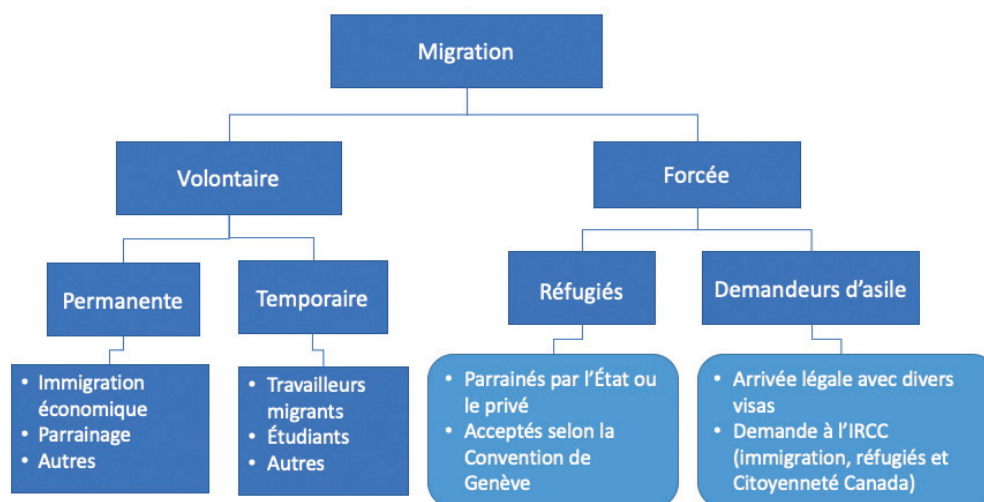


D<sup>re</sup> Tinh-Nhan Luong, pédiatre  
D<sup>re</sup> Sima Saleh, pédiatre  
En collaboration avec  
D<sup>re</sup> Lise Bélanger, pédiatre  
Mai 2025

L'immigration est un phénomène en croissance partout dans le monde. Au Québec, presque 15 % de la population est issue de l'immigration. Les soins auprès de l'enfant nouvellement arrivé et sa famille comportent des défis reliés aux déterminants associés aux 3 phases de la migration (pré-, per- et post-migratoire) et aux contextes de vie actuels et antérieurs. Ces déterminants peuvent influencer toutes les facettes de la santé et du développement de l'enfant.

Afin de faciliter l'évaluation médicale des enfants issus de l'immigration et la qualité des soins qui leur sont offerts, l'ABCdaire a développé un outil à l'attention des professionnels de la santé (médecins, infirmières praticiennes et infirmières cliniciennes) œuvrant auprès de cette population. Ce guide de référence aborde notamment certaines adaptations à envisager par le professionnel de la santé dans son approche générale lors de visites avec des enfants néo-canadiens, les particularités de l'examen physique et les recommandations quant au dépistage de certaines conditions chez l'enfant **asymptomatique**. D'ailleurs, le **Recueil des données de base et identification des facteurs de risque d'un enfant nouvellement arrivé au Canada**, les recommandations en lien avec l'examen physique et le bilan de dépistage peuvent s'appliquer aux enfants de tout âge et aux adolescents.

## Statuts migratoires au Canada



## Lexique

### Résident permanent

- ✓ Personne qui a obtenu la permission du gouvernement de demeurer de façon permanente au Canada. Il peut faire une demande pour devenir citoyen canadien après avoir résidé au Canada pendant une certaine période de temps.
- ✓ Par exemple : immigrant économique, regroupement familial, réfugiés acceptés.

### Résident temporaire

- ✓ Personne autorisée à rester au Canada pour une période de temps limitée avec un visa pour étudier, pour travailler ou pour visiter le Canada. Le demandeur d'asile est un résident temporaire durant la période d'examen de sa demande de protection.

### Réfugié

- ✓ Personne qui a une crainte bien fondée d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social ou de ses opinions politiques, se trouvant hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays.

### Demandeur d'asile

- ✓ Personne ayant requis la protection d'un pays autre que le sien et pour qui la reconnaissance du statut de réfugié n'a pas encore été déterminée.

### Mineur non accompagné

- ✓ Personne qui n'a pas atteint 18 ans, se trouvant hors de son pays d'origine et n'étant pas accompagnée ni d'un parent ni d'un représentant légal.

### Migrant en situation irrégulière

- ✓ Personne sans statut c'est-à-dire qu'elle n'a pas l'autorisation de rester au Canada ou que sa période d'autorisation est expirée (par ex. : visa expiré, demandeur d'asile refusé qui ne s'est pas présenté pour son renvoi).

## Couverture de santé et assurance maladie

Les soins de santé des résidents permanents (dont les réfugiés) sont couverts par le régime de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Quant aux demandeurs d'asile, ils ont accès à une couverture médicale par l'entremise du Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI). Le numéro IUC indiqué sur le document d'accusé de réception de leur demande d'asile (papier brun avec photo) est nécessaire lors de la vérification de leur couverture médicale. Toutefois, les migrants en situation irrégulière n'ont pas accès à une couverture médicale à l'exception de leurs enfants, dont les soins sont couverts par la RAMQ depuis l'adoption de la loi 83 en 2021. Pour davantage d'informations sur la loi 83, consultez le site de Médecins du Monde: <https://medecinsdumonde.ca/article/les-modalites-de-la-mise-en-oeuvre-du-projet-de-loi-83>

