

Ces enfants venus d'ailleurs

Louise T. Auger, Lucie Nadeau, Marie Beauregard

Jean-Marc est un enfant de 9 mois adopté en Haïti. Il pèse 5,5 kg et son poids n'a pas augmenté depuis son arrivée au Québec il y a trois semaines. En outre, il n'a pas beaucoup d'appétit. À l'examen, il est émacié, présente une distension abdominale, est irritable et souffre de diarrhée malodorante. Une analyse de selles est demandée pour recherche de parasites. Le résultat confirme une strongyloïdose (4+). Que feriez-vous ?

D'où viennent les enfants immigrants, réfugiés ou adoptés ?

De 2001 à 2005, le Québec a reçu plus de 200 000 immigrants, dont plus de 41 000 (20 %) enfants de 0 à 14 ans¹. Certains sont parrainés par un membre de leur famille déjà établi au Québec tandis que d'autres arrivent avec leur famille (environ 7000 par an). Quarante pour cent des enfants provenant de l'immigration économique ou du programme de réunification familiale viennent de Chine, du Maroc, de France, d'Algérie ou de Roumanie¹. D'autres sont des demandeurs d'asile qui ont quitté leur pays à la hâte en raison de la violence organisée ou de la discrimination dont ils étaient victimes, leurs parents étant morts ou disparus (de 800 à 1000 par an). Le pays d'origine des réfugiés varie selon la situation géopolitique existante. Dans une proportion de 77 %, ces derniers s'établissent dans la région de Montréal. Certains des enfants immigrants arrivent au pays par l'entremise d'un programme d'adoption internationale (de 700 à 900 par an). Depuis 1979, la loi permet aux parents qui résident au Québec de faire une demande d'adoption d'enfants nés à l'étranger. Plus de

90 % des demandes transitent par des organismes agréés par le Secrétariat à l'adoption internationale du ministère de la Santé et des Services sociaux². Le nombre d'enfants adoptés à l'étranger a baissé récemment, mais les pays d'origine de ces derniers demeurent les mêmes (*tableau I*). De plus, en 2003, le Québec comptait 42 % des adoptions canadiennes comparativement à seulement 32 % en 2005^{3,4}. Plusieurs références utiles sont disponibles pour les familles adoptives et les médecins traitants⁵⁻⁹.

Quels organismes ont publié des guides de pratique ?

Ces enfants venus d'ailleurs connaissent des problèmes physiques, émotionnels ou psychosociaux semblables, mais qui diffèrent de ceux des enfants nés au Québec. En 1999, la Société canadienne de pédiatrie a publié un guide de soins pour enfants et adolescents néocanadiens¹⁰. En 2001, l'American Academy of Pediatrics a publié un résumé de l'approche américaine sur les enfants nouvellement arrivés¹¹. Le présent article propose au médecin omnipraticien des mesures pratiques à appliquer pendant sa rencontre avec un enfant venu d'ailleurs.

Quels sont les problèmes de santé les plus fréquents ?

Il ne faut pas croire que les enfants venus d'ailleurs présentent un lourd fardeau que notre système de santé, déjà surchargé, aurait de la difficulté à absorber. Des problèmes de santé sont observés chez environ la moitié des immigrants récents, mais ils sont pour la plupart facilement traitables. Les maladies infectieuses constituent de 60 % à 75 % des diagnostics. Chez les enfants nouvellement arrivés, il faut

La D^{re} Louise T. Auger, pédiatre, exerce à l'unité de pédiatrie générale de l'Hôpital de Montréal pour enfants, du Centre universitaire de santé McGill, et est professeure agrégée au Département de pédiatrie de l'Université McGill. La D^{re} Lucie Nadeau, pédopsychiatre, exerce au Service de psychiatrie de l'Hôpital de Montréal pour enfants en psychiatrie transculturelle et en consultation-liaison et est professeure adjointe au Département de psychiatrie de l'Université McGill. La D^{re} Marie Beauregard, omnipraticienne, exerce au PRAIDA, à Montréal.

Tableau I**Adoption internationale par pays d'origine²⁻⁶**

2003		2004		2005	
Pays	Nombre	Pays	Nombre	Pays	Nombre
Chine	481	Chine	423	Chine	347
Haïti	91	Haïti	106	Haïti	88
Bélarus	48	Corée du Sud	57	Corée	49
Corée du Sud	41	Bélarus	32	Taiwan	25
Vietnam	39	Colombie	30	Colombie	14
Colombie	29	Thaïlande	25	Philippines	14
Thaïlande	26	Russie	24	Thaïlande	12
Russie	24	Philippines	16	Russie	10
Autres	139	Autres	70	Autres	56
Total	918	Total	783	Total	615

être particulièrement à l'affût des multiples causes d'anémie, de malnutrition, de retards de développement, de problèmes visuels ou auditifs, d'anomalies congénitales et de maladies génétiques. D'autres préoccupations doivent être prises en compte, telles que l'état vaccinal, la sécurité et la santé sexuelle.

