Pathologies courantes chez les demandeurs d'asile à Montréal

Prévalence et facteurs de risque associés

Marie-Jo Ouimet, MD, MSc, DTM¹

Marie Munoz, MD¹

Lavanya Narasiah, MD, MSc¹

Vanessa Rambure, MD²

José A. Correa, PhD³

RÉSUMÉ

Contexte : Le Canada a reçu 22 873 demandeurs d'asile en 2006. Le dépistage de maladies spécifiques semble indiqué dans cette population. Cette étude vise à évaluer la prévalence de pathologies dépistées au service de santé du PRAIDA à Montréal et à identifier des associations avec certains facteurs de risque.

Méthode : Une étude rétrospective de dossiers de patients ayant été dépistés entre 2000 et 2004 a été réalisée. Des informations démographiques et cliniques ont été compilées, permettant le calcul de prévalences, ainsi que des analyses de régression logistique multiples.

Résultats : Parmi les 289 dossiers relevés, 56,7 % proviennent d'hommes et 43,3 % de femmes ; la moyenne d'âge est de 34 ans ; 53 % sont Asiatiques et 38 % Africains. 59,4 % des sujets ont reçu un diagnostic psychiatrique (principalement dépression et syndrome de stress post-traumatique). Le bilan paraclinique a montré les résultats suivants : 20,3 % anémie, 9 % éosinophilie, 29,7 % HBcAc+, 5 % HBsAg+, 1,5 % hépatite C (ARN+), 2,5 % VIH+, 45,9 % TCT+; 10,5 % des selles présentent un germe pathogène, 17,3 % des sérologies sont positives pour strongyloïdose et 3,9 % pour schistosomiase. Les associations significatives sont : anémie et sexe féminin; origine africaine et taux d'HBcAc et de TCT+; âge et taux d'HBcAc et d'hépatite C; longue durée de séjour au Canada et éosinophilie et strongyloïdose; courte durée de séjour et HBcAc; origine asiatique et trouble psychiatrique.

Conclusion : Cette étude suggère que les prévalences des pathologies dépistées au PRAIDA sont élevées et justifient d'en maintenir le dépistage dans cette population jusqu'à ce que des recommandations soient émises.

Mots clés : demandeurs de statut de réfugié; demandeurs d'asile; prévalence; dépistage; réfugiés; immigrants

The translation of the Abstract appears at the end of this article.

1. Service de santé du PRAIDA, Centre de Recherche et Formation, Centre de santé et de services sociaux de la Montagne, Centre affilié universitaire, Université McGill, Montréal, QC

2. Faculté de médecine, Université de Nancy, Nancy, France

3. Département de Mathématiques et Statistiques, Université McGill

Adresse de correspondance et de demande de réimpression : D^{re} Marie-Jo Ouimet, Service de Santé du PRAIDA, 5700 ch. de la Côte-des-Neiges, Montréal, QC, H3T 2A8; Tél. : 514-731-8531; Téléc. : 514-731-0563; courriel : majouim@sympatico.ca

Remerciements : Nous souhaitons souligner notre gratitude à tous les membres de l'équipe du PRAIDA pour son support et sa précieuse aide technique. Nous remercions D^r Morency Duchastel et D^r Gilles de Margerie d'avoir initié le projet du bilan de dépistage. Nous remercions aussi D^r Christina Greenaway, D^r Brian Ward et D^r Dick Maclean pour leurs conseils concernant les maladies infectieuses et tropicales ainsi que D^r Jean-Frédéric Lévesque et D^r Pierre Dongier pour leurs commentaires. Nous soulignons également la participation de D^r Nadine Sicard aux analyses préliminaires.

Les demandeurs d'asile constituent un groupe important de nouveaux arrivants : le Canada en a reçu 22 873 en 2006¹. Cette population diffère des réfugiés, bien que les deux groupes soient souvent confondus. Les demandeurs d'asile font une demande de protection suite à leur arrivée au Canada, contrairement aux réfugiés, qui sont sélectionnés à l'étranger. Les deux groupes proviennent principalement de pays à prévalence élevée de pathologies tropicales¹ et ont souvent été exposés à des traumatismes et autres épreuves² : on s'attend donc à une prévalence élevée de certaines pathologies, en particulier les maladies infectieuses et psychiatriques. Cependant, l'état de santé des demandeurs d'asile³⁻¹⁴ ainsi que les facteurs de risque associés aux pathologies fréquentes dans ces populations ont été peu étudiés, en particulier au Canada, sauf en ce qui concerne la prévalence de tuberculose active¹⁵⁻¹⁹. En revanche, le profil sanitaire des réfugiés est mieux connu^{6,9,20-39} mais semble être différent si l'on compare les résultats de ces études.

Ainsi, étant donné le nombre très restreint des données de prévalence chez les demandeurs d'asile dans la littérature, cette étude se propose d'évaluer la prévalence de pathologies sélectionnées dans un échantillon de demandeurs d'asile à Montréal, et, secondairement, d'examiner l'association entre ces pathologies et certains facteurs de risque pré-identifiés.

