

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2015

N° 016

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

MEDECINE GENERALE

Par

Marie LAWTON

Née le 21 décembre 1986 à Valence

Présentée et soutenue publiquement le 30 mars 2015

ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES

DES MEDECINS GENERALISTES

SUR LE BILAN DE SANTE INITIAL DES ENFANTS ADOPTES A L'ETRANGER

Présidente : Madame le Professeur Christèle GRAS-LE GUEN

Directrice de thèse : Madame le Docteur Fanny HENAFF

Assesseurs : Monsieur le Professeur Michel MARJOLET

Madame le Docteur Elise LAUNAY

Monsieur le Docteur Stéphane GUERY

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Aux membres de mon jury,

À Madame le Professeur Christèle Gras Le Guen, vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Merci pour le temps que vous passez au service des étudiants pour nous apporter une formation de qualité.

Au Docteur Fanny Henaff pour m'avoir fait confiance, m'avoir si bien encadrée et soutenue tout au long de ce travail, et surtout pour avoir su gérer mon stress et mes questions.

À Monsieur le Professeur Michel Marjolet et à Madame le Docteur Elise Launay qui me font l'honneur de siéger dans mon jury de thèse. Veuillez croire en l'expression de ma respectueuse considération.

Au Docteur Stéphane Guéry, pour me faire l'honneur d'apporter son expérience de médecin généraliste à la critique de mon travail.

Aux organisateurs du congrès Preuves et Pratiques, aux Docteurs Bénédicte Vrignaud et Karine Levieux pour m'avoir aidée à distribuer mes questionnaires.

Au Docteur Isabelle Hazart pour m'avoir permis d'assister à ses consultations.

À toutes les petites mains qui m'ont aidé à la réalisation de l'étude : Angélique pour les courriers, Laura pour la récolte des questionnaires, Paul et Etienne pour la mise en enveloppes, Dadou et Jean pour le décryptage, Jeanne pour les statistiques, Alice pour la bibliographie.

Aux deux Antoine, aux deux Claire et aux deux coloc' pour leurs relectures.

À tous les amis qui m'ont offert des échappatoires pour tenir la distance durant ce travail : mes nouveaux amis du lundi, Clémentine le mardi midi, les Trompettes de Fallope du mercredi, ma frat' du jeudi, le service de Pornic toute la semaine (merci pour leur patience et soutien dans les dernières semaines), Quitterie et Valou et mes coloc' le week-end.

À tous mes amis, nombreux, de Paris, d'Angers, de Marseille, de Nantes, de Saint Nazaire, de Luçon, de Nice, d'Annecy, de Laval, de Lyon, de Belgique... Je ne peux vous citer tous mais sachez que vous avez chacun une place particulière dans ma vie.

À tous les chefs qui m'ont formée et fait confiance et à qui je transmets mes amitiés: Nicolas, Carole, Marie-Paule, Claire M., Antoine, Claire F., Stéphane... Il me reste encore du chemin, mais je le parcours plus sereinement grâce à vous.

À tous les co-internes qui ont partagé un bout d'internat avec moi : à Luçangeles, St Naz l'extase, les belles gosses des UP...

À Monsieur le Docteur Jean-Claude Schwartz pour avoir su transmettre sa passion et sa vision de la médecine générale à la petite externe que j'étais.

À mes frères bébés médecins, je suis fière de vous avoir derrière moi, j'ai hâte d'assister à vos thèses. À ma sœur Claire, organisatrice, fédératrice et pourvoyeuse de bonne humeur.

À ma sœur et filleule Camille, quelle que soit ta voie je serai là.

À mes parents et à mes grands-mères, qui ont toujours été des soutiens indéfectibles, à mon Papy qui veille sur moi et qui me manque encore et toujours, je vous aime.

Aux professeurs qui décident du programme des classes préparatoires MathSup : sans vous je n'en serais pas là, recevez toute ma gratitude !