- ✓ RAMQ : <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/nouveaux-arrivants-inscrivez-vous-ligne-a-assurance-maladie>
- ✓ PFSI : <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/services/refugies/aide-partir-canada/soins-sante.html>
- ✓ CERDA : <https://cerda.info/wp-content/uploads/2024/09/GUI-2024-09-20-guide-PFSI-nouvelle-image-VF.pdf>

## Approche générale

La première évaluation médicale de l'enfant nouvellement arrivé est réalisée idéalement peu de temps après son arrivée au Canada et s'intéresse à sa santé dans sa globalité. Elle remplit quatre objectifs précis :

1. Diagnostiquer et prendre en charge les maladies connues ainsi que celles non détectées auparavant ;
2. Dépister certaines maladies chez l'enfant asymptomatique ;
3. Évaluer les besoins spécifiques de l'enfant ;
4. Offrir de la guidance et des soins préventifs.

Cette évaluation initiale de santé peut se répartir sur quelques rencontres. Le site internet « Soins aux enfants néo-canadiens », développé par la Société canadienne de pédiatrie, est une ressource qui détaille le déroulement de l'évaluation médicale initiale et certaines considérations spécifiques aux soins prodigués à cette population<sup>1</sup>. Le recours à un interprète professionnel est recommandé si des enjeux de communication sont présents entre la famille et le professionnel de la santé afin de favoriser la compréhension de tous<sup>2</sup>. Finalement, de nombreux obstacles inhérents à la situation des nouveaux arrivants et au système de santé dans le pays d'accueil limitent l'accès aux soins pour ces derniers. Un certain degré de flexibilité et de souplesse est à préconiser lors de l'accueil, du déroulement de la visite et des suivis à prévoir avec cette population. Il est aussi souhaitable de tirer profit de chaque rencontre médicale, étant donné les barrières à l'accès aux soins. Ainsi, on peut penser prescrire le bilan de dépistage après la première rencontre et en profiter pour offrir déjà des conseils préventifs et de guidance.

---

1. <https://enfantsneocanadiens.ca/screening/assessment>

2. Lien vers l'article dans Médecin au Québec : <https://lemedecinquebec.org/Media/94452/045-052Munoz-Kapoor0207.pdf>

## Recueil initial de données et identification des facteurs de risque

En préparation à la rencontre, il est souhaitable que le professionnel de la santé se familiarise avec le questionnaire et demande au parent d'apporter tout document concernant la santé de l'enfant, le carnet de vaccination et ses données de croissance provenant du pays d'origine si disponibles.

Lors de la première rencontre, il est recommandé de compléter le **Recueil des données de base et identification des facteurs de risque — enfant nouvellement arrivé au Canada** à la place du recueil standard de données. Cet outil a été développé pour recueillir spécifiquement les données de base de l'enfant né à l'étranger et ayant immigré au Canada. Il est utile pour tous les groupes d'immigrants (permanents ou temporaires), incluant les enfants originaires de pays à faibles revenus, les demandeurs d'asile et les réfugiés, qui constituent des groupes vulnérables. Le questionnaire est ainsi mené par le professionnel médical ou infirmier en présence du parent (ou de l'accompagnateur) au moment du premier contact avec l'enfant âgé entre 0-5 ans. Il permet d'identifier certains déterminants de la santé à travers les trois phases distinctes de la migration :

1. **La phase pré-migratoire** dans le pays d'origine (épidémiologie locale, niveau de développement économique, contexte géopolitique, raisons du départ, etc.) ;
2. **La phase per-migratoire ou le déplacement** (conditions et circonstances du voyage, épidémiologie locale des pays de transit, disponibilité des soins, etc.). Lorsque le parcours migratoire est complexe, il peut être pertinent de l'écrire comme une ligne du temps en mentionnant les pays, les dates d'arrivée (et de départ si possible) et les moyens de transport utilisés. Voici un exemple :

Avion	Route	Route	Route
Brésil → → →	Panama → → →	Mexique → → →	États-Unis (New York) → → → Québec
2020/04	2023/06/20	2023/07/01	2024/07/06 à 2025/01/09 2025/01/10
Naissance			

3. **La phase post-migratoire** dans le pays d'accueil (conditions de vie, stressseurs actuels, accès aux soins de santé, etc.).

Au début de la rencontre, il est essentiel de prendre quelques instants avec le parent pour présenter le questionnaire du recueil de données et sa pertinence dans le cadre de l'évaluation de la santé de son enfant. **Il est bon de mentionner que ces informations resteront confidentielles et ne nuiront pas aux démarches de la famille auprès des services d'immigration.** Ceci réduit la méfiance et favorise donc l'établissement d'un lien de confiance. Une attitude sensible, empathique et d'ouverture est à privilégier. Le parent aimera qu'on le laisse développer sur certains sujets qui lui sont importants, même si le temps est parfois difficile à respecter (par ex. : détails du parcours migratoire, situation difficile actuelle au Canada). En ce qui a trait à des éléments traumatiques, l'objectif n'est pas ici de les questionner ni de les recueillir en détail.

