

Dossier spécial  
Hiver 2003 Volume 8 no 1

# IMMIGRATION, FEMMES ET VIH



**ligne d'écoute - help line**  
**(514) 855-0090**  
**1-866-240-0090**



[www.criiss.org](http://www.criiss.org)

**Témoignages vibrants...**  
**Saviez-vous que...**  
**Pages africaines...**  
**HIV/AIDS English section**



# Immigration et VIH

par Jorge Flores-Aranda

L'immigration et le VIH peuvent paraître, à priori, comme deux sujets n'ayant pas un lien étroit. Toutefois, la réalité des pays qui reçoivent des flux migratoires considérables, nous reflète le contraire. Les communautés culturelles installées dans différents pays d'accueil ne sont pas exemptes de l'épidémie. Au contraire, les situations d'instabilité socioéconomique et familiale auxquelles ces communautés sont souvent exposées en raison des difficultés propres aux processus migratoire et d'installation, peuvent les rendre plus vulnérables aux situations de risque.

Cette vulnérabilité causée par l'origine ethnique pourrait se voir accentuée par le fait d'appartenir à d'autres groupes sociaux stigmatisés (soit par la société d'origine, par la société d'accueil ou par les deux) ou par le fait de traverser par des situations sociales ou familiales difficiles. Par exemple : avoir une orientation sexuelle minoritaire, être en chômage, ne pas parler la langue du pays d'accueil, etc.

Si l'on reconnaît que des facteurs associés à l'origine ethnique sont reliés à la santé et au bien-être, à l'environnement social, culturel et physique, aux habitudes de vie, à l'utilisation des services formels et informels de santé, à la façon de concevoir la maladie et aux valeurs éducatives, on peut donc déduire que l'origine ethnoculturelle constitue un important déterminant de la santé (1).

Certaines études menées sur l'identité ethnique et le risque d'infection au VIH, suggèrent que les personnes qui appartiennent à des communautés ethnoculturelles d'arrivée récente dans le pays d'accueil, seraient plus susceptibles d'avoir des relations de couple

moins stables ainsi qu'une identité sexuelle moins bien définie. Quelques études sur les croyances, attitudes et comportements chez les personnes de différentes origines ethnoculturelles, suggèrent qu'il existe des barrières culturelles tant aux discours touchant la sexualité qu'à la promotion des pratiques sexuelles sécuritaires (2-4).

L'origine ethnique et l'acculturation peuvent indiquer un partage de normes et de valeurs ayant une influence sur les comportements relatifs à la santé. En étudiant les conséquences de la vulnérabilité et la marginalité subies par ces groupes minoritaires, nous pouvons mieux comprendre les mécanismes qui influencent les connaissances et les comportements de certaines personnes face au VIH.

Au Canada, la situation des personnes immigrantes séropositives dépendrait en grand partie de leurs statuts et leurs parcours migratoires. Selon un article sur l'immigration et les personnes séropositives et sidéennes au Québec, les personnes sans statut n'auraient pas le droit aux soins ni aux médicaments contre le VIH, ce qui représenterait un danger tant pour leur santé que pour la santé publique. D'un autre côté, bien que les demandeurs du statut de réfugié aient droit aux soins médicaux, les barrières linguistiques et culturelles ainsi que la situation de précarité dans laquelle ils se trouvent souvent, empêcheraient une bonne observance des traitements ainsi que l'adoption ou le maintien de pratiques sexuelles sécuritaires (5).

On voit donc que le fait même d'appartenir à une communauté ethnoculturelle ne signifie pas que quelqu'un soit plus à risque que d'autres. Par contre, les situations

que traverse une partie des nouveaux arrivants, peut les rendre plus vulnérables quant à leur santé. De là, l'intérêt des études qui se penchent sur le niveau d'acculturation comme déterminant de santé des populations immigrantes.

Les défis actuels de l'intervention auprès des personnes appartenant à des communautés ethnoculturelles reposent, à mon avis, sur un travail qui vise la diminution des situations socioéconomiques, culturelles et familiales qui peuvent rendre vulnérable une population. Le travail sur les déterminants de la santé ainsi que sur le respect et la prise en compte des différences culturelles parmi les membres de notre société apparaissent, donc, comme prioritaires.

## Références :

1. Gravel S, Battaglini A, Riberdy H, Guay D. Culture, santé et ethnicité. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. 2000.
2. McQuiston C, Gordon A. The timing is never right : Mexican views of condom use. *Health Care Women Int* 2000 Jun; 21(4):277-90.
3. Caceres CF, Rosaco AM. The correlates of safer behavior among homosexually active men in Lima. *AIDS* 1997 Sep;11 Suppl 1:S53-9.
4. Giffin K, Lowndes CM. Gender, Sexuality and prevention of sexually transmissible diseases : a Brazilian study of clinical practice. *Soc Sci Med* 1999 Feb, 48(3) : 283-92.
5. Boullé DD, Saint-Pierre N. Immigration et personnes séropositives ou sidéennes. Document de travail, Cabinet d'avocats Saint-Pierre, Grenier, Montréal. 2002.