SOMMAIRE

RESUME.....	6
LISTE DES ABREVIATIONS	7
I. INTRODUCTION.....	8
II. MATERIEL ET METHODES.....	11
1. TYPE DE L'ETUDE	11
2. RECUEIL DES DONNEES.....	11
3. ANALYSE DES DONNEES	13
III. RESULTATS.....	14
1. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON (FIGURE 1 : FLOW CHART).....	14
2. PATIENTELE D'ENFANTS ADOPTES A L'ETRANGER	14
3. BILAN SYSTEMATIQUE A L'ARRIVEE	15
4. DETAIL DES PRESCRIPTIONS	15
5. COCA.....	17
6. DETERMINANTS DES PRESCRIPTIONS ET DES CONNAISSANCES	17
IV. DISCUSSION	18
V. BIBLIOGRAPHIE.....	23
VI. FIGURES ET TABLEAUX.....	27
ANNEXES.....	34
1. ANNEXE 1 : BILAN RECOMMANDE PAR L'AGENCE FRANÇAISE DE L'ADOPTION	34
2. ANNEXE 2 : LISTE DES COCA EN FRANCE (VERSION MAI 2014)	35
3. ANNEXE 3 : BILAN PARACLINIQUE PRESCRIT PAR LA COCA DE NANTES	38
4. ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE ENVOYE AUX MEDECINS GENERALISTES :	39
5. ANNEXE 5 : NOTICE DE PRESENTATION DE L'ETUDE	40

RESUME

Introduction : Les enfants adoptés à l'étranger nécessitent une attention médicale spécifique, particulièrement à leur arrivée en France. L'Agence Française d'Adoption (AFA) recommande la réalisation d'un bilan de santé initial systématique. L'objectif de cette étude était d'évaluer les connaissances des médecins généralistes sur le bilan initial de santé des enfants adoptés à l'étranger et sur les Consultations d'Orientation et de Conseil en Adoption (COCA).

Méthodes : Nous avons mené une étude descriptive de juillet 2014 à décembre 2014 auprès de médecins généralistes exerçant en libéral en Loire-Atlantique auxquels ont été adressé un questionnaire par la Poste, par courriel ou lors de journées de formation.

Résultats : 266 médecins généralistes ont été inclus, 63.5% suivaient des enfants adoptés à l'étranger. 53.8% leur auraient prescrit systématiquement un bilan à leur arrivée en France. 4.9% des médecins généralistes interrogés connaissaient l'existence des recommandations de l'AFA sur le bilan de santé initial des enfants adoptés à l'étranger, et 18.9% connaissaient l'existence de la COCA.

Conclusion : Le faible pourcentage de bilans complets réalisés par les médecins généralistes, et la faible proportion d'enfants adoptés à l'étranger adressés à la COCA s'expliqueraient donc moins par l'existence de freins que par la méconnaissance de l'existence de recommandations sur le bilan initial et de l'existence même de la COCA. Il s'agirait donc à l'avenir de promouvoir et de valoriser ces consultations et la réalisation systématique d'un bilan de santé initial.

Mots-clés : médecins généralistes - adoption internationale - santé (bilan de) - Agence Française d'Adoption (AFA) - Consultation d'Orientation et de Conseil en Adoption (COCA)

