire au VIH; toutefois, on devrait consulter le Guide canadien d'immunisation et un spécialiste des maladies infectieuses/immunologiste pour obtenir son avis sur l'immunisation des personnes infectées au VIH<sup>21</sup>.

#### *La malaria*

18. La malaria est la principale cause de mortalité à travers le monde. En 2008, environ 243 millions de cas de malaria se sont soldés par près de 863 000 décès<sup>24</sup>. Un diagnostic et un traitement rapides sont essentiels pour diminuer la sévérité de la maladie et prévenir le décès, en particulier, chez les enfants qui sont exposés à un risque accru de malaria et à ses complications<sup>8;25</sup>.
- a. Même si on ne recommande pas le dépistage de routine de la malaria, il faut se montrer vigilant face aux symptômes de cette maladie chez les personnes qui sont originaires ou qui ont voyagé au cours des trois derniers mois et jusqu'à un an dans les pays où la malaria est endémique. Toujours suspecter la malaria si la fièvre est présente ou si le patient vient de l'Afrique subsaharienne.
- b. On recommande des analyses avec le test diagnostique rapide pour la malaria, un frottis et une goutte épaisse. Même s'ils ont une sensibilité légèrement plus faible (~89 à 95% pour le *Plasmodium falciparum* et 68% pour le *Plasmodium vivax*), les tests diagnostiques rapides sont de plus en plus disponibles et ne sont pas liés à l'expérience de la personne qui fait le diagnostic au microscope<sup>9</sup>. Il demeure important de prélever un échantillon sanguin pour un frottis même dans les régions où l'interprétation immédiate par un expert n'est pas disponible puisqu'il peut être utile pour quantifier le pourcentage de parasitémie, une donnée importante pour le pronostic et le suivi des individus malades<sup>26</sup>. Il faut parfois conserver un indice de suspicion élevé et répéter les tests pour arriver au bon diagnostic.

#### **Les maladies chroniques et non transmissibles**

19. Les immigrants et réfugiés nouvellement arrivés au Canada ont un risque accru de certaines maladies chroniques et non transmissibles<sup>8</sup>.
- a. Les latino-américains, les africains et les asiatiques du Sud ont une prévalence de diabète de type 2 qui est deux à quatre fois plus élevée que les Caucasiens d'origine européenne. De plus, ce problème apparaît plus précocément et le pronostic est moins bon<sup>27</sup>.
- b. La carence en fer est la carence nutritionnelle la plus fréquente dans le monde, en particulier, chez les femmes et les enfants<sup>28</sup>, et c'est la principale cause d'anémie chez les immigrants. De façon typique, cette carence se manifeste par une anémie microcytaire<sup>29</sup>.
- c. La prévalence des caries dentaires est beaucoup plus élevée chez les nouveaux immigrants (23%) par rapport aux personnes nées au Canada (3,5%)<sup>8</sup>.
- d. Les troubles de réfraction sont prévalents chez les immigrants et constituent les principales causes de trouble de l'acuité visuelle<sup>8</sup>.
- Les recommandations de dépistage de ces problèmes sont résumées dans l'annexe 2.

#### **Santé mentale et maltraitance**

20. Plusieurs patients, en particulier, les réfugiés ont vécu des expériences de torture, de violence et d'autres événements traumatisants qui peuvent augmenter leur risque de troubles de santé mentale<sup>10;30;31</sup>.
- a. Si vous avez accès à un «système intégré de prise en charge», on recommande le dépistage de routine de la dépression chez les adultes (voir l'annexe 2)<sup>8</sup>.
- b. On ne recommande pas de dépistage de routine des autres problèmes de santé mentale notamment, l'état de stress post-traumatique («le dévoilement forcé d'événements traumatisants chez des individus fonctionnels peut causer plus de tort que de bien»), les enfants maltraités et la violence conjugale. Cependant, il est important de demeurer vigilant face aux troubles de santé mentale notamment, la dépression ou le trouble panique, ainsi qu'aux symptômes somatiques non expliqués et aux troubles du sommeil.

#### **Santé des femmes**

21. Les femmes récemment immigrées ont des taux plus faibles de dépistage par cytologies vaginales que les femmes nées au Canada<sup>32</sup>.

- a. Les croyances culturelles peuvent devenir un obstacle aux examens gynécologiques<sup>8</sup>.
- b. L'examen pelvien entre autres peut être difficile, douloureux ou même impossible à réaliser. «L'information, la relation médecin-patient et l'accès à une femme médecin peuvent améliorer le dépistage et le suivi<sup>8</sup>».

22. Les autres éléments importants à envisager incluent les besoins contraceptifs pour prévenir les grossesses non désirées et le vaccin contre le VPH pour les patientes âgées entre 9 et 45 ans (depuis avril 2011, Santé Canada a approuvé ce vaccin chez les femmes jusqu'à l'âge de 45 ans)<sup>8</sup>.

### AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

23. La consultation d'un professionnel de la santé peut être stressante. Les immigrants nouvellement arrivés ne sont pas familiers avec le système de santé canadien et peuvent s'inquiéter d'une déportation possible si le médecin découvre une maladie grave. Les réfugiés peuvent ne pas faire confiance aux personnes en autorité<sup>33</sup>. Envisager les stratégies suivantes:

- Prévoir suffisamment de temps pour établir une relation de confiance.
- Expliquer la structure de notre système de soins de santé et le rôle du médecin de famille. Revoir les règles de confidentialité avec le patient et les cas où la divulgation est obligatoire selon la loi (p.ex., la déclaration de maladie transmissible sexuellement à la santé publique).
- Être plus flexible avec les rendez-vous car ces patients ne sont pas familiers avec les systèmes de rendez-vous. Un rappel téléphonique peut être utile, en particulier, au début de leur installation au pays.
- Envisager d'utiliser un dossier que le patient peut garder avec lui, en particulier pour les vaccins, puisque les patients réfugiés déménagent souvent durant leur période d'installation.
- Faire une liste des ressources communautaires/des réseaux de soutien qui peuvent répondre à leurs besoins particuliers en début d'installation (p.ex., logement, nourriture, cours de langue)<sup>8;12;33;34</sup>.

### Interprètes médicaux

24. «L'obligation de précision et de compréhension est primordiale» dans un contexte clinique<sup>35</sup>. Lorsque c'est possible, utiliser un interprète professionnel qualifié pour faciliter la communication entre vous et vos patients. Il vaut mieux ne pas se fier aux enfants ou aux autres proches et amis à moins

qu'il n'y a pas de professionnel qualifié disponible. Les revues systématiques<sup>36;37</sup> ont révélé que l'utilisation d'interprètes professionnels plutôt que les «traducteurs *ad hoc*» (p.ex., enfants, amis, personnel, etc.) favorise une meilleure communication et «aide à réduire la duplication des différents services médicaux»<sup>34</sup>.

25. Trucs utiles pour travailler avec des traducteurs médicaux:

- Prévoir suffisamment de temps pour la consultation – une conversation qu'on doit interpréter exige que chaque phrase ou question soit répétée deux fois.
- S'adresser au patient et non à l'interprète.
- Parler normalement – pas trop fort ni trop vite.
- Utiliser des mots et non des gestes pour donner des explications. Utiliser des aides visuelles lorsque c'est possible (par exemple, des images provenant de Google peuvent être utiles).
- Éviter d'utiliser des expressions régionales qui parfois ne signifient rien dans d'autres cultures.
- Poser une question à la fois. Donner des explications courtes et faire des pauses pour donner le temps de traduire.
- S'attendre à ce que l'interprète demande des précisions. Se préparer à reformuler votre message en d'autres mots s'il n'est pas bien compris.
- Si une prescription doit être rédigée, demander à l'interprète d'écrire la dose et les instructions dans la langue maternelle du patient<sup>12;35</sup>.

26. Les renseignements au sujet des services de traduction peuvent être obtenus auprès d'organismes comme les services provinciaux d'installation. Citoyenneté et immigration Canada fournit une liste exhaustive de tous les services communautaires aux nouveaux arrivants (voir le lien à l'annexe 3 sous la rubrique Services d'installation).

### LES ÉLÉMENTS CLÉS

- Lorsqu'on prend en charge les soins de nouveaux immigrants ou réfugiés, envisager le pays d'origine, le parcours d'immigration (forcée par rapport à volontaire) et les pays visités en route vers le Canada.
- Un diagnostic différentiel étendu est important en présence de certains signes et symptômes cliniques.
- Mettre en place des mesures de dépistage spécifiques à cette population tout comme celles recommandées pour la population en général.
- Travailler de concert avec des traducteurs médicaux et les réseaux sociaux communautaires peut améliorer l'accès aux soins de santé.

**COMMENTAIRES DES HISTOIRES DE CAS****Cas numéro 1: Josef, âgé de 15 ans****Comment procéderiez-vous à l'immunisation de Josef?**

Puisque la mère de Josef n'a pas de dossier de vaccination, Josef pourrait commencer un calendrier de primo-vaccination approprié pour son âge (voir la section Renseignements généraux, point 13). Il ne serait pas nécessaire de vérifier ses taux d'anticorps avant de le vacciner (voir la section Renseignements généraux, point 15).

Même si Josef a probablement passé un test pour le VIH lors de son examen médical pour immigration, il serait difficile d'obtenir les résultats puisqu'ils demeurent la propriété du gouvernement et non celle du patient (voir la section Renseignements généraux, point 3); de plus, les personnes à contacter/le suivi ne sont pas assurés par le gouvernement canadien. Dans ce cas, il serait important de répéter le test du VIH avant de lui donner un vaccin vivant atténué, et si les résultats sont positifs, de consulter un spécialiste des maladies infectieuses/immunologiste. Le Guide canadien d'immunisation fournit des conseils spécifiques pour la vaccination des personnes infectées au VIH (voir la section Renseignements généraux, point 17).

Il n'y a pas d'inquiétudes soulevées par une survaccination puisque de récentes études n'ont montré aucune augmentation des réactions secondaires avec l'administration fréquente de ces vaccins (voir la section Renseignements généraux, point 14a).

