

*Par : Jean-François Chicoine, m.d., pédiatre (CHU Sainte-Justine)
Dictionnaire de pédiatrie Weber, 3^e édition. Montréal, Chenelière Éducation*

Généralités

L'adoption internationale est une mesure de protection de l'enfance qui consiste à créer une filiation sociojuridique entre un enfant à la recherche de famille dans un pays d'origine et de futurs parents en désir d'enfant dans un pays d'accueil. Le principe de subsidiarité prôné par la Convention de La Haye de 1995 encourage les États participants à prendre toutes les mesures nécessaires permettant aux orphelins de retrouver leurs parents (ou proches) de naissance ou, advenant l'impossibilité pour ces derniers d'assumer l'autorité parentale, pour trouver aux orphelins une famille dans leur pays d'origine avant d'être ultimement proposés à l'adoption dans un pays étranger.

Des bonifications des systèmes de protection de la jeunesse dans les pays en émergence, des demandes nationales grandissantes d'enfants par les couples infertiles ainsi que l'élaboration de protocoles internationaux contre la traite d'enfants à des fins d'adoption expliquent, entre autres, la diminution de plus de 25% du nombre d'adoptions internationales dans la majorité des pays d'accueil depuis le début des années 2000. Environ le tiers des adoptions concernent des enfants âgés de moins de 1 an, alors que de plus en plus d'adoptions d'enfants de plus de 2 ans ou de jeunes adolescents sont réalisées. En Amérique du Nord, la plupart des adoptés viennent des pays suivants : Chine, Corée du Sud, Taiwan, Fédération de Russie, Inde, Haïti, Guatemala, Vietnam, Colombie, Cambodge, Kazakhstan, Ukraine et Philippines. Le Brésil, le Madagascar, l'Éthiopie, le Mali et d'autres pays africains sont également au nombre des pays qui confient leurs enfants à des familles de l'Europe de l'Ouest.

Une famille adoptive dûment informée, évaluée par un agrément ou une évaluation psychosociale, formée par des cours préadoption dorénavant requis par la majorité des pays d'origine et soutenue durant les différentes phases du processus d'adoption (avant, pendant et après) devrait pouvoir répondre aux besoins d'un enfant adopté. Bien que la majorité de ces enfants évoluent bien, le praticien ne doit jamais perdre de vue que l'adoption se construit à priori sur des pertes et des blessures telles que la souffrance du parent biologique, de l'enfant et du parent adoptant qui aura à gérer les conséquences du geste d'adoption. Il est donc appelé à intervenir à différentes étapes du processus adoptif.

Évaluation préadoption

L'évaluation préadoption permet d'éclairer les futurs parents sur les données épidémiologiques et pédiatriques de l'adoption, sur les problèmes cliniques habituels à anticiper en « normalité adoptive » (exemples : malnutrition, retard développemental, attachement insécurisé). Les enfants jeunes et en santé trouvant plus facilement qu'avant des parents dans leur pays d'origine, de plus en plus de propositions d'enfants dits « à besoins spéciaux » (exemples : enfant de petit poids de naissance, porteur d'hépatite B, d'une fente labiopalatine

ou d'une anomalie cardiaque ou orthopédique) viennent dorénavant complexifier cette préadoption. L'évaluation de la documentation écrite ou vidéo, ainsi que de l'imagerie médicale fournies par les organismes d'adoption autorisés constitue un exercice valable, quoique difficile, car les renseignements sont très variables d'un pays à l'autre, souvent limités et imprécis.

Le médecin consulté n'est pas là pour déterminer si l'enfant proposé est « bon » ou « mauvais ». Son rôle consiste à informer les parents sur la nature et les conséquences possibles ou probables des troubles de santé et de développement déjà connus chez l'enfant et sur le risque que ces types de troubles se développent. Ainsi, il collige les données anthropométriques de l'enfant si elles sont disponibles, analyse les renseignements concernant son développement psychomoteur et anticipe les ressources éventuellement requises pour sa prise en charge.