MÉTHODES

Le service de santé du PRAIDA (Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile)* offre des soins de santé primaires aux demandeurs d'asile de la région de Montréal, particulièrement à ceux qui ont des problèmes d'accès aux soins ou qui présentent des problématiques complexes en lien avec leur statut. Un bilan de santé complémentaire à l'examen médical d'immigration^{40†} y est offert parallèlement à la prise en charge du problème pour lequel le patient consulte initialement. Une étude descriptive rétrospective por-

* autrefois Clinique Santé-Accueil (CSA)¹

† L'examen d'immigration standard comporte un questionnaire et un examen physique complets, ainsi qu'une analyse d'urine (>5 ans), un rayon-X pulmonaire (>11 ans), une sérologie VIH (depuis 2002) et un VDRL (>15 ans), auxquels peuvent s'ajouter d'autres tests selon les indications cliniques.

TABLEAU I

Caractéristiques démographiques des patients selon le continent d'origine*

		Total	Afrique†	Asie/Moyen-Orient‡	Amériques/Antilles§
Nombre de sujets		289	110(38,1)	153(52,9)	26(9,0)
Sexe	Hommes	164(56,7)	41(37,3)	110(71,9)	13(50,0)
	Femmes	125(43,3)	69(62,7)	43(28,1)	13(50,0)
Âge		34,1 ± 10,6	29,4 ± 9,1	37,5 ± 10,4	33,4 ± 10,4
Durée de séjour (mois)		8,9 ± 11,3	7,7 ± 11,7	10,0 ± 11,6	7,1 ± 7,0

* Résultats: moyenne ± écart-type ou n (%)

† Guinée (21 sujets), République Démocratique du Congo (21), Nigeria (11), Côte d'Ivoire (9), Cameroun (9), Zimbabwe (6), Sierra Leone (4), Tchad (4), Algérie (3), Kenya (3), Mali (3), Sénégal (3), Burkina Faso (2), Burundi (2), Ghana (2), Angola (1), Bénin (1), Gabon (1), Guinée-Conakry (1), Mauritanie (1), République Centrafricaine (1), Togo (1)

‡ Inde (95), Pakistan (41), Sri Lanka (9), Népal (2), Turquie (2), Afghanistan (1), Irak (1), Kazakhstan (1), Malaisie (1)

§ Mexique (8), Costa Rica (5), Colombie (2), Haïti (2), Pérou (2), Salvador (2), Argentine (1), Grenade (1), Nicaragua (1), St-Vincent (1), Uruguay (1).

TABLEAU II

Prévalence des pathologies étudiées

	Nombre testé	% patients dépistés	Résultats positifs	% résultats positifs sur le total dépisté	IC95 %
Psychiatrie					
Morbidité psychiatrique totale	229	79,2	136	59,4	53-65,8
Dépression			34	14,9	10,2-19,5
SSPT			61	26,6	20,9-32,4
Trouble d'adaptation			17	7,4	4,0-10,8
Autre trouble anxieux			12	5,2	2,4-8,1
Diagnostic double			18	7,9	4,4-11,4
Autre			11	4,8	2,0-7,6
Hématologie					
Anémie*	281	97,2	57	20,3	15,6-25,0
Éosinophilie†	281	97,2	25	9	5,7-12,3
Maladies infectieuses					
Hépatite B core+‡	276	95,5	82	29,7	23,1-33,7
Hépatite B core+isolé	276	np	16	5,8	3,0-8,6
Hépatite B active (HBsAg+)	82	np	14	5,1 (14/276)	2,4-7,6
Hépatite C§ (anti-VHC)	271	93,7	10	3,7	1,5-6,0
	9	np	4	1,5	0,0-3,0
VIH	236	81,7	6	2,5	0,5-4,5
TCT¶	231	79,9	106	45,9	39,5-52,3
Parasitose intestinale**	268	92,7	28	10,5	6,7-14,0
	Amibiase	28	11	39,3	21,2-57,4
	Giardiase	28	8	28,6	11,9-45,3
	Ankylostome	28	6	21,4	6,2-36,6
	Ascaris	28	1	3,6	0,0-10,5
	Trichuriase	28	1	3,6	0,0-10,5
	Inconnu	28	1	3,6	0,0-10,5
Sérologie strongyloïdose††	231	79,9	40	17,3	12,4-22,2
Sérologie schistosomiase†††	153	52,9	6	3,9	0,8-7,0

* Hb<140 g/l (hommes) et 120g/l (femmes)

† >500 x 10⁶/l

‡ Anticorps de l'hépatite B core (HBcAc) positifs par ELISA

§ ELISA

|| test proposé dans le bilan avant février 2002, résultat du test demandé à l'immigration après cette date. La sérologie du VIH se fait par ELISA puis est confirmée par WESTERN BLOT.

¶ test cutané à la tuberculine ; selon les critères du Protocole d'Immunisation du Québec.

** Les examens parasitaires des selles avec typologie des parasites sont traités selon la méthode de concentration.

†† EIA

††† demandé si patient provient d'une zone géographique à risque et présente facteurs de risque

np non pertinent

tant sur les résultats des bilans de santé effectués entre octobre 2000 et février 2004 a été réalisée en 2006. Le projet a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'établissement.