À l'âge de Josef, il vaudrait mieux faire un test sérologique avant de lui donner le vaccin contre la varicelle (voir la section Renseignements généraux, point 16).

**LE PATIENT RÉEL QUI A INSPIRÉ CETTE HISTOIRE DE CAS**

Le patient a reçu sa première série de vaccins contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la polio, les oreillons, la rubéole et la varicelle au cours de plusieurs visites. Il préparait, en Ontario, sa rentrée en neuvième année et il devait donc recevoir aussi les vaccins contre la méningite C et l'hépatite B puisque ces vaccins sont administrés à l'école en septième année. Il existe des variations dans les programmes provinciaux. NDT Au Québec, le vaccin contre la méningite C est donné selon le calendrier pédiatrique de vaccination et celui contre l'hépatite B est donné aux écoliers pendant la quatrième année du primaire.

**Cas numéro 2: Emmanuela, âgée de 40 ans****Première partie****Quelle autre information pourrait vous être utile dans le cas d'Emmanuela?**

Il serait utile de savoir si Emmanuela a déjà eu des problèmes de santé, incluant des maladies infectieuses, la durée de ses symptômes actuels, si elle a eu d'autres symptômes (en particulier, ceux liés à la possibilité de tuberculose active, de malaria ou d'infection au VIH), et si elle a été exposée à des cas de tuberculose active (voir la section Renseignements généraux, points 7, 12 et 18). Il serait aussi important de poser des questions sur sa consommation d'alcool et de tabac.

Restez conscient des écarts d'interprétation lorsque c'est un membre de la famille qui traduit. Il est possible que son fils ne fournit pas certaines parties de l'histoire, donne de l'information biaisée et/ou ne comprend pas bien vos questions. Il ne serait pas approprié que son fils traduise certains éléments plus sensibles de son histoire médicale (par exemple, les questions liées à son histoire sexuelle). Il serait préférable d'organiser une rencontre avec un traducteur médical (voir la section Renseignements généraux, point 24).

**Deuxième partie****Comment prendriez-vous Emmanuela en charge?**

Le diagnostic différentiel devrait inclure la tuberculose, la bronchite, une infection des voies respiratoires supérieures, une pneumonie et, même si c'est moins probable, la malaria et l'infection au VIH.

L'évaluation d'Emmanuela devrait comprendre une radiographie pulmonaire et un frottis des expectorations avec coloration des BAAR (bacilles acido-alcool-résistants) pour le diagnostic de tuberculose active (voir la section Renseignements généraux, point 12c). Un TCT n'est pas utile au diagnostic d'une tuberculose en phase aiguë (voir la section Renseignements généraux, point 12b). Un résultat positif à ce test pourrait être utile si le bilan est négatif pour une maladie pulmonaire; il pourrait ainsi révéler un diagnostic d'infection tuberculeuse latente ou extrapulmonaire (voir la section Renseignements généraux, point 12). Des résultats négatifs à la radiographie pulmonaire n'ont pas une sensibilité de 100% pour éliminer la tuberculose (voir la section Renseignements généraux, point 12c) donc, vous pourriez envisager de consulter un spécialiste des maladies infectieuses pour un avis et un suivi, en attendant les résultats de cultures. Entre-temps, il serait



prudent qu'Emmanuela porte un masque en présence d'autres personnes.

Vous pourriez aussi envisager un test diagnostique rapide, un frottis sanguin et une goutte épaisse pour la malaria, et un test sérologique pour le VIH (voir la section Renseignements généraux, points 9 et 18).

### Troisième partie: un mois plus tard

#### Quels autres dépistages envisageriez-vous pour elle?

On recommande le dépistage des problèmes suivants (voir l'annexe 2):

- cancer du col de l'utérus (cytologie)
- hépatites B et C
- sérologie pour *Strongyloides* et *Schistosoma*
- acuité visuelle et audition
- santé buccodentaire
- anémie ferriprive
- diabète de type 2.

Il serait aussi important de:

- discuter avec Emmanuela de ses besoins en contraception et de fournir du counselling, au besoin (voir la section Renseignements généraux, point 21 et l'annexe 2)
- faire un dépistage de la dépression si vous avez accès à un système intégré de prise en charge (voir la section Renseignements généraux, point 20a et l'annexe 2); utiliser une évaluation systématique de l'humeur ou un questionnaire validé (p.ex., PHQ-9, disponible en plusieurs langues) (voir l'annexe 2).

L'histoire complète devrait inclure les détails de ses antécédents médicaux, de son histoire obstétricale, de son utilisation de médecine et de techniques de traitement traditionnels en matière de santé, des transfusions sanguines, des tatouages, du tabagisme (cigarettes, narguilé) et de l'utilisation de la noix de bétel (voir la section Renseignements généraux, point 7).