Évaluation postadoption

Idéalement, dans les deux ou trois semaines après l'arrivée de l'enfant au pays, on procède à un premier examen de santé en trois volets.

Évaluation de l'état de santé

L'anamnèse est parfois limitée aux renseignements contenus dans la documentation qui accompagne l'enfant ainsi qu'aux observations des parents adoptifs faites depuis quelques jours ou quelques semaines. Les antécédents familiaux et personnels de même que l'histoire d'abandon et d'institutionnalisation sont souvent imprécis ou inconnus, mais parfois soigneusement documentés par certaines autorités d'origine. On s'intéresse en particulier aux antécédents de la mère et de la fratrie biologiques, au déroulement de la grossesse et de l'accouchement, à l'exposition anténatale à des drogues ou à l'alcool, au poids de naissance de même qu'à tous les antécédents médicochirurgicaux de l'enfant et à son calendrier vaccinal. La trajectoire d'abandon (exemples : âge à l'abandon, nombre de ruptures et de milieux de vie, séjours hospitaliers) prend une importance toute particulière compte tenu des effets délétères du stress chronique précoce sur le développement du cerveau.

Le praticien profite de l'entretien pour s'enquérir des premiers ajustements parents-enfant au moyen des échanges sensoriels (exemples : capacité de l'enfant de regarder dans les yeux, d'accepter d'être bercé, d'être touché) et des activités quotidiennes comme l'alimentation, le bain et le sommeil. La présence de crises de pleurs ou de colère ainsi que le mutisme ou les balancements typiques de l'hospitalisme doivent être recherchés. Le comportement de l'enfant (exemples : hypervigilance, hypersocialisation, dérégulation, stoïcisme) peut être révélateur de négligence ou de maltraitance antérieures ou être le reflet du temps nécessaire à son adaptation. Souvent, l'information fournie par le médecin à propos des délais habituellement constatés en « normalité adoptive » va abaisser le niveau de stress parental et favoriser la consolidation des liens d'attachement.

On évalue la courbe de croissance, incluant le périmètre crânien. Les retards staturopondéraux sont courants parmi la cohorte d'enfants adoptés. Plusieurs explications peuvent contribuer aux écarts de la norme, dont les suivantes : restriction de croissance intra-utérine, potentiel ethnogénétique, prématurité, syndrome d'alcoolisation fœtale, incertitude sur l'âge. Toutefois, c'est la malnutrition qui en est la cause la plus importante.

On estime qu'un jeune enfant perd approximativement un mois de croissance linéaire pour chaque période de trois mois d'institutionnalisation.

L'examen de la peau recherche de la gale aiguë ou nodulaire, courante en institution, des mycoses, des piqûres d'insectes ou d'autres dermatoses, une cicatrice post-BCG (vaccin contre la tuberculose), des marques de contention aux chevilles ou à la taille, un marquage corporel par le parent biologique, des cicatrices de soins traditionnels ou autres stigmates (exemples : nævi, hémangiomes) pouvant expliquer que l'enfant ait été jugé « imparfait » par sa culture de naissance.

On porte une attention particulière aux dysmorphies faciales, à la présence de strabisme, de cataractes, d'anomalies du palais mou ou de caries dentaires. La présence d'une plagio-céphalie ou d'une platycéphalie excessive témoigne souvent de l'importance du délaissement. Environ le tiers des enfants adoptés en Europe de l'Est souffrent de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale, dont certains sont atteints du dysmorphisme facial caractéristique du syndrome d'alcoolisation fœtale : philtrum effacé, vermillon aminci et fente palpébrale sous le 10^e percentile. On prête attention à l'examen des hanches et des membres, à la recherche de possibles traumatismes antérieurs. Quels que soient les indices suggérés par l'anamnèse, les signes de sévices physiques ou sexuels sont explorés.