Échantillon

La population étudiée comprend les demandeurs d'asile de plus de 16 ans, avec une couverture médicale valide, ayant consulté au PRAIDA et qui ont ultérieurement passé un bilan de santé. La proportion de nouveaux patients s'étant vus offrir

un bilan et ayant accepté de s'y soumettre est inconnue. Un interprète était disponible au besoin. Les registres infirmiers ont permis d'identifier les dossiers des patients ayant fait l'objet d'un bilan.

Variables étudiées

Les données recueillies dans les dossiers des patients ont été divisées en deux catégories, soit les facteurs de risque (variables indépendantes pour la régression logistique) et les pathologies (variables dépendantes). Les facteurs de risque comprenaient les données

socio-démographiques suivantes : sexe (homme=référence), âge (variable continue), continent d'origine (Afrique=référence, Asie/Moyen-Orient, Amériques/Antilles), durée de séjour au Canada (variable continue), et motif de consultation initial (variable catégorielle). Les pathologies comprenaient le diagnostic psychiatrique posé par le clinicien (par entrevue clinique – variable catégorielle), et les diagnostics suivants (variables binaires) : anémie, éosinophilie, hépatite B ancienne ou active, hépatite C ancienne ou active, VIH, tuber-

TABLEAU III

Régression logistique multiple : associations des diverses pathologies avec certains facteurs de risque

Variable	Diagnostic psychiatrique N=229	Anémie N=281	Éosinophilie N=254	HBcAc+ N=276	Anti- Hépatite C* N=248	VIH+ N=236	TCT+ N=231	Parasitose intestinale N=268	Strongy- loïdose+ N=231	Schisto- somiase+ N=145
Continent† :	3.35	0.53	0.95	0.22	0.21	0.65	0.38	1.00	1.21	0.58
A-MO vs A	1.73-6.50	0.26-1.09	0.34-2.66	0.11-0.44	0.04-1.06	0.09-4.93	0.20-0.74	0.37-2.72	0.51-2.87	0.08-4.25
	0.0003	0.085	0.917	<0.0001	0.0587	0.673	0.004	0.997	0.668	0.592
Continent:	0.26	0.62	NA‡	0.03	NA‡	1.95	0.54	1.30	1.36	NA‡
A-A vs A	0.07-0.97	0.21-1.88		0.004-0.26		0.18-20.82	0.20-1.50	0.31-5.48	0.33-5.51	
	0.044	0.403		0.001		0.582	0.238	0.719	0.670	
Sexe:	1.19	2.48	0.39	1.17	1.2	1.17	0.98	0.45	1.69	0.97
Hommes	0.64-2.18	1.30-4.75	0.14-1.07	0.64-2.13	0.27-5.43	0.21-6.51	0.56-1.74	0.18-1.15	0.79-3.62	0.17-5.63
v Femmes	0.586	0.006	0.067	0.612	0.8023	0.861	0.955	0.094	0.179	0.976
Âge§	1.00	1.34	1.22	1.63	2.59	0.74	1.34	1.34	0.82	1.00
	0.74-1.34	1.00-1.79	0.82-1.79	1.22-2.16	1.48-4.41	0.28-1.97	1.00-1.79	0.90-1.97	0.54-1.10	0.39-2.37
	0.932	0.055	0.362	0.003	0.001	0.490	0.088	0.226	0.207	0.971
Durée de	1.13	1.00	1.43	0.61	0.89	1.27	1.13	0.89	1.60	1.27
séjour	0.89-1.60	0.69-1.43	1.0-2.01	0.42-0.89	0.54-1.80	0.69-2.25	0.78-1.60	0.61-1.43	1.13-2.25	0.78-2.25
	0.362	0.913	0.027	0.046	0.9470	0.462	0.652	0.711	0.003	0.373

Résultats rapportés ainsi : RC ajusté, IC95 %, valeur p pour test RC=1 vs. RC≠1

En gras : résultats statistiquement significatifs (p<0,05)

* ARN+ trop peu nombreux pour permettre les analyses

† Continent: A-MO(Asie-Moyen Orient), A-A (Amériques-Antilles), A (Afrique)

‡ Amériques-Antilles non-incluses dans l'analyse car tous les sujets étaient négatifs.

§ RC pour une augmentation de 10 ans

|| RC pour une augmentation de 12 mois

NA: ne s'applique pas

culose latente, parasitose intestinale, sérologies positives pour strongyloïdose et schistosomiase.

Analyses statistiques

Toutes les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS, version 9.1 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA). Les prévalences des pathologies et leurs intervalles de confiance à 95 % [IC95 %] ont été calculés. Afin d'examiner les facteurs de risque pour des résultats «anormaux», nous avons procédé à des analyses de régression logistique multiple avec les variables d'intérêt mentionnées précédemment (rapports de cotes ajustés[RC], IC95 % et p-value).

Le rapport de log-vraisemblance a été utilisé pour tester la signification statistique globale des modèles, et le χ^2 de Wald pour celle des variables indépendantes. Aucune interaction significative entre facteurs de risque n'a été relevée. L'ajustement des modèles a été testé à l'aide du χ^2 de Hosmer-Lemeshow⁴¹. Les tests statistiques sont bilatéraux. Un seuil de signification de p<0,05 a été retenu.