Au cours de son examen physique, vous pourriez découvrir qu'elle a eu une infibulation, aussi connue comme une mutilation des organes génitaux féminins (voir la section Renseignements généraux, point 8). Il est important de ne pas montrer une attitude de jugement puisqu'il s'agit de pratiques acceptées dans plusieurs parties du monde. Un petit spéculum pourrait faciliter l'examen gynécologique.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue  
Vol. 19(12), Novembre 2011

*Même si le plus grand soin a été apporté à la préparation des informations contenues dans ce module, le Programme ne peut en garantir la pertinence dans des cas cliniques particuliers ou chez certains patients. Les médecins et les autres professionnels de la santé doivent utiliser leur propre jugement clinique, fondé sur les circonstances particulières de chaque cas, pour décider de la prise en charge et du traitement de leur patient.*

*Quiconque utilise ces renseignements, le fait à ses risques, et ne peut tenir pour responsable La Fondation pour l'éducation médicale continue ni le Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique d'aucun incident ou dommage qui pourrait découler de cet usage.*

**Co-auteurs:** **D' Carol Geller, CCFP, FCFP**  
Médecin de famille  
Ottawa, Ontario

**D' Sanam Siddiqui, CCFP**  
Médecin de famille  
Toronto, Ontario

**Réviseurs:** **D' Kevin Pottie**  
**BSc, MCISc, FCFP**  
Family physician – specializing in  
Primary Health Care Research,  
Migrant Medicine and Global Health  
Ottawa, Ontario

**D<sup>re</sup> Helena Swinkels,**  
**MHSc, FCFP, FRCPC**  
Family Medicine, and Public Health  
and Preventative Medicine  
Surrey, Colombie-Britannique

**Rédactrice** **D<sup>re</sup> Elizabeth Shaw, CCFP, FCFP**  
**médicale en chef:** Médecin de famille  
Hamilton, Ontario

**Rédactrice** **Lynda Cranston, Hons BA**  
**médicale:** Orangeville, Ontario

**Recherche:** **Dawnelle Hawes, BA, BKin, MEd**  
Hamilton, Ontario

**Traduction:** **Biograph**

L'équipe de rédaction de La Fondation tient à remercier Maria Hubinette, Lori Regenstreif et Annabel Vatheuer qui ont participé à la table ronde initiale de ce module. De plus, La Fondation remercie les groupes-pilotes PGBP facilités par Michael West (Hamilton, Ontario) et Dana Winterburn (London, Ontario) qui ont testé ce module de formation et proposé des améliorations.

**Divulgarion de conflits d'intérêts:**

Carol Geller, Sanam Siddiqui, Elizabeth Shaw et Lynda Cranston n'en ont déclaré aucun.

Helena Swinkels a participé à l'élaboration des lignes directrices canadiennes pour la santé des immigrants et réfugiés publiées par la Collaboration canadienne pour la santé des immigrants et réfugiés.

Kevin Pottie a été rénuméré à titre de conseiller pour Médecins Sans Frontières et il est membre du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