LISTE DES ABREVIATIONS

AFA : Agence Française d'Adoption

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

COCA : Consultation d'Orientation et de Conseil en Adoption

CREAI : Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées

CRP : C Reactiv Protein

IQR : Interquartile Range

MSU : Maître de Stage Universitaire

OAA : Organisme Autorisé pour l'Adoption

TSH : Thyroïd Stimulating Hormon

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

I. INTRODUCTION

En France, 1 343 enfants ont été adoptés à l'étranger en 2013. Le département de Loire-Atlantique se plaçait en 4^{ème} position avec 51 enfants adoptés (1). Les enfants adoptés à l'étranger requièrent à leur arrivée, une attention médicale spécifique tant sur le plan infectieux que pour les pathologies non infectieuses (2–8). Il a été montré que sur les enfants se présentant à la Consultation d'Orientation et de Conseil en Adoption (COCA) de Nantes entre 2010 et 2012, 55% (IC95%=[47-64]) présentaient une pathologie infectieuse et 40% (IC95%[32-48]) présentaient un retard statural, pondéral ou mixte à l'arrivée (2). Ce constat est d'autant plus d'actualité que l'on assiste, depuis la Convention de La Haye de 1993 (9) signée par la France en 1995, à une augmentation du nombre d'adoptions d'enfants dits à « besoins spécifiques » (10,11), avec toute la prudence que ce terme implique, c'est-à-dire des enfants plus âgés, membres d'une même fratrie ou atteints d'une pathologie grave ou chronique. Un enfant adopté à l'étranger peut présenter des pathologies que les médecins généralistes en France ne sont pas habitués à dépister ou à diagnostiquer chez des enfants de la même classe d'âge (12–16). Ceci peut s'expliquer de plusieurs façons : des conditions sanitaires et une épidémiologie différentes dans le pays d'origine entraînant des carences et des pathologies infectieuses plus fréquentes qu'en France (2,5–8); un suivi de grossesse est souvent plus pauvre dans le pays d'origine avec des carences de dépistage durant celle-ci (VIH, hépatite B, syphilis, rubéole, toxoplasmose) ; un dépistage néonatal non systématique des pathologies non infectieuses congénitales (15). Afin de diagnostiquer au plus tôt les différentes pathologies, dont certaines n'ont pas forcément d'expression clinique (17), et ainsi de diminuer les conséquences pour l'enfant (18) et le risque de transmission à la famille (6,18–22), l'Agence Française d'Adoption (AFA) a recommandé la réalisation systématique d'un bilan initial de santé (Annexe 1) (23). La nécessité d'une expertise médicale adaptée pour les enfants adoptés à l'étranger a été identifiée et les Consultation

d'Orientation et de Conseils en Adoption (COCA) se sont développées en France à partir de 1999 (Annexe 2) répondant ainsi à un besoin de santé publique (24–27). Elles se conçoivent comme des consultations spécialisées, réalisées le plus souvent par un pédiatre accompagné ou non d'un pédopsychiatre. Ces médecins ont une expérience de l'adoption et sont sensibilisés au dépistage des pathologies (infectieuses ou non) et aux spécificités des pays d'origine. Ces consultations permettent ainsi un meilleur repérage des possibles pathologies et facilitent l'orientation vers une prise en charge adaptée. Les COCA permettent également aux familles de consulter avant l'adoption, que l'enfant soit connu par la famille ou non, et au cours de la vie de l'enfant ou de l'adolescent s'il venait à apparaître des pathologies ou difficultés en rapport avec l'adoption. Elles n'ont pas pour vocation d'assurer un suivi de l'enfant adopté, et ne cherchent en rien à se substituer au médecin traitant dont la place est primordiale. Dans un travail de thèse auprès des familles d'enfants adoptés entre 2008 et 2013 en Vendée il a été décrit que chez 67% des familles adoptantes le médecin traitant était le premier professionnel de santé chez qui elles consultaient. (8)

De nombreuses études ont été effectuées sur l'intérêt de la réalisation d'un bilan de santé complet systématique et de la COCA, mais à ce jour aucune étude n'a cherché à évaluer leur mise en pratique ni à analyser les connaissances des médecins généralistes sur le bilan de santé initial des enfants adoptés à l'étranger. Or, ceux-ci restent les premiers recours médicaux pour l'enfant adopté et sa famille (8) et les référents pour le suivi (24,26). L'étude rétrospective effectuée à la COCA de Nantes montrait que beaucoup d'enfants n'avaient pas eu l'ensemble du bilan recommandé par l'AFA, en particulier la réalisation des sérologies vaccinales, de l'âge osseux et de la plombémie (2). On peut s'interroger sur la connaissance des médecins généralistes des recommandations de l'AFA et sur leur enclin à prescrire systématiquement un bilan dans ce contexte. En comparant les effectifs de la cohorte des enfants de la COCA entre