RÉSULTATS

L'échantillon de 289 patients représente 6,8 % des nouveaux patients de la clinique durant la période étudiée. 66 % des sujets ont entre 20 et 40 ans; on retrouve un peu plus d'hommes (57 %) que de femmes

(43 %) (Tableau I). Les Asiatiques sont les plus fortement représentés (53 %), suivis des Africains (38 %). Les patients sont originaires de 44 pays répartis ainsi : Inde (33 %), Pakistan (14 %), Guinée (7 %), République Démocratique du Congo (7 %), Nigeria (4 %), autre (36 %). La durée de séjour au Canada varie entre 0 jour et 7 ans et 10 mois. Les hommes proviennent plus souvent d'Asie et les femmes d'Afrique. Les Africains sont plus jeunes que les Asiatiques. Les motifs de consultation initiaux les plus fréquents sont les douleurs corporelles (25,3 %) et les troubles psychologiques (22,8 %). Les autres motifs sont représentatifs d'une clientèle de médecine générale (contraception, suivi hypertension, diabète, infections, problèmes cutanés).

Un diagnostic psychiatrique a été posé chez 59,4 % des sujets questionnés sur leur santé mentale, principalement dépression (14,9 %) et syndrome de stress post-traumatique (SSPT) (26,6 %) (Tableau II). Parmi les 164 patients consultant pour des symptômes autres que psychologiques, 48,7 % ont reçu un diagnostic psychiatrique. La régression logistique montre que les Asiatiques sont 3 fois plus susceptibles de recevoir un diagnostic psychiatrique que les Africains; les sujets en provenance d'Amérique Latine et Antilles sont 4 fois moins susceptibles que les Africains de recevoir un tel diagnostic (Tableau III).

Les prévalences des pathologies hématologiques et infectieuses (Tableau II) sont : anémie 20,3 %, éosinophilie 9 %, hépatite B ancienne ou active (HBcAc+) 29,7 % (HBcAc+ isolé 5,8 % ; HBsAg+ 5 %), hépatite C active (ARN+) 1,5 %, VIH+ 2,5 %, tuberculose latente (TCT+) 45,9 %, parasitose intestinale 10,5 %, sérologie strongyloïdose+ 17,3 %, sérologie schistosomiase+ 3,9 %. Les associations significatives entre ces pathologies et les facteurs de risque étudiés (Tableau III) indiquent que les femmes sont 2,5 fois plus susceptibles de souffrir d'anémie que les hommes; les sujets au Canada depuis plus longtemps sont 1,4 fois plus susceptibles de présenter une éosinophilie, 1,6 fois plus susceptibles de présenter une sérologie strongyloïdose+ mais 1,7 fois moins susceptibles de présenter des anticorps HBcAc; les Asiatiques et les Latino-Américains sont respectivement 5 fois et 33 fois moins susceptibles d'être porteurs d'HBcAc que les Africains; les sujets plus âgés sont 1,6 fois plus susceptibles d'être porteurs d'HBcAc et 2,6 fois plus susceptibles d'être porteurs d'anti-VHC.

Par ailleurs, non mentionnées au tableau III, les associations croisées démontrent que la majorité des sérologies strongyloïdose+ sont filariose- (33/40)*. Enfin, l'éosinophilie se retrouve plus souvent chez

* La filariose a été dépistée par sérologie pour éviter des effets secondaires en cas de traitement à l'ivermectine.

les cas strongyloïdose+ et filariose+ que chez les cas négatifs pour ces deux pathologies (strongyloïdose : 7/39 vs. 13/188, test exact de Fisher, $p=0,055$) ; filariose : 10/24 vs. 11/199, test exact de Fisher, $p<0,001$).

DISCUSSION

Les motifs de consultation principaux retrouvés dans cette étude, soit les douleurs corporelles et les problèmes psychologiques, concordent avec les plaintes fréquemment rapportées chez les demandeurs d'asile⁴². De plus, la prévalence des problèmes de santé mentale dans l'échantillon du PRAIDA se rapproche également de celle des études disponibles sur cette population³⁻⁵ et est plus élevée que chez les réfugiés²⁰. Cependant, les comparaisons doivent être exercées avec précaution en raison des divers sous-groupes étudiés, de la variabilité des instruments de mesure utilisés et des difficultés inhérentes à évaluer les problèmes psychiatriques dans un autre contexte culturel. La fréquence des problèmes de santé mentale chez les patients ayant consulté pour un autre motif démontre l'importance de dépister ces problèmes chez les demandeurs d'asile lorsque des services de soins intégrés sont disponibles⁴³. L'association entre troubles psychiatriques et origine asiatique, qui pourrait refléter des différences culturelles dans la présentation des symptômes ou dans la répartition des pathologies, a également été décrite par Gerritsen⁵.