L'examen développemental permet souvent de constater un retard prononcé ou non des différents acquis attendus ; celui-ci résulte de plusieurs facteurs, dont la malnutrition, la carence affective et le manque de stimulation. Un retard développemental particulièrement important, plus marqué que le retard attendu, ainsi que la découverte de signes neurologiques associés (exemples : contact pauvre, hypotonie, hypertonie, hyperréflexie, latéralisation) peut suggérer la possibilité d'un trouble développemental associé ou provoqué par l'abandon ou une autre cause qui mérite une investigation.

Surtout chez les enfants âgés de plus de 3 ans, il est essentiel de dépister le plus tôt possible un trouble d'intégration sensorielle, de la coordination motrice, du langage ou d'apprentissage, de même qu'une insécurité affective ou un syndrome de stress post-traumatique.

Dépistage systématique

Des affections médicales occultes peuvent être découvertes chez l'enfant adopté, la plupart du temps au cours des premiers mois suivant l'adoption, d'où l'importance d'un dépistage à l'examen d'accueil.

Infektions

Les infections sont courantes, et certaines peuvent comporter un risque pour la famille adoptive. Les plus fréquentes sont les infections des voies respiratoires, les otites et les affections cutanées telles que la gale, la pédiculose, les mycoses et l'impétigo. La section *Dépistage de problèmes infectieux chez l'enfant adopté d'un pays étranger* indique les examens de dépistage de base recommandés, auxquels peuvent s'ajouter d'autres explorations selon le pays d'origine ou l'état clinique de l'enfant.

- ✓ Les infections gastro-intestinales sont fréquentes et d'origine virale, bactérienne ou parasitaire. Avec ou sans la présence de symptômes gastro-intestinaux, on obtient trois échantillons de selles pour la recherche de parasites. Le *Giardia lamblia* et l'*Ascaris lumbricoides* sont les plus fréquemment détectés, la giardiase pouvant survenir chez un porteur asymptomatique qui risque de contaminer sa famille d'accueil. Plusieurs

protozoaires souvent détectés ne sont pas considérés comme pathogènes et ne nécessitent que rarement des antiparasitaires (exemples : *Blastocystis hominis*, *Endolimax nana*, *Chilomastix mesnili*). Plus rarement, si une éosinophilie persiste, ou selon l'origine de l'enfant, on peut rechercher, par un prélèvement de selles fraîches ou des sérologies appropriées, des parasites moins courants comme le *Strongyloides stercoralis*. Au besoin, on ajoute deux coprocultures si l'enfant présente de la fièvre et de la diarrhée.

Dépistage de problèmes infectieux chez l'enfant adopté d'un pays étranger

Chez tous

- Épreuve tuberculique cutanée
- Trois recherches d'œufs et de parasites dans les selles
- Sérologie pour l'hépatite B
 - › Antigène de surface (HBsAg)
 - › Anticorps contre l'antigène de surface (anti-HBs)
 - › Anticorps contre l'antigène capsidique du virus (anti-HBc)
- Sérologie pour l'hépatite C
- Sérologie pour la syphilis
- Sérologie pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) 1 et 2

Selon le cas

- Sérologie pour la varicelle
 - Deux cultures de selles
 - Autres sérologies ou recherches parasitaires (exemples : strongyloïdase, filariose)
 - Recherche de *Plasmodium*
 - Radiographie pulmonaire
 - Autres investigations selon les troubles décelés (exemple : rubéole congénitale)
- ✓ L'hépatite B est endémique dans de nombreux pays en développement, particulièrement en Asie de l'Est et du Sud-Est. On doit effectuer de façon systématique la recherche de l'antigène de surface (HBsAg), des anticorps contre l'antigène de surface (anti-HBs) et des anticorps contre l'antigène capsidique du virus (anti-HBc). Si tous les marqueurs sont négatifs, l'enfant doit être vacciné. La confirmation ou la découverte d'un état de portage de l'hépatite B nécessite une exploration supplémentaire. Il faut aussi inclure une sérologie pour l'hépatite C dans le bilan initial, quoique la prévalence de cette affection en adoption soit de moins de 1 %, plus fréquemment documentée chez les arrivants d'Europe de l'Est. L'hépatite A est fréquente dans les pays en développement, et la majorité des enfants infectés ont acquis des anticorps protecteurs et ne sont pas à risque d'infection ; à moins d'indicateurs cliniques, il n'est pas nécessaire de rechercher systématiquement les marqueurs de l'hépatite A.
 - ✓ La tuberculose est endémique dans la plupart des pays en développement. Trois mois après l'arrivée, une épreuve tuberculique cutanée est essentielle pour dépister la tuberculose.
 - ✓ La prévalence du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) varie d'un pays à l'autre. Elle est inférieure à 1 % chez les enfants adoptés. Une majorité d'enfants ont été testés par une épreuve ELISA ou PCR avant l'adoption, d'autres sont adoptés alors que le