En effet, certains sujets peuvent s'avérer douloureux pour l'enfant et sa famille, et leur récit risque de réactiver un trauma et déstabiliser un équilibre précaire de fonctionnement. Le professionnel de la santé peut se limiter à interroger le parent de manière générale : « Est-ce que votre enfant a vécu des moments difficiles là-bas dans son pays de naissance, ou pendant le trajet ou même ici, au Canada? Avez-vous été confrontés à des violences? ». Il n'est pas nécessaire d'énumérer des exemples précis de traumatismes. Si le parent souhaite élaborer davantage, une posture d'écoute est de mise. Dans le cadre de cette évaluation initiale, l'objectif n'est pas d'approfondir ces événements outre mesure. Toutefois, sans vouloir minimiser la gravité des propos relatés par le parent, il peut être convenu ensemble et si nécessaire de revoir ces éléments douloureux à un moment ultérieur et en la présence d'intervenants spécialisés en la matière, au besoin.

## Vaccination

En ce qui concerne la vaccination, une preuve écrite est nécessaire pour la reconnaissance d'un vaccin reçu. En l'absence de cette attestation, il est considéré comme non reçu et la vaccination sera mise à jour en conséquence. Il n'est pas recommandé de doser les anticorps de tous les vaccins. Seuls les anticorps de l'hépatite B (à tout âge selon la région endémique) et de la varicelle (enfant de plus de 13 ans) sont dosés.

## Examen physique

Un examen physique rigoureux de la tête aux pieds est réalisé chez l'enfant à la première visite. Les données anthropométriques sont colligées sur les courbes de croissances de l'Organisation mondiale de la Santé afin d'évaluer s'il y a présence de cachexie, d'insuffisance pondérale, d'arrêt ou de retard de croissance ou, à l'opposé, d'embonpoint ou d'obésité.

S'attarder à l'apparence générale peut être révélateur. En effet, on observe si l'enfant a l'air malade ou non, de manière aiguë ou chronique, s'il présente des signes de malnutrition (émaciation, œdème, dermatite) ou des dysmorphies apparentes. On peut profiter du questionnaire initial avec le parent pour observer attentivement l'enfant, son niveau d'activité, ses interactions avec son parent. Cela donnera un aperçu de son stade développemental sur les plans moteur, langagier, cognitif et affectif.

Il faut porter une attention particulière à la recherche de signes de maladies chroniques non diagnostiquées (par ex. : pâleur, ictère, éruption cutanée, hépatosplénomégalie, adénopathies, souffle cardiaque, hippocratisme digital, etc.). L'examen de la cavité buccale permet d'évaluer l'hygiène bucco-dentaire. Ceci est essentiel, car certains enfants immigrants n'ont jamais pu bénéficier de soins dentaires préventifs dans leur pays d'origine. La peau est inspectée sur tout le corps, incluant le cuir chevelu, à la recherche de signes d'infections — notamment fongiques. Les organes génitaux sont visualisés en présence du parent après avoir informé le jeune enfant. Finalement, une évaluation de la vision est recommandée d'emblée et de l'audition au besoin.

## Dépistage

Au terme de la rencontre initiale, en se basant sur le questionnaire, l'identification des facteurs de risque et l'examen physique, un bilan de dépistage est prescrit par le professionnel de la santé. Des facteurs tels que le pays d'origine (épidémiologie locale, conditions de vie, accès aux soins) et le parcours migratoire (route et pays de transit, circonstances du voyage) peuvent augmenter le risque pour certaines conditions spécifiques de santé. Le choix des tests de dépistage doit s'appuyer sur une évaluation individualisée du risque pour chaque patient, en gardant en tête le souci d'une utilisation judicieuse des ressources. Le bilan de dépistage recommandé ici ne doit pas être utilisé sous forme d'une « *check-list* » : le jugement du clinicien doit plutôt guider l'adaptation de ce dernier.

Si le professionnel suspecte un problème de santé ou de développement, il doit compléter le bilan d'investigation nécessaire qui sort du cadre de ce bilan destiné au patient asymptomatique. Selon les connaissances dont il dispose, le clinicien pourra interpeler un pédiatre au besoin, via le CRDS ou selon la trajectoire définie dans sa région.

Les recommandations suivantes concernant les tests de dépistage reposent sur la révision des guides de pratiques des sociétés savantes pédiatriques nord-américaines et européennes, ainsi que de la littérature scientifique. De plus, certains facteurs ont été pris en considération tel que les effets désirables et indésirables du dépistage et les interventions en découlant, les aspects pratiques, la disponibilité et le coût de certains tests de dépistage.

Un modèle d'**ordonnance collective** des tests de dépistage à prescrire chez l'enfant nouvellement arrivé et leurs indications figure à titre indicatif à la fin de ce guide. Il peut être adapté à un milieu de pratique en tenant compte des considérations d'ordre logistique qui lui sont propres. Finalement, il est recommandé de remettre une **attestation des résultats** du bilan de dépistage au parent (un exemple se trouve à la fin de ce guide). Celle-ci peut-être brochée dans le carnet de vaccination pour les enfants sans RAMQ, dont les résultats ne se retrouvent pas sur la plateforme du DSQ. Ceci permet de limiter la duplication des tests de dépistage dans le temps par plusieurs intervenants.

## Références générales

American Academy of Pediatrics (2013). Medical screening and treatment recommendations for newly arrived Immigrant Children. [https://www.maineaap.org/assets/docs/AAP\\_MedicalScreening.pdf](https://www.maineaap.org/assets/docs/AAP_MedicalScreening.pdf).

American Academy of Pediatrics Council on Community Pediatrics (2013). Providing care for immigrant, migrant, and border children. *Pediatrics*, 131(6), e2028-e2034.