Les résultats du bilan paraclinique sont en général dans la gamme des données de prévalences disponibles chez les demandeurs d'asile (éosinophilie 15,7 %³, HBsAg 2,9-9,3 %^{3,7}, HbAc 22,3-38,5 %^{6,8}, hépatite C ARN 1,1 %³, VIH 0,5-3,8 %^{3,7,9}, parasitose intestinale 13-40,6 %¹²⁻¹⁴, sérologie schistosomiase 3,2 %³). Certains résultats divergent cependant. Ainsi, l'anémie est plus prévalente dans cette étude (20,3 %) que dans l'étude de Hobbs³ (3,5 %), peut-être en raison de différences entre les deux échantillons notamment en ce qui concerne la proportion de femmes. Elle est plus proche des prévalences rapportées chez les réfugiés (12-37 %^{6,21-26}). Aussi, la prévalence de tuberculose latente (45,9 %) est légèrement plus élevée qu'attendu (24,9-38 %^{3,10 11}), ce qui pourrait également refléter des différences entre les échantillons. Enfin, il n'y a aucune

étude de prévalence de strongyloïdose faite par sérologie chez les demandeurs d'asile dans la littérature; elle se situe entre 1,3 et 64,7 % chez les réfugiés^{33,34,37,38}. Elle apparaît suffisamment élevée dans cette étude (17,3 %) pour être préoccupante et mérite définitivement que d'autres études corroborent ce résultat. On aurait pu s'attendre à des réactions croisées pour les analyses sérologiques entre filariose et strongyloïdose dans cette population puisqu'elle provient majoritairement du sous-continent indien où la filariose est très prévalente. Toutefois, les résultats ne vont pas dans ce sens : une forte proportion de résultats positifs pour strongyloïdose sont négatifs pour filariose, réduisant la probabilité qu'il s'agisse de faux positifs.

L'association de l'HbAc avec l'origine africaine⁴⁴ et l'âge⁴⁵, ainsi que l'association entre anémie et sexe féminin³, la TCT+ et l'origine africaine^{44,46,47}, et l'hépatite C et l'âge⁴⁸, sont décrites chez des populations différentes des demandeurs d'asile. Par contre, les associations entre durée de séjour et éosinophilie et strongyloïdose ne sont pas rapportées, ni l'association entre une plus courte durée de séjour et l'HbAc; elles mériteraient d'être explorées davantage.

Cette étude comporte certaines limites. La population étudiée peut ne pas représenter fidèlement les demandeurs d'asile au Canada, en partie en raison de changements géographiques et temporels continus dans sa composition. Il faut donc être prudent dans l'extrapolation des résultats. La forte proportion de patients d'origine indienne et pakistanaise s'explique par la disponibilité d'interprètes. Le PRAIDA est à la fois une clinique de première ligne et un centre de référence; il est possible qu'il y ait une sélection de la clientèle et qu'elle présente plus de pathologies. Le sens du biais est toutefois plus difficile à prédire que l'on pourrait le croire. Il est difficile d'évaluer si le profil sanitaire des demandeurs d'asile qui ont consulté ailleurs ou n'ont simplement pas consulté est différent. Par ailleurs, la faible proportion de patients de la clinique dans l'étude s'explique par des contraintes logistiques. La nature rétrospective de l'étude ne permet pas de déterminer les causes de non-participation.

Les résultats de cette étude tendent à confirmer que les demandeurs d'asile ont

de plus faibles prévalences de pathologies infectieuses et hématologiques que les réfugiés³⁹, mais de plus fortes prévalences de pathologies psychiatriques⁵. Le niveau socio-économique et le profil sanitaire pré-migratoires des demandeurs d'asile sont probablement supérieurs à ceux des réfugiés puisqu'ils doivent avoir des ressources suffisantes pour parvenir au pays où ils demandent le refuge¹⁰ et que la majorité ne transite pas par des camps de réfugiés. Par ailleurs, il est de plus en plus accepté que les facteurs post-migratoires (audience, réinstallation, séparation familiale) ont un impact négatif sur la santé mentale^{2,3,5,49-51}. L'instabilité du statut est probablement responsable d'une partie de l'excès de problèmes de santé mentale observés chez les demandeurs d'asile.

La Collaboration canadienne pour la santé des immigrants et réfugiés (CCSIR) prépare des lignes directrices pour les soins primaires aux nouveaux arrivants⁵². Pour le moment, seul l'examen d'immigration est obligatoire et se limite à identifier les problèmes de santé publique et les individus présentant un fardeau excessif pour le système de santé⁴⁰. Malgré ses limites, cette étude suggère que les prévalences des pathologies faisant l'objet d'un bilan de santé au PRAIDA sont élevées, et que jusqu'à ce que des recommandations soient émises, leur recherche semble justifiée, tant du point de vue de la protection de la santé publique que pour réduire le risque individuel. Le manque de données pour cette population est évident, et des études de prévalence sur échantillons aléatoires de demandeurs d'asile sont nécessaires pour mieux orienter les programmes de dépistage. Compte tenu que notre pays est parmi ceux qui acceptent le plus grand nombre d'immigrants per capita au monde, le Canada devrait jouer un rôle de premier plan afin de contribuer à la recherche, la mise en place et l'application de recommandations pour cette population⁵³.