Peut-on se fier au carnet de vaccination ?

La majorité des enfants venus d'ailleurs n'ont pas reçu tous les vaccins prévus au calendrier de vaccination du Québec (*tableau II*). La plupart des enfants réfugiés n'auront pas de carnet à présenter au médecin. Pourquoi ? Arrivent-ils de pays où la vaccination n'est pas facilement accessible ? Le carnet a souvent été perdu ou abandonné par une famille trop pressée de partir en raison d'événements menaçants. Par ailleurs, il n'est pas suffisant de demander si le calendrier de vaccination est « à jour », car ce dernier varie considérablement d'un pays à l'autre. Il faut être critique par rapport au contenu dont la version française peut comporter des erreurs de traduction. Un carnet trop parfait, indiquant par exemple des vaccins don-

nés à exactement 2 mois, 4 mois, 6 mois, etc., ou encore le même jour à un intervalle donné (premier jour du mois, tous les deux mois) et ainsi de suite peut être douteux chez les enfants adoptés. Même si les dates sont exactes et que les vaccins ont bel et bien été administrés, il est possible que la date de péremption du vaccin était dépassée, que la dose donnée était plus faible pour protéger un plus grand nombre d'enfants ou encore que le produit était périmé en raison d'une préparation ou d'un entreposage inadéquats dûs à des conditions sociosanitaires difficiles.

Certains vaccins, comme ceux contre la coqueluche acellulaire, la varicelle, le pneumocoque, le méningocoque et *Hæmophilus influenzae*, sont peu disponibles dans le tiers-monde et n'ont probablement pas été donnés. On pourrait vérifier par un examen sérologique si le vaccin a été reçu, mais le faire pour tous les vaccins serait inabordable. Il est généralement plus prudent et plus sûr de recommander la vaccination complète, surtout chez les jeunes enfants, en appliquant le calendrier régulier ou accéléré selon l'âge de l'enfant.

La majorité des enfants venus d'ailleurs n'ont pas reçu tous les vaccins prévus au calendrier et sont plus susceptibles de connaître un retard de développement temporaire et des problèmes de santé tels que la malnutrition, les parasitoses intestinales, l'anémie de carence ou héréditaire et les infections asymptomatiques par les virus de l'hépatite B et C et par le VIH.

Repère

Comment évaluer l'état nutritionnel ?

De nombreux enfants immigrants, en particulier les réfugiés, souffrent de carence alimentaire en raison de la pauvreté ou de la non-disponibilité de la nourriture (*encadré 1*).

Les carences vitaminiques sont assez fréquentes, surtout celle en vitamine D qui peut mener au rachitisme. Il faut être très vigilant lorsqu'on corrige les carences, car une alimentation excessive trop rapide peut causer une défaillance cardiovasculaire.

Il est utile de comprendre que les recommandations du Guide alimentaire canadien peuvent ne pas être familières aux immigrants. La culture latino-américaine, par exemple, classe les aliments comme étant « chauds » ou « froids ». Par exemple, des aliments « chauds » sont le café, les petits pois, les piments et les œufs. Le poulet, le riz et les fèves sont des aliments neutres, tandis que les fruits, les légumes et les produits laitiers sont des aliments « froids ». Un bouleversement de l'équilibre corporel du « chaud » et du « froid » est alors perçu comme une maladie et doit être rétabli par une alimentation appropriée. La culture chinoise classe les aliments selon les principes du *yin* et du *yang* et recommande certains aliments pour traiter des maladies particulières en s'appuyant sur des principes différents de ceux du modèle biomédical occidental. Il n'est pas nécessaire de connaître ces particularités, mais plutôt de respecter les croyances et de montrer une certaine souplesse au moment de faire les recommandations alimentaires.

Comment évaluer le développement de l'enfant venu d'ailleurs ?

L'enfant nouvellement arrivé peut sembler présenter un retard de développement moteur ou encore un trouble du langage, cognitif ou intellectuel. Ces problèmes ne sont souvent pas représentatifs du potentiel réel de l'enfant, mais constituent plutôt une indication d'antécédents défavorables. Par exemple, l'enfant négligé dans un orphelinat, l'enfant souffrant de malnutrition, l'enfant maltraité ou abandonné et l'enfant de la guerre ont tous été marqués par des événements nuisant à leur développement. L'enfant adopté présente habituellement un mois de retard par tranche de trois à quatre mois passés dans un établissement. Les enfants peuvent aussi avoir des

Encadré 1

Concepts de malnutrition

- ⊗ La malnutrition est définie par rapport au poids idéal :
 - ⊕ minime : de 85 % à 89 % ;
 - ⊕ légère : de 80 % à 84 % ;
 - ⊕ modérée : de 75 % et 79 % ;
 - ⊕ grave : inférieur à 75 %.
- ⊗ Le marasme est une insuffisance en apports énergétiques.
- ⊗ Le kwashiorkor est une carence en protéines.