diagnostic est connu. Une nouvelle épreuve de dépistage devrait être effectuée chez tout enfant adopté, à son arrivée et six mois plus tard. Avant l'âge de 18 mois, la séropositivité peut être causée par des anticorps maternels transmis par voie transplacentaire, et il faut documenter la présence du virus par d'autres méthodes.

- ✓ La syphilis congénitale passe parfois inaperçue ou peut avoir été traitée de façon inadéquate. Il est prudent de procéder à une épreuve sérologique de dépistage dans tous les cas, quelle que soit la documentation antérieure de ce test ; on doit compléter l'investigation par des sérologies spécifiques du *Treponema pallidum* si l'on a la notion d'une possible syphilis chez la mère ou si une épreuve de dépistage chez l'enfant s'est révélée positive.
- ✓ Il n'est pas nécessaire de dépister systématiquement la malaria. Toutefois, il faut évoquer ce diagnostic chaque fois qu'un enfant ayant séjourné dans un pays endémique présente de la fièvre, surtout au cours des premiers mois après son arrivée dans le pays d'accueil.
- ✓ L'infection à cytomégalovirus n'a pas à être dépistée systématiquement. Toutefois, les nourrissons à adopter sont fréquemment excréteurs de cytomégalovirus ; on insistera donc auprès des parents adoptifs sur l'importance de l'hygiène des mains au moment des changements de couche.
- ✓ Des infections transmissibles sexuellement doivent être dépistées devant un soupçon d'abus sexuel.

Problèmes nutritionnels

Selon l'évaluation clinique de l'état nutritionnel, un bilan doit être effectué et inclure notamment un dosage sérique de l'albuminémie et de la vitamine A. Une augmentation légère des transaminases est souvent observée en cas de malnutrition modérée ou grave. En présence de signes cliniques de rachitisme (exemples : hypotonie, chapelet costal), on procède à l'exploration appropriée.

Problèmes hématologiques

L'anémie ferriprive est très répandue dans les pays en développement, surtout chez les jeunes enfants, particulièrement en présence d'une malnutrition ou d'infestations parasitaires. Un hémogramme s'avère indiqué dans tous les cas, un bilan martial s'impose souvent, et il est parfois indiqué de mesurer la plombémie. Selon son origine, l'enfant peut aussi être porteur d'une anémie falciforme (drépanocytose), d'une thalassémie, d'une hémoglobinopathie E ou d'un déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase (G6PD). Il faut donc procéder à une chromatographie de l'hémoglobine et à un dosage de G6PD chez tout enfant noir, asiatique ou d'origine méditerranéenne.

Problèmes métaboliques et endocriniens

L'enfant adopté âgé de moins de 2 ans doit subir les mêmes épreuves de dépistage de maladies métaboliques que les enfants nés dans son pays d'accueil. On reste aussi attentif à tout indice d'endocrinopathie, dont l'hypothyroïdie liée à un déficit en iode. Chez les fillettes adoptées après l'âge de 3 ou 4 ans, il est recommandé d'effectuer un âge osseux à l'arrivée, puis dans les quelques années qui suivent, selon les signes cliniques, de manière à mieux corroborer l'émergence d'une puberté précoce, prévalente en adoption internationale.