RÉFÉRENCES

1. Commission de l'Immigration et du Statut de Réfugié. Document interne; 2006.
2. Silove D, Steel Z, Watters C. Policies of deterrence and the mental health of asylum seekers. *JAMA* 2000;284:604-11.
3. Hobbs M, Moor C, Wansbrough T, Calder L. The health status of asylum seekers screened by Auckland Public Health in 1999 and 2000. *N Z Med J* 2002;115:U152.
4. Silove D, Sinnerbrink I, Field A, Manicavasagar V, Steel Z. Anxiety, depression and PTSD in asylum-

- seekers: Associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *Br J Psychiatry* 1997;170:51-57.
5. Gerritsen AA, Bramsen I, Deville W, van Willigen LH, Hovens JE, van der Ploeg HM. Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41(1):18-26.
 6. Judson FN, Lince DM, Anders BJ, Tapy JM, Le Van D, Cohn DL, Kicera TJ. Health status of Southeast Asian refugees. *West J Med* 1984;141(2):183-88.
 7. Clark RC, Mytton J. Estimating infectious disease in UK asylum seekers and refugees: A systematic review of prevalence studies. *J Public Health (Oxf)* 2007;8:1-9.
 8. Loutan L, Bierens de Haan D, Subilia L. [The health of asylum seekers: From communicable disease screening to post-traumatic disorders]. *Bull Soc Pathol Exot* 1997;90:233-37.
 9. Zencovich M, Kennedy K, MacPherson DW, Gushulak BD. Immigration medical screening and HIV infection in Canada. *Int J STD AIDS* 2006;17(12):813-16.
 10. Lévesque JF, Dongier P, Brassard P, Allard R. Acceptance of screening and completion of treatment for latent tuberculosis infection among refugee claimants in Canada. *Int J Tuberc Lung Dis* 2004;8:711-17.
 11. Godue CB, Goggin P, Gyorkos TW. [Tuberculin reactors among refugee status claimants newly arrived in Canada.] *CMAJ* 1988;139(1):41-44.
 12. Persson A, Rombo L. Intestinal parasites in refugees and asylum seekers entering the Stockholm area, 1987-88: Evaluation of routine stool screening. *Scand J Infect Dis* 1994;26:199-207.
 13. Benzeguir AK, Capraru T, Aust-Kettis A, Bjorkman A. High frequency of gastrointestinal parasites in refugees and asylum seekers upon arrival in Sweden. *Scand J Infect Dis* 1999;31:79-82.
 14. Godue CB, Gyorkos TW. Intestinal parasites in refugee claimants: A case study for selective screening? *Can J Public Health* 1990;81(3):191-95.
 15. Van Burg JL, Verver S, Borgdorff MW. The epidemiology of tuberculosis among asylum seekers in The Netherlands: Implications for screening. *Int J Tuberc Lung Dis* 2003;7:139-44.
 16. Monney M, Zellweger JP. Active and passive screening for tuberculosis in Vaud Canton, Switzerland. *Swiss Med Wkly* 2005;135(31-32):469-74.
 17. Callister ME, Barringer J, Thanabalasingam ST, Gair R, Davidson RN. Pulmonary tuberculosis among political asylum seekers screened at Heathrow Airport, London, 1995-9. *Thorax* 2002;57(2):152-56.
 18. Johnsen NL, Steen TW, Meyer H, Heldal E, Skarpaas IJ, June GB. Cohort analysis of asylum seekers in Oslo, Norway, 1987-1995: Effectiveness of screening at entry and TB incidence in subsequent years. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005;9(1):37-42.
 19. Van den Brande P, Uydebrouck M, Vermeire P, Demedts M. Tuberculosis in asylum seekers in Belgium. VRGT (Flemish Lung and Tuberculosis Association). *Eur Respir J* 1997;10:610-14.
 20. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *Lancet* 2005;365(9467):1309-14.
 21. Katsumata T, Kohno S, Yamashita K, Takeno Y, Matsunaga K, Oka R, et al. Health problems among Vietnamese refugees resettled in Japan. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1993;24(4):647-53.
 22. Erickson RV, Hoang GN. Health problems among Indochinese refugees. *Am J Public Health* 1980;70(9):1003-6.
 23. Catanzaro A, Moser RJ. Health status of refugees from Vietnam, Laos and Cambodia. *JAMA* 1982;247:1303-8.
 24. Sutherland JE, Avant RF, Franz WB 3rd, Monzon CM, Stark NM. Indochinese refugee health assessment and treatment. *J Fam Pract* 1983;16(1):61-67.
 25. Craft J, Coleman D, Coulter H, Horwitz R, Barry M. Hematologic abnormalities in Southeast Asian refugees. *JAMA* 1983;249:3204-6.
 26. Gordon AM Jr. Nutritional status of Cuban refugees: A field study on the health and nutrition of refugees processed at Opa Locka, Florida. *Am J Clin Nutr* 1982;35(3):582-90.
 27. Hill LL, Hovell M, Benenson AS. Prevention of hepatitis B transmission in Indo-Chinese refugees with active and passive immunization. *Am J Prev Med* 1991;7(1):29-32.
 28. Roussos A, Goritsas C, Pappas T, Spanaki M, Papadaki P, Ferti A. Prevalence of hepatitis B and C markers among refugees in Athens. *World J Gastroenterol* 2003;9:993-95.
 29. Lifson AR, Thai D, O'Fallon A, Mills WA, Hang K. Prevalence of tuberculosis, hepatitis B virus, and intestinal parasitic infections among refugees to Minnesota. *Public Health Rep* 2002;117:69-77.
 30. Geltman PL, Cochran J, Hedgecock C. Intestinal parasites among African refugees resettled in Massachusetts and the impact of an overseas pre-departure treatment program. *Am J Trop Med Hyg* 2003;69(6):657-62.
 31. Miller JM, Boyd HA, Ostrowski SR, Cookson ST, Parise ME, Gonzaga PS, et al. Malaria, intestinal parasites, and schistosomiasis among Barawan Somali refugees resettling to the United States: A strategy to reduce morbidity and decrease the risk of imported infections. *Am J Trop Med Hyg* 2000;62(1):115-21.
 32. Molina CD, Molina MM, Molina JM. Intestinal parasites in southeast Asian refugees two years after immigration. *West J Med* 1988;149:422-25.
 33. Buchwald D, Lam M, Hooton TM. Prevalence of intestinal parasites and association with symptoms in Southeast Asian refugees. *J Clin Pharm Ther* 1995;20:271-75.
 34. Garg PK, Perry S, Dorn M, Hardcastle L, Parsonnet J. Risk of intestinal helminth and protozoan infection in a refugee population. *Am J Trop Med Hyg* 2005;73(2):386-91.
 35. Lamour P, Bouree P, Hennequin C, Lombrail P, Squinazi F, Roussel C, Brodin M. [Blind treatment or treatment oriented to intestinal parasitoses in a Parisian health center for refugees]. *Santé* 1994;4(1):21-26.
 36. Vernes A, Abdellatif M, Dei-Cas E, Poirriez J, Abdelmalek RY, Leroux N, et coll. [Parasitic infestation and haemoglobinopathies in a population of 1170 refugees from South East Asia]. *Nouv Presse Méd* 1982;11(36):2687-91.
 37. Gyorkos TW, MacLean JD, Viens P, Chheang C, Kokoskin-Nelson E. Intestinal parasite infection in the Kampuchean refugee population 6 years after resettlement in Canada. *J Infect Dis* 1992;166(2):413-17.
 38. Gyorkos TW, Frappier-Davignon L, MacLean JD, Viens P. Effect of screening and treatment on imported intestinal parasite infections: Results from a randomized, controlled trial. *Am J Epidemiol* 1989;129(4):753-61.
 39. Pottie K, Janakiram P, Topp P, McCarthy A. Prevalence of selected preventable and treatable diseases among government-assisted refugees. *Can Fam Phys* 2007;53:1928-34.
 40. Citoyenneté et Immigration Canada. Programme Fédéral de Santé Interimaire: Manuel pour les professionnels de la santé; 2001.
 41. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression*, 2nd ed. New York: Wiley, 2000.
 42. Blackwell D, Holden K, Tregoning D. An interim report of health needs assessment of asylum seekers in Sunderland and North Tyneside. *Public Health* 2002;116:221-26.
 43. Gilbody S, Sheldon T, House A. Screening and case-finding instruments for depression: A meta-analysis. *CMAJ* 2008;178:997-1003.
 44. Ramos JM, Pastor C, Masia MM, Cascales E, Royo G, Gutiérrez-Rodero F. [Health in the immigrant population: Prevalence of latent tuberculosis, hepatitis B, hepatitis C, human immunodeficiency virus and syphilis infection]. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2003;21(10):540-42.
 45. Gay NJ, Hesketh LM, Osborne KP, Farrington CP, Morgan-Capner P, Miller E. The prevalence of hepatitis B infection in adults in England and Wales. *Epidemiol Infect* 1999;122(1):133-38.