**Références bibliographiques**

- (1) Statistics Canada SC. *Selected Demographic, Cultural, Educational, Labour Force and Income Characteristics, Mother Tongue, Age Groups and Sex for the Population of Canada, Provinces, Territories, Census Metropolitan Areas and Census Agglomerations, 2006 Census - 20% Sample Data*. 2006. <http://www.statcan.gc.ca> Accessed October 2011.
- (2) Gushulak BD, Pottie K, Roberts JH, Torres S, DesMeules M. Migration and health in Canada: health in the global village. *CMAJ* 2010. PM:20584934
- (3) *Talking about refugees and immigrants: a glossary of terms*. 2011. Canadian Council for Refugees. <http://www.cpj.ca/en/talking-about-refugees-and-immigrants-glossary-terms> Accessed October 2011.
- (4) Public Health Agency of Canada. *Immunization & Vaccines: Canadian Immunization Guide 2006: Part 3 - Recommended Immunization: Immunization of Persons New to Canada*. 2006. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p03-11-eng.php> Accessed October 2011.
- (5) *Handbook for designated medical practitioners*. 2009. Citizenship and Immigration Canada: Health management branch. <http://www.cic.gc.ca/english/resources/publications/dmp-handbook/index.asp> Accessed October 2011.
- (6) Citizenship and Immigration Canada. *Medical exam requirements for permanent residents*. 2002. Accessed April 2011.
- (7) *OP 15 Medical Procedures*. 1-20. 2011. Ottawa, ON, Citizenship and Immigration Canada. <http://www.cic.gc.ca/english/resources/manuals/op/op15-eng.pdf> Accessed October 2011.
- (8) Pottie K, Greenaway C, Feightner J, Welch V, Swinkels H, Rashid M et al. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *CMAJ* 2011; e-pub ahead of print. Jul 27:E1-E102. 20530168
- (9) 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. *CMAJ* 2010. PM:20547714
- (10) Stauffer WM, Kamat D, Walker PF. Screening of international immigrants, refugees, and adoptees. *Prim Care* 2002; 29(4):879-905. PM:12687898
- (11) Pottie K, Top P, Kilbertus F. *An Approach to the Primary Care for Immigrants and Refugees: a primer for medical students, residents and nurse practitioner students*. *Immigrant Health (Visiting Friends and Family Program)*. *Clinical Primer for Immigrant and Refugee Health*. 2009.
- (12) *Promoting Refugee Health. A guide for doctors and other health care providers caring for people from refugee backgrounds*. 2nd edition, 1-292. 2007. Foundation House - The Victorian Foundation for Survivors of Torture Inc. [http://www.foundationhouse.org.au/resources/publications\\_and\\_resources.htm](http://www.foundationhouse.org.au/resources/publications_and_resources.htm) Accessed October 2011.
- (13) *Female genital mutilation*. Fact sheet No 241. 2010. World Health Organization (WHO). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/#> Accessed October 2011.
- (14) Weir E. Female genital mutilation. *CMAJ* 2000; 162(9):1344. PM:10813019
- (15) Public Health Agency of Canada. *Tuberculosis in Canada 2006: pre-release*. 2007. Ottawa, ON. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/tbcanpre06/> Accessed October 2011.
- (16) Greenaway C, Sandoe A, Vissandjee B, Kitai I, Gruner D, Wobeser W et al. Tuberculosis: evidence review for newly arriving immigrants and refugees. *CMAJ* 2010. PM:20634392
- (17) *Canadian Tuberculosis Standards*. Long R, Ellis E, editors. 6th edition, i-438. 2007. Ottawa, ON, Minister of Health. Tuberculosis Prevention and Control, Public Health Agency of Canada, and The Canadian Lung Association/Canadian Thoracic Society. [http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/pdf/tbstand07\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/pdf/tbstand07_e.pdf) Accessed October 2011.
- (18) *Tuberculosis*. 2011. Government of Alberta - Health and Wellness. Public Health Notifiable Disease Management Guidelines. <http://www.health.alberta.ca/documents/Guidelines-Tuberculosis-2011.pdf> Accessed October 2011.
- (19) Steingart KR, Henry M, Laal S, Hopewell PC, Ramsay A, Menzies D et al. A systematic review of commercial serological antibody detection tests for the diagnosis of extrapulmonary tuberculosis. *Thorax* 2007; 62(10):911-918. PM:17675320
- (20) Lifson AR, Thai D, Hang K. Lack of immunization documentation in Minnesota refugees: challenges for refugee preventive health care. *J Immigr Health* 2001; 3(1):47-52. PM:16228801
- (21) National Advisory Committee on Immunization. *Canadian Immunization Guide*. Seventh. 2006. Public Health Agency of Canada; Infectious Disease and Emergency Preparedness Branch, Centre for Infectious Disease Prevention and Control; Minister of Public Works; Government Services of Canada. [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/pdf/cig-gci-2006\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/pdf/cig-gci-2006_e.pdf). Accessed October 2011.

- (22) Pottie K, Greenaway C, Feightner J, Welch V, Swinkels H, Rashid M et al. Appendix 2. Summary of evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees (part 1 of 14)©. *CMAJ* 2011; Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees(DOI:10.1503/cmaj.090313):1-14. <http://www.cmaj.ca/content/suppl/2010/06/07/cmaj.090313.DC1/imm-summary-2-at.pdf> Accessed October 2011.
- (23) Greenaway C, Dongier P, Boivin JF, Tapiero B, Miller M, Schwartzman K. Susceptibility to measles, mumps, and rubella in newly arrived adult immigrants and refugees. *Ann Intern Med* 2007; 146(1):20-24. PM:17200218
- (24) *World Malaria Report 2009*. i-66. 2009. Geneva:CH, World Health Organization (WHO). [http://www.who.int/malaria/world\\_malaria\\_report\\_2009/en/index.html](http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2009/en/index.html) Accessed October 2011.
- (25) Kain KC, Harrington MA, Tennyson S, Keystone JS. Imported malaria: prospective analysis of problems in diagnosis and management. *Clin Infect Dis* 1998; 27(1):142-149. PM:9675468
- (26) Bailey JW, Williams J, Bain BJ, Pareker-Williams J, Chiodini P. *Guideline: The Laboratory Diagnosis of Malaria*. General Haematology Task Force, editor. 1-19. 2005. London, UK., British Committee for Standards in Haematology. [http://www.bcsghguidelines.com/documents/Malaria\\_bcsh\\_2005.pdf](http://www.bcsghguidelines.com/documents/Malaria_bcsh_2005.pdf) Accessed October 2011.
- (27) Creatore MI, Moineddin R, Booth G, Manuel DH, DesMeules M, McDermott S et al. Age- and sex-related prevalence of diabetes mellitus among immigrants to Ontario, Canada. *CMAJ* 2010; 182(8):781-789. PM:20403889
- (28) *Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005: WHO global database on anaemia*. de Benoist B, McLean E, Egli I, Cogswell M, editors. 2008. Geneva (Switzerland), World Health Organization and Centers for Disease Control and Prevention (Atlanta). [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596657\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596657_eng.pdf) Accessed October 2011.
- (29) Wright RO, Tsaih SW, Schwartz J, Wright RJ, Hu H. Association between iron deficiency and blood lead level in a longitudinal analysis of children followed in an urban primary care clinic. *J Pediatr* 2003; 142(1):9-14. PM:12520247
- (30) Weinstein HM, Dansky L, Iacopino V. Torture and war trauma survivors in primary care practice. *West J Med* 1996; 165(3):112-118. PM:8909162
- (31) Eckstein B. Primary care for refugees. *Am Fam Physician* 2011; 83(4):429-436. PM:21322519
- (32) McDonald JT, Kennedy S. Cervical cancer screening by immigrant and minority women in Canada. *J Immigr Minor Health* 2007; 9(4):323-334. PM:17345152
- (33) *Caring for Refugee Patients in General Practice. A desk-top guide*. 3rd edition, 1-21. 2007. Victorian Foundation for Survivors of Torture, Inc. [http://www.foundationhouse.org.au/resources/publications\\_and\\_resources.htm](http://www.foundationhouse.org.au/resources/publications_and_resources.htm) Accessed October 2011.
- (34) Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J et al. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ* 2010. PM:20603342
- (35) *Working With Medical Interpreters*. 2007. Minnesota Refugee Health Provider Guide. <http://www.health.state.mn.us/divs/idepc/refugee/guide/index.html> Accessed October 2011.
- (36) Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Med Care Res Rev* 2005; 62(3):255-299. PM:15894705
- (37) Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Serv Res* 2007; 42(2):727-754. PM:17362215
- (38) Tugwell P, Pottie K, Welch V, Ueffing E, Chambers A, Feightner J. Evaluation of evidence-based literature and formation of recommendations for the Clinical Preventive Guidelines for Immigrants and Refugees in Canada. *CMAJ* 2010. PM:20573711