Tableau II

Source d'erreurs dans l'évaluation de l'état vaccinal

- ⊗ Absence de documentation
- ⊗ Vaccins non offerts dans le pays d'origine
- ⊗ Erreur de traduction
- ⊗ Falsification de papiers
- ⊗ Vaccins périmés
- ⊗ Chaîne de froid interrompue
- ⊗ Date de péremption dépassée
- ⊗ Dose administrée trop faible

comportements bizarres ou stéréotypés et souffrir de symptômes de stress post-traumatique. Le médecin doit évaluer dès l'arrivée de l'enfant, le stade de développement de ce dernier pour lui offrir les outils nécessaires pour atteindre et maximiser son potentiel. Des consultations en ergothérapie, en psychologie ou en psychiatrie peuvent être nécessaires.

La prévention et la sécurité

Tout comme les familles pauvres d'ici, les familles immigrantes disposant de maigres moyens financiers risquent davantage de se retrouver dans des logements insalubres. Il est important de s'assurer que l'environnement des enfants est sûr. Les risques d'accident, d'empoisonnement et de brûlure augmentent dans les familles vivant dans des logements surpeuplés ou sans supervision adéquate. On voudra aussi revoir les risques d'engelures avec les familles nouvellement arrivées et non habituées à l'hiver. De plus, la sécurité routière pourrait être révisée. Les modes de discipline varient d'un contexte socioculturel à

Tableau III**Anémies héréditaires¹⁰**

Type	Région	Test diagnostique
Anémie falciforme	Afrique, Antilles	Électrophorèse de l'Hb
Thalassémie drépanocytaire	Afrique	Électrophorèse de l'Hb
Thalassémie alpha	Asie, Afrique	Électrophorèse de l'Hb/hémogramme
Hémoglobinopathie de Bart (homozygote α -thal)	Asie orientale	Électrophorèse de l'Hb/hémogramme
Thalassémie β	Méditerranée, Asie	Électrophorèse de l'Hb
Hémoglobinoses C – β -thal	Afrique	Électrophorèse de l'Hb
Hémoglobinoses D – β -thal	Asie du Sud-Est	Électrophorèse de l'Hb
Hémoglobinoses E – β -thal	Asie du Sud-Est	Électrophorèse de l'Hb
Hémoglobinoses H	Asie orientale	Électrophorèse de l'Hb
Carence en G-6-PD*	Afrique, Méditerranée, Asie, Antilles	Mesure de la G-6-PD

* G-6-PD : glucose-6-phosphate déshydrogénase

l'autre. Une discussion ouverte portant sur les lois en vigueur au Canada et sur la conception qu'a la famille d'une discipline appropriée peut éviter plusieurs méprises. Le médecin offrant des stratégies de prévention contribue à une adaptation saine et sans danger des enfants récemment arrivés au Québec.

Comment dépister les anémies communes et rares ?

L'anémie ferriprive est la plus répandue chez les jeunes enfants, partout dans le monde. D'autres formes d'anémies ne sont généralement pas présentes chez les enfants nés ici. La plombémie peut entraîner une anémie microcytaire hypochromique ressemblant à l'anémie ferriprive. Elle peut se retrouver chez les enfants venant du Moyen-Orient, de l'Inde ou du Pakistan où les mères emploient le khôl (ou kohol), un mascara appliqué sur les paupières ou les autres parties du corps à des fins esthétiques ou médicinales. Les préparations peuvent contenir plus de 90 % de

plomb et être très toxiques si elles sont absorbées par la peau mince d'un enfant.

Les anémies héréditaires sont assez fréquentes, surtout chez les personnes originaires d'Afrique et d'Asie. Le *tableau III* en récapitule la distribution selon la fréquence géographique. L'anémie falciforme est aussi connue en Afrique sous le nom de drépanocytose ou « anémie sickle ». Les thalassémies présentent un portrait microscopique semblable à celui de l'anémie ferriprive. La thalassémie alpha ou « mineure », moins grave, entraîne une légère anémie. Un porteur de ces deux affections (Ex. : thalassémie drépanocytaire) peut toutefois être atteint d'une anémie importante.

L'anémie homozygote C peut causer des calculs biliaires attribuables à l'hémolyse des globules rouges touchés. Une autre anémie héréditaire comprenant plusieurs sous-types est le déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase qui peut provoquer une hémolyse quand l'enfant consomme certains aliments, en particulier la fève fava ou certains médicaments comme les anticonvulsivants, les antibiotiques et les antipaludéens.