Beeler, J., Regan, J., Mitchell, T., Barnett, E. (2024). Newly arrived immigrants, refugees and other migrants. In Centers for Disease Control and Prevention Yellow Book 2024. Oxford University Press. <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2024/posttravel-evaluation/newly-arrived-immigrants-refugees-and-other-migrants>

Centers for Disease Control and Prevention. Immigrant and refugee health. <https://www.cdc.gov/immigrant-refugee-health/index.html>

Greenaway, C., & Castelli, F. (2019). Migration medicine. *Infectious Disease Clinics*, 33(1), 265-287.

Hjern, A., Østergaard, L. S., & Nørredam, M. L. (2019). Health examinations of child migrants in Europe: screening or assessment of healthcare needs?. *BMJ Paediatrics Open*, 3(1).

Pottie, K., Greenaway, C., Feightner, J., Welch, V. et al. (2011). Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *CMAJ*, 183(12), E824-E925.

Schrier, L., Wyder, C., Del Torso, S., Stiris, T. et al. (2019). Medical care for migrant children in Europe: a practical recommendation for first and follow-up appointments. *European journal of pediatrics*, 178, 1449-1467.

Société canadienne de pédiatrie. Les soins aux enfants néo-canadiens : guide pour les professionnels de la santé œuvrant auprès des familles immigrantes et réfugiées. <https://enfantsneocanadiens.ca/>

## Tests de dépistage à prescrire chez l'enfant asymptomatique nouvellement arrivé

### Acronymes

ASS : Afrique subsaharienne

Asie SE : Asie du Sud-Est

DA/R : Demandeur d'asile ou réfugié

FSC : Formule sanguine complète

G6PD : Glucose-6-phosphate déshydrogénase

MNA : Mineur non accompagné

Le bilan de dépistage se doit d'être prescrit avec discernement en s'appuyant sur une évaluation individualisée des risques

**Attention, ce bilan concerne les enfants asymptomatiques. D'autres tests devront être considérés si des problèmes de santé sont détectés.**

### Bilan hématologique

#### FSC, Ferritine<sup>1,2</sup>

##### DÉPISTAGE D'UNE ANÉMIE, UN ÉTAT FERRIPRIVE, UNE ÉOSINOPHILIE

###### À faire :

☐ Tous

Il est préférable d'effectuer ces prélèvements en dehors d'une infection. Certains auteurs suggèrent d'effectuer le dosage de la protéine C réactive afin de s'assurer que la ferritine n'est pas faussement élevée dans un contexte d'inflammation<sup>3</sup>.

En présence d'une anémie microcytaire associée à une réduction du TGMH, le diagnostic le plus probable est celui d'une anémie ferriprive. La ferritine est souvent diminuée (s'il n'existe pas d'état inflammatoire concomitant) et la DVE est élevée<sup>4</sup>. L'indice de Mentzer (VGM/nombre de globules rouges) aide à distinguer l'anémie ferriprive (indice supérieur à 13) de l'anémie due à un trait thalassémique (indice inférieur à 13).

## Électrophorèse de l'hémoglobine<sup>5,6</sup>

### DÉPISTAGE DES HÉMOGLOBINOPATHIES (ANÉMIE FALCIFORME, B-THALASSÉMIE ETC.)

---

#### À faire :

- ☐ Enfant originaire d'Afrique, Asie, Amérique latine/Caraïbes ou Méditerranée
  - ☐ Enfant avec découverte d'une anémie à la FSC
- 

## Dosage G6PD<sup>6,7</sup>

### DÉPISTAGE DE LA DÉFICIENCE EN G6PD

---

#### À faire :

- ☐ Garçon originaire d'Afrique, d'Asie ou du bassin méditerranéen

#### À considérer :

- ☐ Fille originaire d'Afrique, d'Asie ou du bassin méditerranéen, avec antécédent d'ictère néonatal évocateur d'une déficience en G6PD (hyperbilirubinémie sévère, photothérapie ou exsanguino-transfusion)
- 

## Bilan biochimique

### ALT<sup>8,9</sup>

#### DÉPISTAGE D'UNE ÉLÉVATION DES TRANSAMINASES HÉPATIQUES AVANT L'INITIATION D'UN MÉDICAMENT POTENTIELLEMENT HÉPATOTOXIQUE

---

#### À faire :

- ☐ Enfant qui requiert un traitement médicamenteux potentiellement hépatotoxique pour une période prolongée (ex : terbinafine systémique pour le tinea capitis<sup>10</sup>)

#### À considérer :

- ☐ Enfant qui requiert un traitement pour la tuberculose latente soit avec Isoniazide ou Rifampicine et si facteur de risque additionnel d'hépatotoxicité (ex : prise d'un autre médicament déjà hépatotoxique)
- 

### TSH<sup>6,11</sup>

#### DÉPISTAGE D'UNE HYPOTHYROÏDIE CONGÉNITALE

---

#### À faire :

- ☐ Enfant < 18 mois et n'ayant pas subi de dépistage universel à la naissance
-



**Dosage plombémie<sup>12,13,14</sup>****DÉPISTAGE DE L'EXPOSITION AU PLOMB ET D'UNE PLOMBÉMIE ÉLEVÉE****À faire :**

- ☐ DA/R ou immigrant âgé de 6 mois à 6 ans, provenant de pays à faible revenu
- ☐ Présence de facteurs de risque d'exposition<sup>15</sup> (pica, logement construit avant 1960, canalisation en plomb, utilisation kôhl...)