## ANNEXE 1. DIAGNOSTICS À ENVISAGER EN FONCTION DES SYMPTÔMES LORS DES SOINS DE SANTÉ DES RÉFUGIÉS

**Remarque:** Cette annexe peut aussi être pertinente chez les immigrants récemment arrivés; toutefois, son usage doit être guidé par les facteurs de risque de cette population.

Symptômes significatifs	Diagnostics différentiels supplémentaires à envisager*
Fièvre	<b>Infections non endémiques au Canada</b> Malaria, filariose, <i>Salmonella Typhi</i> , rickettsiose, dengue, fièvre jaune/hémorragique, schistosomiase aiguë <b>Infections endémiques mais avec une prévalence plus élevée dans cette population</b> Hépatite, maladie inflammatoire pelvienne aiguë, ostéomyélite, infections dentaires, rhumatisme articulaire aigu, tuberculose (pulmonaire et extrapulmonaire), VIH
Jaunisse	Hépatites A/B/C/autres, malaria, septicémie secondaire à la typhoïde, leptospirose, abcès hépatique, hémolyse (p.ex., induite par un médicament pour une carence en G6PD), induite par un médicament (p.ex., isoniazide)
Fatigue/faiblesse	Dépression/anxiété/état de stress post-traumatique, VIH, tuberculose
Perte d'appétit	Parasites intestinaux, dépression/anxiété/état de stress post-traumatique
Perte de poids	Tuberculose, VIH, endocardite infectieuse ou autre infection chronique, problème alimentaire, dépression/anxiété/état de stress post-traumatique, deuil, problèmes dentaires, vers intestinaux/parasites
Diarrhées ou douleurs abdominales	Vers intestinaux/parasites (p.ex., strongyloïdose, <i>Giardia</i> , amibiase), infection bactérienne (p.ex., <i>Salmonella</i> , <i>Shigella</i> , choléra, <i>Campylobacter</i> )
Urticaire	Ascaridiase, ankylostomiase, loase/onchocercose, parasites
Pigmentation de la peau modifiée	Lèpre
Difficultés respiratoires et/ou toux	Tuberculose, autre maladie pulmonaire (p.ex., éosinophilie pulmonaire), manifestations cardiaques du rhumatisme articulaire aigu et autres maladies cardiaques congénitales, bronchiectasies, anxiété
Douleurs chroniques/musculaires/articulaires/osseuses	Carence en vitamine D, rhumatisme articulaire aigu, tuberculose, typhus, dengue, ostéomyélite, anémie falciforme, cysticercose, maladie psychosomatique, anomalies congénitales, maladie de Lyme
Dysurie/hématurie	Schistosomiase, tuberculose, ITS - gonorrhée, chlamydia, herpès
«Crises», évanouissements, se sentir «bizarre»	Syndrome du choc culturel, crises de panique, dépression/ anxiété/état de stress post-traumatique
Paresthésie	Lèpre, neuropathie périphérique secondaire à la syphilis
État mental altéré	Malaria cérébrale, méningite, encéphalite, rage, anémie falciforme (infarctus), trypanosomiase

\* Ce tableau n'inclut pas tous les autres diagnostics différentiels habituels qu'on pourrait aussi envisager avec ces signes/symptômes cliniques

### Sources:

- 1) Caring for Refugee Patients in General Practice. A desk-top guide.(Section 6, Table 1, p. 9) 3rd edition:1-21. 2007. Victorian Foundation for Survivors of Torture, Inc. [http://www.foundationhouse.org.au/resources/publications\\_and\\_resources.htm](http://www.foundationhouse.org.au/resources/publications_and_resources.htm). Accès vérifié en octobre 2011.
- 2) Kizito,H. Refugee Health Care: A handbook for health professionals. 2001. New Zealand Ministry of Health. <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/1292?Open> . Accès vérifié en octobre 2011.