Les parasites sont-ils tous mauvais ?

Environ le quart des enfants auront des parasites intestinaux à leur arrivée. Les parasites les plus fréquents sont les ascaris et les trichures, traités par le mébendazole, et *Giardia*, traité par le métronidazole. À l'occasion, nous devons soigner d'autres parasitoses moins communes. Pour une liste complète des parasites, le lecteur est prié de consulter l'article de la D^{re} Yen-Giang Bui dans ce numéro intitulé « Helminthes et protozoaires : comment s'y retrouver sans y perdre

Le premier entretien clinique est d'importance primordiale pour établir un lien de confiance avec la famille, se sensibiliser aux différences culturelles, contribuer à une adaptation saine ainsi que diagnostiquer et traiter les problèmes de santé de l'enfant.

Repère

son latin ». Les parasites non pathogènes ne causent généralement pas de symptômes chez l'humain, mais sont plutôt un signe d'un environnement insalubre et d'une alimentation malsaine.

Les maladies transmissibles sexuellement, faut-il y penser ?

Nous ne devons pas oublier de penser aux maladies transmissibles sexuellement, particulièrement quand il s'agit d'enfants jugés à risque élevé. Les enfants adoptés dont on ignore les antécédents familiaux et les enfants de la guerre qui ont pu être victimes de viol ou de prostitution forcée peuvent y avoir été exposés. Il n'est pas toujours facile pour les familles de divulguer au médecin les circonstances de ces actes, tandis que certains enfants auront honte d'en parler, même avec leurs proches.

Comment procéder à l'évaluation médicale ?

L'anamnèse

Dans le cas d'une famille allophone ne parlant ni français ni anglais, un interprète professionnel devrait idéalement être présent durant l'entrevue médicale. L'enfant ne devrait pas servir d'interprète. En effet, il n'a probablement pas une connaissance suffisante de la langue médicale et ce serait beaucoup lui demander que de servir de médiateur culturel. L'anamnèse est sujette à caution, car la famille peut retenir certaines données importantes pour le médecin. Certaines maladies, comme la tuberculose ou le sida, sont « honteuses » et peuvent représenter pour le patient un mauvais sort ou une punition pour des fautes commises dans le passé. Chez certains, une des lignées – surtout maternelle – pourrait être accusée d'avoir affligé l'enfant d'une maladie héréditaire récessive. La consanguinité parentale évoque la possibilité d'une maladie génétique chez l'enfant présentant un retard moteur ou intellectuel ou encore des convulsions inexplicables. Les antécédents d'hospitalisation ou de transfusion augmentent le risque de maladies infectieuses, comme l'hépatite B ou C ou l'infection par le VIH.

On doit demander à la famille si elle a recours à des traitements traditionnels tels que l'acupuncture, le massage ou l'herbalisme médicinal et lui dire d'apporter tous les produits qu'elle utilise pour en discuter. Dans plusieurs pays, des méthodes thérapeu-

Tableau IV

Particularités du premier examen physique

Apparence générale	Affect, hygiène
Signes vitaux	Inclure la pression artérielle
Poids, grandeur, pli sous-cutané	État nutritionnel (malnutrition chronique ou aiguë)
Périmètre crânien	Plagiocéphalie, micro- ou macrocéphalie
Cheveux	Poux, mycoses
Faciès	Dysmorphie, syndrome d'alcoolisation fœtale
Vision, ouïe	Cataractes
Dentition	Caries, malocclusion, décoloration
Poumons	Tuberculose
Cœur et pouls fémoraux	Souffle, fièvre rhumatismale
Abdomen	Distension, hépatomégalie, splénomégalie
Organes génitaux	Séances sexuelles, puberté précoce, circoncision ou excision
Système neuromusculaire	Faiblesse, hypotonie, hypertonie, réflexes
Peau	Eczéma, infections cutanées, gale, taches mongoliques, cicatrices (rituelles, du BCG ou autres)

tiques différentes peuvent être entreprises de façon parallèle. Par conséquent, les traitements occidentaux peuvent être suivis parallèlement à la médecine traditionnelle. Il faut alors vérifier qu'il n'y a pas d'interactions médicamenteuses problématiques.

Certaines particularités s'appliquent plus spécialement aux enfants de l'adoption internationale. Bien qu'il ne soit pas toujours possible de le savoir, il est utile de connaître la durée du séjour en orphelinat, l'état de santé de la mère biologique et si cette dernière souffrait d'alcoolisme ou de toxicomanie, si l'enfant est né avant terme ainsi que son poids à la naissance et ses antécédents médicaux. L'âge d'un enfant abandonné est incertain. En outre, il faut se méfier de la falsification possible des papiers.