Il est recommandé de répéter le dosage de plombémie 3 à 6 mois plus tard chez les enfants âgés  $\leq 6$  ans, si le résultat initial est élevé ou présence de facteurs de risque d'exposition. Il n'est pas recommandé de se fier uniquement sur la présence d'une anémie microcytaire pour guider le dépistage.

**Dosage 25-OH Vitamine D<sup>16,17</sup>****DÉPISTAGE DE LA DÉFICIENCE EN VITAMINE D****À faire :**

- ☐ Enfant à risque de rachitisme (maladie rénale, hépatique, malabsorption, etc. )

Si aucun signe ou symptôme de rachitisme, une supplémentation standard en vitamine D (selon l'âge) est recommandée pour tous les enfants, spécialement ceux avec un apport insuffisant en lait de vache, à la peau foncée ou avec une exposition limitée au soleil (par ex. : vêtements longs).

**Bilan infectieux****Recherche de parasites sur selles<sup>1,18</sup>****DÉPISTAGE DE PARASITOSE INTESTINALE****À faire :**

- ☐ Enfant  $> 6$  mois de vie et provenance de pays à faible revenu ou niveau socio-économique faible (arrivée depuis moins de 18-24 mois)
- ☐ Si éosinophilie inexpliquée

On recommande la recherche d'œufs et de parasites dans les selles réalisée par microscopie, sur deux ou trois échantillons collectés sur des journées différentes. Si l'enfant est symptomatique, une recherche des protozoaires entériques par TAAN peut être considérée (inclut la recherche de *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica*, *Dientamoeba fragilis* et *Cryptosporidium parvum*).

## Test cutané à la tuberculine (TCT) ou test libération Interféron gamma (TLIG)<sup>9</sup>

### DÉPISTAGE DE LA TUBERCULOSE LATENTE

#### À faire :

- ☐ Enfant provenant d'un pays endémique pour la tuberculose (incidence > 30 cas/100 000 hab.) [https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb\\_profiles/?\\_inputs\\_&lan=%22EN%22](https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?_inputs_&lan=%22EN%22)

Le test est choisi en fonction de l'âge, de la disponibilité locale et de considérations pratiques :

- ✓ 0 à < 2 ans : TCT
- ✓ ≥ 2 ans : TCT ou TLIG (TLIG préféré en cas de BCG reçu)

## Sérologie VIH<sup>19</sup>

### DÉPISTAGE D'UNE INFECTION AU VIH

#### À faire :

- ☐ Tous (le consentement verbal du parent doit être obtenu)

## Sérologie Syphilis (ex : EIA)<sup>20</sup>

### DÉPISTAGE D'UNE INFECTION À LA SYPHILIS

#### À faire :

- ☐ Enfant ≤ 2 ans et sérologie maternelle inconnue
- ☐ DA/R âgés ≥ 15 ans
- ☐ Actif sexuellement ou histoire d'abus/violence sexuelle
- ☐ Mineur non accompagné

## Tests Hépatite B (HbsAg et anti-Hbs)<sup>21,22</sup>

### DÉPISTAGE D'UNE INFECTION DUE AU VIRUS DE L'HÉPATITE B ET ÉVALUATION DU STATUT VACCINAL

#### À faire :

- ☐ Enfant ou adolescent originaire d'un pays avec prévalence d'hépatite B > 2% (la plupart des pays sauf l'Australie, les régions d'Europe de l'ouest et d'Amérique du Nord) <https://www.globalhep.org/countryregions-data-dashboards>

## Sérologie Hépatite C (anti-VHC)<sup>23</sup>

### DÉPISTAGE D'UNE INFECTION DUE AU VIRUS DE L'HÉPATITE C

---

#### À faire :

- ☐ Enfant ou adolescent originaire d'un pays avec prévalence d'hépatite C > 3% (Afrique, Asie et Europe de l'Est) <https://www.globalhep.org/countryregions-data-dashboards>
- 

## Sérologie Schistosoma<sup>24</sup>

### DÉPISTAGE D'UNE SCHISTOSOMIASE/BILHARZIOSE

---

#### À faire :

- ☐ Éosinophilie inexpliquée chez un enfant provenant d'une région endémique (ex : ASS, Brésil, Vénézuéla, Asie SE) [https://apps.who.int/neglected\\_diseases/ntddata/sch/sch.html](https://apps.who.int/neglected_diseases/ntddata/sch/sch.html)
  - ☐ Enfant > 1 an provenant d'une région endémique avec exposition en eau douce
- 

## Sérologies Strongyloides stercoralis<sup>24</sup>

### DÉPISTAGE D'UNE STRONGYLOÏDOSE/ANGUILLULOSE

---

#### À faire :

- ☐ Enfant provenant d'une région endémique (ASS, Asie SE et Amérique latine/Caraïbes) et qui doit recevoir un traitement par stéroïdes > 2 semaines, une chimiothérapie ou un immunosuppresseur
- ☐ Éosinophilie inexpliquée chez enfant provenant d'une région endémique

#### À considérer selon la disponibilité du test et l'exposition potentielle :

- ☐ DA/R âgé > 1 an, provenant d'une région endémique (ASS, Asie SE et Amérique latine/Caraïbes) et avec une exposition potentielle (par ex. : marcher pieds nus)
- 

Il est conseillé de s'adresser à un spécialiste en médecine tropicale pour la prise en charge de la strongyloïdose.