## ANNEXE 2. RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS DE DÉPISTAGE CHEZ LES IMMIGRANTS ET RÉFUGIÉS

Dépistage	Recommandation	Niveau de preuves*
<b>MALADIES INFECTIEUSES</b>		
Hépatite B	Dépistage chez les adultes et les enfants qui sont originaires des pays où la prévalence de l'hépatite B chronique est modérée à élevée [ $\geq 2\%$ de la population avec un résultat positif à HBsAg (antigène de surface du virus de l'hépatite B) – p.ex., Afrique, Asie, Europe de l'Est, certaines parties de l'Amérique du Sud], anti-HBc et anti-HBs. Consulter un spécialiste pour le traitement si résultat positif à HbsAg. Vacciner si les trois marqueurs sont négatifs (HBsAg, anti-HBc, anti-HBs).	Modéré
Tuberculose	Dépistage à l'aide d'un test à la tuberculine des enfants, des adolescents (< 20 ans) et des réfugiés (âgés entre 20 et 50 ans) qui proviennent de pays où l'incidence de la tuberculose est élevée (p.ex., Afrique saharienne, Asie, Amérique centrale et du Sud, certains pays de l'Europe de l'Est) dès leur arrivée au Canada ou le plus tôt possible. Dépistage (avec TCT) chez tous les autres immigrants ayant des facteurs de risque qui les exposent à un risque accru de tuberculose active. Voir la section Renseignements généraux, point 12 pour le bilan diagnostique plus poussé.	Élevé
VIH	Après avoir obtenu un consentement éclairé, dépistage de tous les adolescents et adultes originaires des pays où la prévalence du VIH est > 1% [Afrique subsaharienne, (tous les pays africains qui sont entièrement ou partiellement localisés au sud du Sahara), certaines parties des Caraïbes et de la Thaïlande].	Modéré
Hépatite C	Dépistage des anticorps de l'hépatite C chez tous les immigrants des régions dont la prévalence de la maladie est $\geq 3\%$ — incluant l'Afrique (subsaharienne et Égypte), Pakistan, Europe de l'Est (en particulier, l'Ouzbékistan et le Tadjikistan).	Modéré
Parasites intestinaux	Strongyloïdoses: Dépistage sérologique des réfugiés de l'Asie du Sud-Est et de l'Afrique Schistosomiase: Dépistage sérologique des réfugiés d'Afrique.	Modéré
<b>SANTÉ MENTALE</b>		
Dépression	S'il y a un système intégré de traitement et de prise en charge de la santé mentale, dépistage des adultes à l'aide de «questions cliniques systématiques ou d'un questionnaire validé» (PHQ-9 ou équivalent).	Modéré
<b>MALADIES CHRONIQUES ET NON TRANSMISSIBLES</b>		
Diabète de type 2	Dépistage par une glycémie à jeun des immigrants et réfugiés adultes âgés de > 35 ans provenant d'Asie du Sud, du Moyen-Orient, de l'Amérique latine et de l'Afrique.	Modéré
Anémie ferriprive	Dépistage avec l'Hg des enfants immigrants et réfugiés (âgés de 1 à 4 ans) Dépistage des femmes (immigrantes et réfugiées) en âge d'avoir des enfants.	Modéré
Caries dentaires, maladies périodontiques	Dépistage de tous les immigrants pour les douleurs dentaires, caries évidentes et maladies buccodentaires.	Modéré
Santé visuelle	Dépistage des troubles visuels chez tous les immigrants et réfugiés.	Très faible
<b>SANTÉ DES FEMMES</b>		
Contraception	Évaluation des besoins contraceptifs chez les femmes immigrantes en âge d'avoir des enfants dès que possible après leur arrivée au Canada.	Modéré
Cancer du col de l'utérus	Dépistage des anomalies cervicales chez les femmes sexuellement actives (cytologie). Vaccin contre le VPH chez les femmes âgées entre 9 et 26 ans.	Faible à Modéré

\* Niveaux: «élevé», «modéré», «faible», ou «très faible», fondés sur les preuves disponibles pour une action clinique spécifique<sup>38</sup>.

+ En dépit qu'il y a peu de preuves de qualité élevée pour le dépistage du cancer du col, il existe toutefois de bonnes preuves que les immigrantes et les réfugiées passent peu ce dépistage (voir la section Renseignements généraux, point 21).