...continues

ABSTRACT

Background: Canada received 22,873 asylum seekers in 2006. The screening of specific health problems in this population seems warranted. This study aims to estimate the prevalence of pathologies that were screened at the PRAIDA health service in Montreal, and to identify associations with certain risk factors.

Methods: A retrospective study was conducted on the files of patients who were screened between 2000 and 2004. Demographic and clinical information was compiled for computation of prevalence as well as multiple logistic regression analysis.

Results: Of the 289 files reviewed, 56.7% are for male and 43.3% for female patients, with a mean age of 34 years; 53% are Asians and 38% Africans. 59.4% of subjects received a psychiatric diagnosis (mainly depression and post-traumatic stress disorder). The paraclinical work-up showed: 20.3% anaemia, 9% eosinophilia, 29.7% HbCAb+, 5% HBsAg+, 1.5% hepatitis C (RNA+), 2.5% HIV+ and 45.9% TST+. 10.5% of stool samples contained a pathogen, and serologies for strongyloidiasis and schistosomiasis were positive in 17.3% and 3.9% of samples respectively. Significant associations included female gender with anaemia, African origin with rates of HbCAb and TST+, age with HbCAb and hepatitis C positivity, longer length of stay in Canada with eosinophilia and strongyloidiasis, shorter length of stay with HbCAb, and Asian origin with psychiatric disorders.

Conclusions: This study suggests that the prevalence of screened pathologies as part of the PRAIDA health service work-up are high in this population and therefore warrant continuation of their screening until guidelines are constituted.