Les particularités de l'examen physique

L'aspect le plus important à retenir est que l'on doit

Tableau V

Dépistage chez l'enfant

- Hémogramme, éosinophiles
- Électrophorèse de l'hémoglobine
- Fonction hépatique (transaminases)
- Fonction rénale (urée, créatinine)
- Hépatite B (AgHBs, antiHBs, antiHC)
- Hépatite C (antiVHC)
- Syphilis (VDRL ou RPR)
- VIH (ELISA) (PCR)
- Recherche de parasites dans les selles (X 3)
- Épreuve de Mantoux pour la tuberculose si l'enfant est au pays depuis > 3 mois
- Analyse d'urine (au besoin)

procéder à un examen de base complet comme si c'était le tout premier de l'enfant. Des tableaux de courbes de croissance pour certaines ethnies sont disponibles dans Internet. Toutefois, les courbes plus récentes des *Centers for Disease Control* (CDC)¹² des États-Unis sont adéquates pour toute clientèle venue d'ailleurs, car elles ont été révisées en 2000 en fonction de la variabilité culturelle. Le *tableau IV* illustre les points saillants qu'il faut rechercher à l'examen physique. La fréquence du syndrome d'alcoolisation fœtale est plus élevée chez les enfants adoptés originaires de Russie et d'Europe de l'Est¹³. Il faut prendre garde de ne pas surdiagnostiquer des sévices physiques lorsqu'on note une cicatrisation rituelle ou des taches mongoliques chez l'enfant. Ces taches sont présentes chez tous les enfants asiatiques, chez 97 % des enfants noirs, 46 % des enfants d'Amérique latine et seulement 8 % des enfants de race blanche.

Quel type de dépistage faut-il considérer ?

Le dépistage systématique chez les enfants, comme celui d'Immigration Canada, qu'il soit fait ici ou dans le pays d'origine, est pratiquement inexistant. Il comprend une analyse d'urine pour les enfants de cinq ans et plus, une radiographie pulmonaire pour les enfants de onze ans et plus et un test de dépistage de la syphilis (VDRL) pour les jeunes à partir de 15 ans. Le dépistage du VIH peut aussi être exigé par Citoyenneté

et Immigration Canada dans certains cas. Ce dépistage ne cible pas tous les problèmes rencontrés chez les enfants. Nous en recommandons donc un plus approfondi (*tableau V*).

Si notre bilan montre la présence d'une infection ou d'une maladie héréditaire, nous recommandons un dépistage systématique chez les autres membres de la famille. En présence d'une anémie microcytaire, nous pouvons ajouter au bilan de base une évaluation de la concentration de fer sérique, de ferritine et de plomb sanguin. Une évaluation de la fonction thyroïdienne (TSH) ainsi qu'un dépistage génétique sanguin et urinaire peuvent être considérés chez les enfants de moins de 18 mois (comme chez les enfants nés en sol canadien). Chez l'enfant souffrant de malnutrition, nous pouvons ajouter un dépistage du rachitisme (calcium, phosphore, phosphatase alcaline, radiographie du poignet). Un test pour vérifier s'il y a un déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase est indiqué lorsqu'il y a des antécédents familiaux. Une culture de selles est requise si l'enfant souffre de diarrhée. Un test sanguin pour le paludisme est utile si l'enfant fait une forte fièvre sans foyer ou avec symptômes ou signes de paludisme. L'évaluation de l'âge osseux, quoique variable, peut être recommandée s'il est pertinent de vérifier l'âge clinique.

En pratique, ces enfants présentent des symptômes et des signes physiques mettant au défi nos habiletés cliniques. Les cinq cas de l'*encadré 2* témoignent de cette complexité.

Le cas n° 1 est celui d'une fillette dont le diagnostic de paludisme à la première visite médicale a été manqué. Le paludisme est une maladie très répandue dans les pays tropicaux où 500 millions de nouveaux cas sont signalés chaque année, dont 80 % en Afrique subsaharienne. Deux millions de personnes en meurent chaque année, dont la moitié sont des enfants. Le paludisme tue deux enfants par minute, et de 15 % à 25 % de ces derniers ont moins de cinq ans. Le cas n° 2 ainsi que la situation clinique présentée au début de cet article illustrent des exemples de parasitoses importées. Les cas n°s 3 et 4 confirment l'importance d'un dépistage systématique de certaines maladies infectieuses latentes. Le cas n° 5 constitue un exemple de problèmes psychosociaux attribuables à un syndrome de stress post-traumatique.

Tableau VI**Évaluation des expériences passées**

- ☉ Migration : trajet migratoire (pouvant englober plusieurs pays) ; pertes et gains (dont le projet de vie envisagé pour les enfants).
- ☉ Séparations familiales durant la migration : fréquentes et parfois longues ; le processus de réunification familiale exige un réapprentissage de la vie familiale.
- ☉ Traumatismes : réalité fréquente pour les immigrants qui ont pu être victimes ou témoins de violence organisée. Un vécu traumatique de torture ou de blessure corporelle peut favoriser les symptômes somatiques. Les traumatismes peuvent être difficiles à aborder. On laissera la famille les divulguer à son rythme.
- ☉ Vécu postmigratoire : hospitalité perçue des institutions de la société d'accueil : écoles, hôpitaux ; soutien reçu face à la précarité ou à l'incertitude du statut au Canada.