## Sérologie Trypanosoma cruzi<sup>25, 26</sup>

### DÉPISTAGE D'UNE TRYPANOSOMIASE/MALADIE DE CHAGAS

---

#### À faire :

- ☐ Enfant dont la mère a vécu en région rurale endémique en Amérique latine et qui présente une sérologie positive pour la trypanozomiasse
-

## Sérologie Varicelle (VZV IgG)<sup>27</sup>

### ÉVALUATION DU STATUT VACCINAL POUR LA VARICELLE

---

#### À faire :

- ☐ Enfant > 13 ans
- 


Il est recommandé de vacciner pour la varicelle tous les enfants de 13 ans et moins sans preuve vaccinale.

## Références spécifiques

1. Salehi, L., Lofters, A. K., Hoffmann, S. M., Polsky, J. Y., & Rouleau, K. D. (2015). Health and growth status of immigrant and refugee children in Toronto, Ontario: A retrospective chart review. *Paediatrics & child health*, 20(8), e38–e42.
2. World Health Organization. (2020). *WHO guideline on use of ferritin concentrations to assess iron status in populations*. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/micronutrients/ferritin-guideline/ferritin-guidelines-executivesummary.pdf?sfvrsn=8c98babb\\_2](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/micronutrients/ferritin-guideline/ferritin-guidelines-executivesummary.pdf?sfvrsn=8c98babb_2)
3. Baker, R. D., Greer, F. R., & Committee on Nutrition (2010). Diagnosis and prevention of iron deficiency and iron-deficiency anemia in infants and young children (0–3 years of age). *Pediatrics*, 126(5), 1040–1050.
4. La formule sanguine en pédiatrie : formation continue (2021). *Le Médecin du Québec*, 56(9), 19–58. <https://lemedecinduquebec.org/archives/2021/9>
5. Piel, F. B., Steinberg, M. H., & Rees, D. C. (2017). Sickle cell disease. *New England Journal of Medicine*, 376(16), 1561–1573.
6. Centers for Disease Control and Prevention (2024). *Laboratory testing: refugee health domestic guidance*. <https://www.cdc.gov/immigrant-refugee-health/hcp/domestic-guidance/laboratory-testing.html>
7. Frank, J. E. (2005). Diagnosis and management of G6PD deficiency. *American family physician*, 72(7), 1277–1282.
8. World Health Organization (2020). *WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 1: prevention — tuberculosis preventive treatment*. Geneva: World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331170/9789240001503-eng.pdf?sequence=1>
9. Dwilow, R., Hui, C., Kakkar, F. & Kitai, I. (2022). Chapter 9: Pediatric tuberculosis. *Canadian Journal of Respiratory, Critical Care and Sleep Medicine*, 6 (sup1), 129–148. <https://doi.org/10.1080/24745332.2022.2043055>
10. Société canadienne de pédiatrie (2021). Les antifongiques pour traiter des mycoses pédiatriques courantes dans un contexte ambulatoire. <https://cps.ca/fr/documents/position/les-antifongiques-pour-traiter-des-mycoses-pediatriques-courantes-dans-un-contexte-ambulatoire>
11. Hamdoun, E., Karachunski, P., Nathan, B., Fischer, M., Torkelson, J. L., Drilling, A., & Petryk, A. (2016). Case report: the specter of untreated congenital hypothyroidism in immigrant families. *Pediatrics*, 137(5).
12. Pavlopoulou, I. D., Tanaka, M., Dikalioti, S., Samoli, E., Nisianakis, P., Boleti, O. D., & Tsoumakas, K. (2017). Clinical and laboratory evaluation of new immigrant and refugee children arriving in Greece. *BMC pediatrics*, 17(1), 1–10.
13. Pezzi, C., Lee, D., Kennedy, L., Aguirre, J. et al. (2019). Blood lead levels among resettled refugee children in select US states, 2010–2014. *Pediatrics*, 143(5).