Key words: Refugee claimants; asylum seekers; prevalence; screening; refugees; immigrants

46. El-Hamad I, Casalini C, Matteelli A, Casari S, Bugiani M, Caputo M, et coll. Screening for tuberculosis and latent tuberculosis infection among undocumented immigrants at an unspecialised health service unit. *Int J Tuberc Lung Dis* 2001;5(8):712-16.
47. Bran C, Gómez i Prat J, Caylá JA, García de Olalla P. [Factors associated with latent tuberculous infection in immigrants less than 35 years old]. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2006;24(5):322-25.
48. OMS. [En ligne] 2007 [visité le 26 octobre]. Disponible au http://www.who.int/vaccine_research/diseases/viral_cancers/en/index2.html
49. Laban CJ, Gernaat HB, Komprou IH, Schreuders BA, De Jong JT. Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *J Nerv Ment Dis* 2004;192:843-51.
50. Momartin S, Steel Z, Coello M, Aroche J, Silove DM, Brooks R. A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas. *Med J Australia* 2006;185(7):357-61.
51. Silove D, Steel Z, McGorry P, Mohan P. Trauma exposure, postmigration stressors, and symptoms of anxiety, depression and post-traumatic stress in Tamil asylum-seekers: Comparison with refugees and immigrants. *Acta Psychiatr Scand* 1998;97(3):175-81.
52. CCSIR. [En ligne] 2008 [visité le 14 avril]. Disponible au <http://www.intermed.med.uottawa.ca/research/immrefhealth/eng/index.html>
53. Gushulak BD, Williams LS. National immigration health policy: Existing policy, changing needs, and future directions. *Can J Public Health* 2004;95(3):127-129.

Reçu : 3 avril 2007
 Accepté : 4 juin 2008

Coming Events / Activités à venir

To be assured of publication in the next issue, announcements should be received by **November 28, 2008** and valid as of **December 31, 2008**. Announcements received after **November 28, 2008** will be inserted as time and space permit.

Pour être publiés dans le prochain numéro, les avis doivent parvenir à la rédaction avant le **28 novembre 2008** et être valables à compter du **31 décembre 2008**. Les avis reçus après le **28 novembre 2008** seront insérés si le temps et l'espace le permettent.

2009 Nursing Leadership Conference

Leaders in Action: Mobilizing Nursing Leadership
 8-10 February 2009 Toronto, ON
 Contact: Debbie Ross, Conference and Special Events Manager
 Tel: 1-800-361-8404 ext. 214
 E-mail: dross@cna-aiic.ca
www.cna-aiic.ca/CNA/news/events/leadership/default_e.aspx

29th ICOH, International Congress on

Occupational Health / 29^e CIST, *Congrès International de la Santé au Travail*
 Occupational Health: A Basic Right at Work – An Asset to Society / *Santé au travail : un droit fondamental au travail – un atout à la société*
 22-27 March/mars 2009
 Cape Town, South Africa / Afrique du Sud
 Contact/contacter : Congress Secretariat / Secrétariat du Congrès
 Tel/Tél : +27(0)21-938-9238/9245/
 9082/9651
 Fax/Téléc : +27(0)21 933 2649
 E-mail/Courriel : admin@icoh2009.co.za
www.icoh2009.co.za

Canadian Institute of Public Health Inspectors 75th Annual Education Conference

75 Years and New Frontiers
 3-6 May 2009 Kananaskis, AB
 Contact:
ciphi.conference09@calgaryhealthregion.ca

2009 National Education Conference on

Infection Prevention and Control
Solid Foundations...Shifting Horizons
 Community and Hospital Infection Control Association – Canada (CHICA-Canada)
 9-14 May 2009 St. John's, NL
 Contact: Ms. Gerry Hansen, Conference Planner
 CHICA-Canada
 Tel: (204) 897-5990/866-999-7111
 Fax: (204) 895-9595
 E-mail: chicacanada@mts.net
<http://www.chica.org>

CALL FOR ABSTRACTS /

APPEL DE RÉSUMÉS

2009 CPHA Annual Conference/*Conférence annuelle de l'ACSP 2009*
 Public Health in Canada: Strengthening Connections/ *La santé publique au Canada : renforcer les liens*
 7-10 June/juin 2009 Winnipeg, MB
 Contact/contacter :
 E-mail/courriel : conference@cpha.ca
www.cpha.ca

Deadline: 17 December 2008

Date limite : 17 décembre 2008

CALL FOR ABSTRACTS

19th World Conference on Disaster Management
A Climate for Change – Communication, Collaboration and Co-operation
 Canadian Centre for Emergency Preparedness
 21-24 June 2009 Toronto, ON
 Contact: Adrian Gordon, CCEP
 E-mail: agordon@ccep.ca
www.wcdm.org

Deadline for abstracts: 5 December 2008

14th International Congress on Circumpolar Health

Health Canada and the Government of the Northwest Territories
 11-16 July 2009 Yellowknife, NT
 Contact: Pat Thagard, Congress Coordinator
 Arctic Health Research Network
 Tel: 867-873-9337 Fax: 867-873-9338
 E-mail: icch14@theedge.ca

CALL FOR ABSTRACTS

Forum 2009
Innovating for the Health of All: Innovation in Systems of Research for Health and Health Equity
 16-20 November 2009 Havana, Cuba
 Contact:
www.globalforumhealth.org/shlinks/forum2009.php
Deadline: 15 January 2009