Comment procéder à l'évaluation psychosociale ?

L'évaluation psychosociale d'un enfant immigrant comporte des similitudes avec celle de tout enfant consultant en première ligne : déceler les grandes catégories de syndromes, s'enquérir de la qualité de la dynamique familiale ainsi que du fonctionnement et des aptitudes relationnelles de l'enfant dans ses principales sphères d'activité (à la maison, à l'école et dans ses loisirs). Certaines questions plus spécifiques concernant le vécu de l'immigrant sont aussi essentielles¹⁴. Tous ne s'entendent pas sur la prévalence des troubles de santé mentale chez les jeunes immigrants. En tenant compte des particularités des situations familiales et sociales vécues par ces enfants, on reconnaît la spécificité des besoins de ces derniers.

La dépression, les troubles anxieux, le syndrome de stress post-traumatique et les troubles somatoformes ont été décrits comme étant les plus fréquents chez les enfants immigrants¹⁵. Toutefois, au-delà de symptômes spécifiques, l'évaluation du contexte prendra une importance capitale. Ainsi, une des premières tâches lors de l'évaluation psychosociale

Encadré 2**Cas n° 1**

Suneeta, fillette de 12 ans, est née au Pakistan. Elle consulte à la salle d'urgence pour une fièvre de 40 °C et des douleurs musculaires. Le médecin pose un diagnostic de virémie et renvoie la fillette à la maison. Elle revient au bout de deux jours et fait 41,4 °C de fièvre. L'anamnèse indique qu'elle est arrivée de l'Inde il y a une semaine. Le médecin note une splénomégalie. Le frottis-goutte épaisse pour le paludisme confirme la présence de *Plasmodium vivax*.

Cas n° 2

Saad, garçon de 7 ans, est immigrant d'Égypte. Il n'a pas d'antécédents particuliers, ni de traumatismes. Le tableau clinique montre des urines foncées, sans fièvre ni dysurie, et une pression artérielle normale. L'analyse d'urine révèle une hématurie supérieure à 200 globules rouges par champ, l'absence de protéines et de cristaux ainsi que la présence d'œufs de schistosome (3 +).

Cas n° 3

Peter, garçon de 9 ans, a immigré de Russie. Il est tombé d'un 3^e étage à l'âge de 3 ans et a subi une hémorragie cérébrale. Il a été hospitalisé pendant trois mois et a reçu des transfusions sanguines. Il a gardé comme séquelles une hémiplegie gauche et des convulsions. Le dépistage systématique révèle qu'il est porteur du virus de l'hépatite C.

Cas n° 4

Ahmed, un garçon de 10 ans, est originaire d'Iran. Il consulte au cabinet pour une douleur abdominale et une constipation. Sa famille est aisée ; son père était médecin en Iran. Selon son carnet de vaccination, il a reçu les trois doses du vaccin contre l'hépatite B. Un dépistage de l'hépatite B est tout de même demandé et révèle une hépatite B active chronique. Par la suite, sa mère et ses deux sœurs sont diagnostiquées comme étant aussi porteuses du virus.

Cas n° 5

Vincent, 8 ans, est originaire d'Afrique. Il est envoyé par l'école en raison de troubles de comportement. A-t-il besoin de méthylphénidate ? Ses antécédents révèlent un passé traumatique, son père étant une victime de guerre. Il souffre de cauchemars et vit de la discrimination à l'école. Il se bat dès qu'il se sent menacé. Ses difficultés cognitives le rendent plus fragile. Le traitement est appliqué en collaboration avec l'école. L'enfant en vient à exprimer son vécu et à développer un sentiment de confiance.

d'un enfant immigrant sera de réviser les expériences de vie passée susceptibles d'avoir eu des répercussions sur sa vie psychique (*tableau VI*).

La capacité de l'enfant et de la famille à donner un sens à toutes ces expériences de vie ainsi que le soutien qu'ils peuvent recevoir pour y faire face sont

des éléments importants à évaluer pour déterminer le degré de soins dont l'enfant a besoin.

Le syndrome de stress post-traumatique

Les symptômes post-traumatiques chez l'enfant se révèlent souvent par les cauchemars, le jeu répétitif, les somatisations, les peurs, l'hypervigilance, les éléments dépressifs (difficultés à dormir et à manger, perte d'intérêt), mais aussi sous forme d'hyperactivité ou de problèmes de comportement. Il faut alors éviter de prendre un syndrome de stress post-traumatique pour un trouble déficitaire de l'attention ou un trouble de comportement. Si des hallucinations sont signalées, il faut établir si elles sont le fait d'une psychose ou plutôt de nature traumatique, signe d'un syndrome de stress post-traumatique. Il faut alors faire la différence entre ce qui appartient à l'enfant et ce qui lui est transmis par un parent anxieux.