Autres

Le bilan comporte une évaluation auditive. En effet, plusieurs facteurs de risque de surdité ne peuvent être exclus à l'anamnèse : facteurs génétiques, médication ototoxique, consommation d'alcool durant la grossesse, infection anténatale, prématurité et otites récidivantes. On effectue aussi un dépistage de troubles de la vision. Enfin, les caries que présentent les enfants adoptés rendent souvent impérative une visite chez le dentiste.

Vaccination

La vaccination est amorcée, reprise ou mise à jour selon le contexte et la documentation fournie sur l'historique vaccinal de l'arrivant. Les programmes d'immunisation sont différents d'un pays à l'autre. Certains des vaccins administrés sont ceux de l'OMS, d'autres, comme en Chine ou au Vietnam, ont été fabriqués nationalement. De plus, les recommandations quant aux conditions de conservation des vaccins peuvent avoir été négligées. En général, si les vaccins reçus, et correctement consignés, sont conformes aux normes utilisées dans le pays d'accueil, on peut simplement compléter et poursuivre la vaccination. En cas de doute, on recommence à partir du début.

Suivi postadoptif

L'enfant adopté est revu six semaines après sa première visite, puis selon l'âge et les besoins, en particulier s'il présente de la malnutrition, un retard développemental, un handicap ou si on lui a découvert, au moment de l'évaluation initiale, une affection qui requiert un suivi particulier.

Initialement, le suivi est surtout centré sur l'évolution de la croissance. Un rattrapage pondéral, en général dès les six premiers mois après l'arrivée de l'enfant, suivi d'un rattrapage statural, indique que la maigreur était probablement liée à une insuffisance d'apport énergétique, associée ou non   une carence affective. Les enfants nouvellement adoptés mangent souvent goulûment, et il faut alors enseigner aux parents de ne pas les priver, sous peine de majorer leur insécurité. Des enfants atteints de kwashiorkor ou de déficits sensoriperceptifs auront au contraire des difficultés prolongées avec les textures et bénéficieront d'une consultation en ergothérapie. Au besoin, des suppléments sont prescrits selon l'identification ou l'importance des diverses carences, notamment de fer, de zinc, de vitamine A, de vitamine D et de calcium. La majorité des enfants récupèrent leur poids et leur taille dans les deux ans suivant l'adoption. Le pronostic de taille est cependant diminué en moyenne chez les enfants adoptés après l'âge de 2 ans ou chez ceux qui ont souffert d'une restriction de croissance intra-utérine. Selon l'évolution de la courbe de croissance et les acquis développementaux, le praticien peut soupçonner que l'âge de l'enfant n'est pas son âge réel ; une évaluation radiologique de l'âge osseux peut alors être utile. Malgré la dénutrition antérieure, le surpoids, l'obésité et le syndrome métabolique sont à craindre, surtout chez les enfants venus d'Amérique du Sud.

Il faut généralement attendre jusqu'à l'âge de 3 ans pour que soient comblés les retards moteurs et cognitifs des enfants adoptés avant l'âge de 18 mois ; ceux qui ont bénéficié d'une famille d'accueil en préadoption récupèrent en moyenne plus vite que ceux ayant été institutionnalisés.

L'édification d'une relation d'attachement parents-enfant, généralement facilitée par l'adoption en bas âge ou d'enfants ayant vécu des liens affectifs en préadoption, est capitale pour le succès de la « greffe adoptive ». C'est pourquoi un congé parental de 6 à 12 mois est habituellement requis pour faciliter l'apaisement de l'enfant à travers le nouveau lien d'attachement. Des techniques attachementnistes de nourrissage affectif et de structuration disciplinaire sans rejet doivent être enseignées aux parents et mises en application afin de hâter la sécurisation. Durant les premiers mois d'adaptation, les comportements d'hypersocialisation de même que la multiplication des rencontres avec des adultes moins signifiants doivent être contenus. Une intervention spécialisée en psychologie, en service social ou en psychoéducation est souvent requise, surtout chez les enfants adoptés après l'âge de 3 ans, aux trajectoires de ruptures fréquentes ou de maltraitance.