14. Centers for Disease Control and Prevention (2022). *Lead: refugee health domestic guidance. Immigrant and refugee health*. <https://www.cdc.gov/immigrant-refugee-health/hcp/domestic-guidance/lead.html>
15. Société Canadienne de pédiatrie (2019). *La toxicité du plomb sous un nouvel angle : l'exposition à de faibles doses de plomb chez les enfants canadiens*. <https://cps.ca/fr/documents/position/la-toxicite-du-plomb>
16. Munns, C. F., Shaw, N., Kiely, M., Specker, B. L. and al. (2016). Global consensus recommendations on prevention and management of nutritional rickets. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 101(2), 394-415.
17. Taseen, K., & Beaulieu, G. (2017). Vitamin D levels and influencing predictors in refugee children in Sherbrooke (Quebec), Canada. *Paediatrics & Child Health*, 22(6), 307-311.
18. Bustamante, J., Sainz, T., Ara-Montojo, M. F., Almirón, M. D. et al. (2022). Screening for parasites in migrant children. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 47, 102287.
19. Beeler, J., Regan, J., Mitchell, T., Barnett, E. (2024). *Newly arrived immigrants, refugees and other migrants*. In CDC Yellow Book 2024. Oxford University Press. <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2024/posttravel-evaluation/newly-arrived-immigrants-refugees-and-other-migrants>
20. Trivedi, S., Taylor, M., Kamb, M. L., & Chou, D. (2020). Evaluating coverage of maternal syphilis screening and treatment within antenatal care to guide service improvements for prevention of congenital syphilis in Countdown 2030 Countries. *Journal of Global Health*, 10(1).
21. Schwarz, K. B., Cloonan, Y. K., Ling, S. C., Murray, K. F. et al. (2015). Children with chronic hepatitis B in the United States and Canada. *The Journal of Pediatrics*, 167(6), 1287-1294.
22. Rossi, C., Schwartzman, K., Oxlade, O., Klein, M. B., & Greenaway, C. (2013). Hepatitis B screening and vaccination strategies for newly arrived adult Canadian immigrants and refugees: a cost-effectiveness analysis. *PloS one*, 8(10), e78548.
23. Greenaway, C., Makarenko, I., Tanveer, F., & Janjua, N. Z. (2018). Addressing hepatitis C in the foreign-born population: a key to hepatitis C virus elimination in Canada. *Canadian Liver Journal*, 1(2), 34-50.
24. Asundi, A., Beliavsky, A., Liu, X. J., Akaberi, A. et al. (2019). Prevalence of strongyloidiasis and schistosomiasis among migrants: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 7(2), e236-e248.
25. Velasco, M., Gimeno-Feliú, L. A., Molina, I., Salas-Coronas, J. et al. (2020). Screening for *Trypanosoma cruzi* infection in immigrants and refugees: Systematic review and recommendations from the Spanish Society of Infectious Diseases and Clinical Microbiology. *Eurosurveillance*, 25(8), 1900393.
26. Marcus, R., Henao-Martínez, A. F., Nolan, M., Livingston, E. et al. (2021). Recognition and screening for Chagas disease in the USA. *Therapeutic Advances in Infectious Disease*, 8, 20499361211046086.
27. Greenaway, C., Boivin, J. F., Cnossen, S., Rossi, C. et al. (2014). Risk factors for susceptibility to varicella in newly arrived adult migrants in Canada. *Epidemiology & Infection*, 142(8), 1695-1707.

## Exemple d'ordonnance pour le dépistage de l'enfant nouvellement arrivé au Canada

<p>Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal</p> <p><b>Québec</b></p>	<input type="checkbox"/> HMR <input type="checkbox"/> LT <input type="checkbox"/> HSCO <input type="checkbox"/> PDI <input type="checkbox"/> IUSMM <input type="checkbox"/> SLSM <input type="checkbox"/> CPMSC
 <p>* 0 P 0 1 0 8 8 *</p>	
Poids : ____ kg    Taille : ____ cm    Allergie(s) : _____    Intolérance(s) : _____	
<b>[OIP-CEMTL-01088] - [Dépistage de l'enfant asymptomatique nouvellement arrivé au Canada]</b>	

DA : demandeur d'asile  
R : réfugié

Afrique SS : Afrique Sub-Saharienne  
Asie SE : Asie du Sud-Est


Éléments	Clientèle
<input type="checkbox"/> FSC	• <b>Tous</b>
<input type="checkbox"/> Ferritine	• <b>Tous</b>
<input type="checkbox"/> Électrophorèse de l'hémoglobine	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfant originaire d'Afrique, Asie, Amérique latine/Caraïbes ou du bassin méditerranéen</li> <li>Enfant avec découverte d'une anémie à la FSC</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Dosage G6PD	• Garçon originaire d'Afrique, d'Asie ou du bassin méditerranéen
<input type="checkbox"/> ALT	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfant qui requiert un traitement médicamenteux potentiellement hépatotoxique (ex : Terbinafine systémique pour le tinea capitis)</li> <li>À considérer : enfant qui requiert un traitement pour la tuberculose latente soit avec Isoniazide ou Rifampicine et si facteur de risque additionnel d'hépatotoxicité (ex : prise d'un autre médicament déjà hépatotoxique)</li> </ul>
<input type="checkbox"/> TSH	• Enfant < <b>18 mois</b> et n'ayant pas subi de dépistage universel à la naissance
<input type="checkbox"/> Dosage plombémie **Tube bleu foncé : prélever 1-2 mL et non pas 6 mL**	<ul style="list-style-type: none"> <li>DA/R ou immigrant âgé de <b>6 mois à 6 ans</b>, provenant de pays à faible revenu</li> <li>Présence de facteurs de risque d'exposition (pica, logement construit avant 1960/canalisation plomb, utilisation kôhl, etc.)</li> <li><a href="https://cps.ca/fr/documents/position/la-toxicite-du-plomb">https://cps.ca/fr/documents/position/la-toxicite-du-plomb</a></li> </ul>
<input type="checkbox"/> Dosage 25-OH-vitamine D	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfant à risque de rachitisme (maladie rénale, hépatique ou malabsorption, etc.)</li> <li>La supplémentation sans dosage de la vitamine D est recommandée pour les enfants ayant un apport insuffisant en lait de vache, à la peau foncée ou avec une exposition limitée au soleil</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Recherche de parasites dans les selles x 2 (microscopie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfant de &gt; <b>6 mois</b> de vie et provenance de pays à faible revenu ou niveau socio-économique faible (arrivée depuis moins de 18-24 mois)</li> <li>Éosinophilie inexpliquée</li> <li>On recommande la recherche d'œufs et de parasites dans les selles réalisée par microscopie, sur 2 échantillons collectés sur des journées différentes</li> <li>Si l'enfant est symptomatique, une recherche de protozoaires entériques par TAAN peut être considérée</li> </ul>