Puisque les symptômes signalés sont souvent en décalage avec un fonctionnement adéquat, il faut parallèlement faire la recherche non seulement des symptômes mais aussi des forces de l'enfant et de la famille, en tenant compte des éléments de résilience¹⁶ ou des habiletés personnelles et des stratégies collectives qui peuvent surgir dans l'adversité¹⁷.

Mettre en parallèle les antécédents familiaux et sociaux avec le développement de l'enfant permettra de juger dans quelle mesure les symptômes que présente l'enfant sont le résultat d'une fragilité constitutionnelle ou des répercussions du vécu, sans oublier les influences réciproques de l'un sur l'autre.

Qu'en est-il de l'évaluation du développement ?

L'évaluation du développement doit prendre en compte les particularités socioculturelles.

- ☉ **Coucher.** Contrairement aux normes occidentales qui favorisent l'autonomie plutôt que la collectivité, plusieurs cultures encouragent le fait que l'enfant dorme avec un parent pendant les premières années.
- ☉ **Langage.** Un enfant doit d'abord bien maîtriser

une première langue avant de pouvoir en acquérir d'autres. Cela exige une exposition suffisante à la langue d'origine et l'apprentissage d'un nombre limité de langues (deux ou trois) en bas âge.

- ☉ **Capacités relationnelles.** Les rapports de filiation et les rapports enfants-adultes varient d'une culture à l'autre. Une évitement du regard chez un jeune patient peut signifier politesse plutôt que trouble du développement.

En demandant aux parents quel comportement on attend d'un garçon ou d'une fille du même âge que leur enfant dans leur pays d'origine, le médecin peut mieux saisir la signification des symptômes et clarifier ce qu'il peut prendre à tort pour des symptômes. Par exemple, une petite fille peut être mutique chez le médecin, davantage en raison du respect d'un interdit que pour cause d'anxiété ou de troubles du langage.

L'enfant immigrant est principalement en contact avec la société d'accueil par l'école, avec laquelle les parents entretiennent souvent un lien ténu. Si des difficultés scolaires surviennent, il est fort possible que des problèmes de communication sèment confusion et conflit. Plusieurs éléments peuvent expliquer les difficultés de communication : langue, modes de soin et d'éducation divergents, organisation scolaire qui permet peu l'échange, attentes différentes des parents et de l'école face à la réussite scolaire, difficulté des parents à faire confiance à un milieu étranger. Les intervenants de première ligne en santé peuvent ainsi être appelés à jouer un rôle de médiation.

Les adolescents immigrants bâtissent leur identité à travers leurs liens avec deux mondes, celui de la famille d'origine et celui de la société d'accueil. La possibilité d'intégrer des éléments de cette dernière, tout en gardant un lien fort avec leur culture d'origine, semble porteuse de bien-être¹⁸ et les aide à garder des relations familiales harmonieuses.

Toujours d'un point de vue identitaire, une maladie chronique viendra ajouter au défi de l'intégration en raison du sentiment de double altérité : être d'une autre culture et être malade. Les attitudes et

La capacité de l'enfant et de la famille à donner un sens aux expériences de vie passées ainsi que le soutien qu'ils peuvent recevoir pour y faire face seront des éléments importants à évaluer pour déterminer le degré de soins dont l'enfant a besoin.

Repère

les croyances des parents par rapport à la présence d'une maladie, physique ou mentale, de même que leur recours à un traitement traditionnel révéleront leurs sentiments de proximité face aux coutumes du pays d'origine ou au modèle biomédical occidental. On y entrevoit leur conception du problème et leurs désirs en matière d'intervention, et la négociation du plan de traitement devra en tenir compte.

Le médecin de famille peut s'entourer d'autres personnes pouvant l'aider à comprendre l'enfant et sa famille et à les soutenir. Ainsi, des collaborations fructueuses pourront être établies avec le Programme d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile du CSSS de la Montagne, les CSSS familiaux avec l'accueil des familles immigrantes, les organismes communautaires se consacrant à ces dernières, la clinique de pédiatrie multiculturelle de l'Hôpital de Montréal pour enfants ou les pédopsychiatres spécialisés en médecine transculturelle et en consultation-liaison.