Niveaux de preuves du GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supérieur: Des recherches plus poussées ont peu de chances de modifier le niveau de confiance des preuves actuelles sur les effets escomptés.</li> <li>• Modéré: Des recherches plus poussées ont des chances d'avoir des répercussions importantes sur le niveau de confiance des preuves actuelles et pourraient modifier les effets escomptés.</li> <li>• Faible: Des recherches plus poussées ont beaucoup de chances d'avoir des répercussions sur le niveau de confiance des preuves actuelles et de modifier les effets escomptés.</li> <li>• Très faible: Les effets escomptés demeurent très incertains.</li> </ul>

**Source:** Pottie K, Greenaway C, Feightner J, Welch V, Swinkels H, Rashid M, Narasiah L, Kirmayer L, Ueffing E, MacDonald N, Hassan G, McNally M, Kahn K, Buhrmann R, Dunn S, Dominic A, McCarthy AE, Gagnon AJ, Rousseau C, Tugwell P and co-authors of the Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. CMAJ 2011. DOI:10.1503/cmaj.090313 Résumé des lignes directrices et des considérations cliniques à: <http://www.cmaj.ca/content/suppl/2010/06/07/cmaj.090313.DC1/imm-summary-2-at.pdf>  
Accès aux lignes directrices complètes à: [http://www.cmaj.ca/cgi/collection/canadian\\_guidelines\\_for\\_immigrant\\_health](http://www.cmaj.ca/cgi/collection/canadian_guidelines_for_immigrant_health)

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, [www.fmpe.org](http://www.fmpe.org)

Novembre 2011





## ANNEXE 3. SANTÉ DES NOUVEAUX IMMIGRANTS ET RÉFUGIÉS: RESSOURCES EN LIGNE

### Guides généraux

CCIRH Knowledge Exchange Network: <http://www.ccirhken.ca> (en anglais seulement)

- Plusieurs ressources: revues de preuves et lignes directrices, baladodiffusions (podcast) pour les médecins, et modules d'apprentissage sur Internet sur la santé globale des réfugiés pour les étudiants en médecine et les résidents.

Santé Canada: <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/jfy-spv/immigrants-fra.php> (en anglais et en français)

- Information de base sur les problèmes de santé des immigrants. Inclut de l'information sur le système de soins de santé au Canada, l'immunisation, la promotion de la santé, la santé mentale et les dossiers médicaux des nouveaux immigrants, incluant les femmes immigrantes.

Health Protection Agency's Migrant Health Guide: <http://www.hpa.org.uk/migranthealthguide> (en anglais seulement)

- Une ressource britannique, organisée en fonction du pays d'origine qui vise à aider les médecins de première ligne à évaluer et prendre en charge les immigrants.

Victorian Foundation for Survivors of Torture <http://www.foundationhouse.com.au/home/index.htm> (en anglais seulement)

- Un site australien qui fournit des ressources pour aider à la compréhension des besoins des réfugiés incluant *Promoting Refugee Health: A Guide for Doctors and Other Health Care Providers Caring for People from Refugee Backgrounds* et *Caring for Refugee Patients in General Practice: A Desk-top Guide*

### Culture et coutumes

Cartables nationaux de documentation: [http://www.irb-cisr.gc.ca:8080/Publications/index\\_f.aspx](http://www.irb-cisr.gc.ca:8080/Publications/index_f.aspx) (en anglais et en français)

- Exposés et documents d'information sur un pays.

EthnoMed: <http://ethnomed.org/> (en anglais seulement)

- Information sur les croyances culturelles, les problèmes médicaux et des sujets connexes pertinents pour les soins de santé des immigrants.

Mutilation des organes génitaux de la femme

- Weir, J. Female genital mutilation. CMAJ 2000;162(9). <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/162/9/1344> (en anglais seulement)
- Circumcision Information and Resource Pages: <http://www.cirp.org/pages/female.html> (en anglais seulement)

### Immunisation

Système de l'OMS pour le suivi des maladies évitables par la vaccination

[http://apps.who.int/immunization\\_monitoring/en/globalsummary/ScheduleSelect.cfm](http://apps.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/ScheduleSelect.cfm) (en anglais seulement)

- Calendrier d'immunisation en fonction des antigènes et des pays visés

### Santé mentale

Santé mentale multiculturelle: <http://www.mmhrc.ca/> (en anglais et en français)

- Ressources pour améliorer la prestation des services de santé mentale au Canada pour diverses populations
- Le questionnaire PHQ-9 est disponible en plusieurs langues à: <http://www.mmhrc.ca/page/phq-9-multiple-languages>

### Statistiques

- Organisation mondiale de la santé (OMS): [www.who.int/countries/fr/](http://www.who.int/countries/fr/) (en anglais et en français)
- Information sur des pays spécifiques quant aux indicateurs de santé, éclosion de maladie, couverture vaccinale et problèmes de santé particuliers (plusieurs documents disponibles en anglais seulement)

### Services d'installation

Citoyenneté et immigration Canada: <http://servicesfornewcomers.cic.gc.ca/browse.php> (en anglais et en français)

- Liste de tous les services provinciaux/territoriaux et communautaires pour les nouveaux arrivants

### Traduction

St Michael's Hospital Translation Guide: <http://www.stmichaelshospital.com/translation.php>

- Outil pratique pour les médecins, les infirmières et les autres professionnels de la santé pour leurs patients qui ne parlent pas leur langue, en particulier, lorsqu'un traducteur n'est pas immédiatement disponible (anglais vers d'autres langues).

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, [www.fmpe.org](http://www.fmpe.org)

Novembre 2011