NE RIEN INSCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN INSCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN INSCRIRE DANS LES MARGES

Signature du prescripteur	# permis	Date (AA/MM/JJ)	Heure
---------------------------	----------	-----------------	-------

<p>Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de- l'Île-de-Montréal</p> <p style="text-align: center; font-size: 1.2em;"><b>Québec</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">   <small>* 0 P 0 1 0 8 8 *</small> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> HMR    <input type="checkbox"/> LT  <input type="checkbox"/> HSCO    <input type="checkbox"/> PDI  <input type="checkbox"/> IUSMM    <input type="checkbox"/> SLSM  <input type="checkbox"/> CPMSC </div> </div>	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
Poids : ____ kg    Taille : ____ cm    Allergie(s) : _____ Intolérance(s) : _____	
<b>[OIP-CEMTL-01088] - [Dépistage de l'enfant asymptomatique nouvellement arrivé au Canada]</b>	
<b>Éléments</b>	<b>Clientèle</b>
<input type="checkbox"/> Test cutané à la tuberculine (TCT) OU <input type="checkbox"/> Test libération Interféron gamma (TLIG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Provenance d'un pays endémique (incidence &gt; 30 cas/ 100 000 habitants)  <a href="https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?inputs%20=&amp;lan=%22EN%22">https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?inputs%20=&amp;lan=%22EN%22</a> </li> <li>0 à &lt; 2 ans : TCT</li> <li>≥ 2 ans : TLIG (Quantiferon<sup>MD</sup>) est préféré en cas de BCG reçu</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Sérologie VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le consentement verbal du parent doit être obtenu</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Sérologie Syphilis (ex : EIA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfant ≤ 2 ans si la sérologie maternelle n'est pas connue</li> <li>DA/R adolescents ≥ 15 ans</li> <li>Mineur non accompagné</li> <li>Actif sexuellement ou histoire d'abus/violences sexuelles</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Sérologie Hépatite B : HBsAg et Anti-HBs	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pays d'origine avec prévalence d'hépatite B &gt; 2% i.e. la plupart des pays <b>sauf</b> Amérique du Nord, Europe de l'Ouest, Australie  <a href="https://www.globalhep.org/countryregions-data-dashboards">https://www.globalhep.org/countryregions-data-dashboards</a> </li> </ul>
<input type="checkbox"/> Sérologie Hépatite C (anti-VHC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pays d'origine avec prévalence d'hépatite C &gt; 3%  <a href="https://www.globalhep.org/countryregions-data-dashboards">https://www.globalhep.org/countryregions-data-dashboards</a> </li> </ul>
<input type="checkbox"/> Sérologie <i>Schistosoma</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Âgé ≥ 1 an et provenant de région endémique (ex Afrique SS) avec <b>exposition en eau douce</b></li> <li>Éosinophilie inexpliquée chez l'enfant provenant de région endémique  <a href="https://apps.who.int/neglected_diseases/ntddata/sch/sch.html">https://apps.who.int/neglected_diseases/ntddata/sch/sch.html</a> </li> </ul>
<input type="checkbox"/> Sérologie <i>Strongyloides stercoralis</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chez l'enfant provenant de région endémique (Afrique SS, Asie SE et Amérique latine/Caraïbes) qui doit recevoir un traitement par stéroïdes &gt; 2 semaines, une chimiothérapie ou un traitement immunosuppresseur</li> <li>Éosinophilie inexpliquée chez enfant provenant d'une région endémique</li> <li>À considérer : DA/R âgé ≥ 1 an, provenant d'une région endémique et exposition potentielle (ex. marche pieds nus)</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Sérologie <i>Trypanozoma Cruzi</i> (Maladie de Chagas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfant dont la mère a vécu en région rurale endémique (Amérique latine) <b>et</b> qui elle-même présente une sérologie positive pour la trypanozomiasse</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Sérologie varicelle (VZV IgG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Âgé &gt; 13 ans pour guider la vaccination</li> <li>Il est recommandé de vacciner pour la varicelle tous les enfants de 13 ans et moins sans preuve vaccinale</li> </ul>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;">Signature du prescripteur</div> <div style="width: 10%;"># permis</div> <div style="width: 20%;">Date (AA/MM/JJ)</div> <div style="width: 30%;">Heure</div> </div>	

NE RIEN INSCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN INSCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN INSCRIRE DANS LES MARGES

## Attestation des résultats du bilan du nouvel arrivant pour les patients sans RAMQ (agrafer dans le carnet de vaccination)

Identification du patient

Nom: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Endroit : \_\_\_\_\_

Prescripteur : \_\_\_\_\_

**Normal    Anormal (inscrire le résultat et traitement PRN)**

### Bilan hématologique

<input type="checkbox"/> FSC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Ferritine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Électrophorèse de l'Hb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Dosage G6PD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

### Bilan biochimique

<input type="checkbox"/> ALT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> TSH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Dosage plombémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Dosage 25-OH Vit D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

### Bilan infectieux

<input type="checkbox"/> Parasites selles microscopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> TCT <input type="checkbox"/> TLIG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Radiographie des poumons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Sérologie VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Sérologie Syphilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Sérologie VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Sérologie Syphilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Sérologie HbsAg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Sérologie Anti-Hbs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Sérologie Anti-VHC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Sérologie Schistosoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Sérologie Strongyloides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Sérologie Trypanosoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Sérologie Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

Autres résultats pertinents :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rempli par : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_