Retour au cas de Jean-Marc

Pour revenir au cas de Jean-Marc, il souffrait de strongyloïdose. Il a été hospitalisé pendant quelques jours pour améliorer son état nutritionnel et pour traiter sa parasitose par l'ivermectine. À l'examen, plusieurs mois plus tard, Jean-Marc a regagné une courbe de croissance normale et ne souffre plus de diarrhée. Son développement est aussi normal. Son pronostic, grâce à son traitement ainsi qu'aux bons soins de ses parents adoptifs, est excellent. 🍷

Date de réception : 18 septembre 2006

Date d'acceptation : 29 octobre 2006

Mots clés : enfants, émigration et immigration, réfugiés, problèmes de santé, dépistage de masse, évaluation médicale, évaluation psychosociale

Les D^{res} Louise T. Auger, Lucie Nadeau et Marie Beaugard n'ont signalé aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Immigration et Communautés culturelles. *Recherches et statistiques*. Québec : 2006. Site Internet : www.micc.gouv.qc.ca/fr/recherches-statistiques/index.html (Date de consultation : 10 septembre 2006)
2. Hilorn R. International Statistics for Canada. *Country News. Adoption News Central*. Southampton : Family Helper; 2006. Site Internet : www.familyhelper.net/news/stats.html (Date de consultation : 10 septembre 2006)
3. Conseil d'adoption du Canada. *Une baisse pour les adoptions internationales en 2005. (Tableau : Adoption par province.)* Site Internet : www.adoption.ca/news/news08172006_FRstats.htm (Date

Summary

Children arriving from around the World. Every year, nearly 10,000 children arrive in Quebec as immigrants, refugees or as adoptees. Besides children's typical health concerns, physicians may encounter unfamiliar and challenging medical conditions. This article reviews the crucial information to be obtained during the medical history, physical examination and laboratory analysis. Most medical and psychosocial issues facing children upon their arrival in Canada are described.

Keywords: children, emigration and immigration, refugees, health issues, mass screening, medical evaluation, psychosocial evaluation

de consultation : 29 octobre 2006)

4. Citoyenneté et Immigration Canada. *Adoption internationale. Fiche de renseignements 21*. Le Ministère; 2002. Site Internet : www.cic.gc.ca/francais/pub/fiche-adoption.html (Date de consultation : 29 octobre 2006)
5. Québec Adoption. Québec : Le Secrétariat; 2006. Site Internet : www.quebecadoption.net (Date de consultation : 10 septembre 2006)
6. Secrétariat à l'adoption internationale du Québec. Site Internet : www.adoption.gouv.qc.ca/fr (Date de consultation : 10 septembre 2006)
7. *Abandon, adoption, autres mondes*. Le Monde est ailleurs; 2002-2003. Site Internet : www.meanomadis.com – onglet adoption. (Date de consultation : 10 septembre 2006)
8. Chicoine JF, Germain P, Lemieux J. *L'enfant adopté dans le monde en quinze chapitres et demi*. Montréal : Éd. de l'Hôpital Sainte-Justine; 2003. 480 p.
9. Bledsoe JM, Johnston BD. Preparing families for international adoption. *Pediatr Rev* 2004; 25 (7) : 242-50.
10. Société canadienne de pédiatrie. *Guide des soins aux enfants et adolescents néocanadiens*. La Société; 1999; 224 p.
11. Jenista JA. The immigrant, refugee, or internationally adopted child. *Pediatr Rev* 2001; 22 (12) : 419-29.
12. National Center for Health Statistics. *National Health and Nutrition Examination Survey. Clinical growth charts* (en ligne). Hyattsville : Centers for Disease Control and Prevention; 2006. Site Internet : www.cdc.gov/nchs/about/major/nhanes/growthcharts/clinical_charts.htm (Date de consultation : 10 septembre 2006)
13. Davies JK, Bledsoe JM. Prenatal Alcohol and Drug Exposures in Adoption. *Pediatr Clin North Am* 2005; 52 : 1369-93.
14. Nadeau L, Measham T. Caring for migrant and refugee children: challenges associated with mental healthcare in pediatrics. *J Dev Behav Pediatr* 2006; 27 (2) : 145-54.
15. Jaycox LH, Stein BD, Kataoka SH et coll. Violence exposure, post-traumatic stress disorder, and depressive symptoms among recent immigrant schoolchildren. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41 (9) : 1104-10.
16. Fonagy P, Steele M, Steele H et coll. The Emanuel Miller memorial lecture 1992: The theory and practice of resilience. *J Child Psychol Psychiatry* 1994; 35 (2) : 231-57.
17. Rousseau C, Drapeau A. The impact of culture on the transmission of trauma refugees' stories and silence embodied in their children's lives. Dans : Danieli Y, rédactrice. *International Handbook of Multigenerational Legacies of Trauma*. New York : Plenum Press; 1998. 465-86.
18. Bibeau G, Chan-Yip AM, Lock M et coll. *La santé mentale et ses visages : un Québec pluriethnique au quotidien*. Boucherville : Gaëtan Morin; 1992. 289 p.