Les résultats scolaires sont parfois insatisfaisants en raison des passés difficiles ou ils demeurent au-dessous des attentes étant donné le haut niveau d'éducation et d'implication des parents adoptifs. Dès le début de la période scolaire, la mise à l'épreuve des acquis et la fragilité sous-jacente liée à la trajectoire d'abandon et d'adoption donnent lieu à une recrudescence de consultations en psychomotricité, en orthopédagogie, en psychologie et en neuropsychologie. Chez un nombre important d'enfants, la mésestime de soi, le manque de motivation, l'anxiété, l'agressivité, la peur du rejet, un désir de performance, des capacités cognitives tout juste réémergentes, d'une part et, d'autre part, les attentes élevées de leurs parents, un lien insécurisé avec l'enseignant et des difficultés à composer avec les pairs, illustrent combien les expériences préadoptives ont été délétères ou les prises en charge postadoptives insuffisamment réparatrices. En outre, il n'est pas rare que des troubles neurodéveloppementaux qui contribuent aux échecs scolaires se confirment au cours de l'évolution clinique. Dans tous les pays d'accueil, on a constaté une forte prévalence du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité chez la population adoptive. Parmi les autres problématiques neurodéveloppementales les plus fréquemment rapportées figurent les troubles d'intégration sensorielle, les troubles de la coordination motrice, ainsi que des troubles cognitifs (exemples : intelligence frontière ou déficience légère, troubles mnésiques, troubles de la lecture ou de l'écriture) ou des fonctions exécutives (exemples : troubles du raisonnement, de la planification ou de la cognition sociale).

Par ailleurs, les comportements pathologiques observés chez les enfants les plus carencés requièrent souvent une évaluation par une équipe de santé mentale. La prévalence documentée des comportements extériorisés (exemples : conduites agressives, vols, vandalisme, usage de drogues illicites) et intériorisés (exemples : agressivité passive, anxiété, dépression) est augmentée comparativement à celle observée dans une population non adoptive ; cela s'explique souvent par un attachement insécurisé, voire par de véritables troubles de l'attachement caractérisés par un manque d'empathie et des violences quotidiennes, souvent dirigées contre les parents ou la fratrie. Des troubles anxieux persistants, une hypervigilance ou des cauchemars doivent pour leur part évoquer un syndrome de stress post-traumatique sous-jacent. L'abandon précoce peut également expliquer la pérennité de troubles autistiques.

Le pourcentage de handicaps physiques ou mentaux des enfants adoptés à l'international se compare à celui des enfants adoptés au national, étant jusqu'à deux fois plus élevé que celui de la population biologique à un âge comparable. Néanmoins, la très grande majorité des enfants adoptés ne présentent pas de troubles développementaux, de comportement ou des conduites, et ils s'intègrent harmonieusement dans leur famille et leurs groupes sociaux.

Au-delà des différences ethniques, c'est leur « mémoire sans souvenirs » et leurs blessures d'abandon qui constituent le trait caractéristique des enfants adoptés. L'enfant doit être sensibilisé précocement au fait qu'il est né d'une autre mère et que ses parents adoptifs le désiraient. Entre l'âge de 5 et 8 ans, les adoptants sont encouragés à partager avec leur enfant une boîte « à racines » de leur trajectoire (exemples : billets d'avion du voyage d'adoption, vêtements portés par l'enfant à la première rencontre). Un arbre généalogique original illustrant ses racines dans le pays d'origine et ses ramures dans la famille d'accueil a beaucoup de succès auprès des enfants à l'âge de construire des repères spatiotemporels. Un retour au pays de naissance peut être valable après l'âge de 14 à 16 ans, de même qu'une rencontre avec les parents de naissance, si elle est réalisable, après l'âge de 18 à 24 ans, peu importe l'issue, trop souvent idéalisée. Environ le tiers des jeunes adoptés ne tient pas à ce retour, le tiers est mitigé, et le tiers ne pense plus qu'à cela. Au final, la majorité des jeunes adultes adoptés se sentent citoyens à part entière de leur pays d'accueil, d'autres usent de leur double identité, et quelques-uns se disent internationalistes.