2010 et 2012 avec l'ensemble des enfants adoptés à l'étranger sur cette période il apparaissait que seulement 30 à 50% des enfants adoptés étaient reçus à cette consultation spécialisée (2). Avant l'instauration des COCA, des critiques avaient été émises sur l'intérêt et les conséquences d'une telle consultation (24,25,28), comme la peur de marginaliser l'enfant qui est à la recherche d'une intégration, de le classer en malade/non malade et de sur-spécialiser la pédiatrie. Maintenant que ces consultations sont instaurées et disponibles et devant le faible pourcentage d'enfants adressés, il est intéressant de comprendre ce qui freine la réalisation de celles-ci. Les médecins généralistes connaissent-ils l'existence même de cette consultation ? Et si oui, quelles sont les raisons qui les pousseraient à ne pas adresser les familles à la COCA ?

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les connaissances des médecins généralistes exerçant en libéral en Loire-Atlantique sur le bilan initial de santé des enfants adoptés à l'étranger. Les objectifs secondaires étaient de déterminer les connaissances des médecins généralistes sur l'existence de la COCA et de déterminer les raisons freinant l'orientation des enfants adoptés vers la COCA.

II. MATERIEL ET METHODES

1. Type de l'étude

Nous avons mené une étude épidémiologique, descriptive et transversale, appelée PRIMADOPT, de juillet 2014 à décembre 2014.

Les médecins inclus dans l'étude étaient les médecins généralistes exerçant en libéral dans le département de la Loire-Atlantique. N'étaient pas inclus les médecins retraités, les médecins généralistes ayant une activité spécialisée exclusive autre que la médecine générale.

Le critère de jugement principal était la concordance entre le bilan de santé initial proposé par le médecin et le bilan de santé (examens paracliniques) recommandé par l'AFA. Nous avons également questionné les médecins sur la connaissance de l'existence de la COCA, ainsi que les raisons freinant l'orientation des enfants adoptés vers la COCA.

2. Recueil des données

Les données ont été recueillies grâce à un questionnaire comprenant une majorité de questions fermées (Annexe 4). La première portait sur le nombre d'enfants adoptés à l'étranger suivis par le médecin. Il était entre autres demandé aux médecins s'ils prescriraient un bilan initial systématique à l'arrivée en France de l'enfant, s'ils connaissaient l'existence des recommandations de l'AFA à ce sujet et s'ils connaissaient l'existence de la COCA. La seule question ouverte concernait le détail des prescriptions que les médecins feraient à l'arrivée de l'enfant en France. Il leur était enfin demandé leur sexe, âge et type d'exercice (urbain, semi-rural, rural).

Ce questionnaire ainsi qu'une notice de présentation de l'étude (Annexe 5) ont été adressés aux médecins généralistes par quatre moyens :

- par courriel, aux médecins généralistes maîtres de stage universitaires (MSU) de la faculté de médecine générale de Nantes.

- par courrier, à des médecins généralistes choisis de façon aléatoire dans la liste fournie par le site internet de la Sécurité Sociale.

- par distribution du questionnaire lors de deux journées de formation adressées aux médecins généralistes : le congrès Preuves et Pratiques les 13 et 14 septembre 2014 et la journée de Pédiatrie organisée par le CHU de Nantes le 11 octobre 2014.

Quatre moyens de renvoi du courrier étaient possibles :

- par courriel

- par courrier (une enveloppe timbrée avec une adresse pré-remplie était fournie dans les courriers envoyés par la Poste)

- via un questionnaire en ligne anonyme

- par remise des questionnaires dans une boîte prévue à cet effet lors des journées de formation.

Nous avons précisé que les médecins ayant déjà rempli le questionnaire par un 1^{er} moyen ne devaient pas le remplir une 2^{ème} fois. Les questionnaires étaient anonymes et les questions de type démographique ne permettaient pas l'identification du médecin. Les différents modes de renvoi préservaient aussi leur anonymat, en dehors des questionnaires renvoyés par mail : leurs données ont donc été rentrées de manière anonyme dans le logiciel puis les mails ont été supprimés. Un numéro a été attribué à chaque questionnaire.

3. Analyse des données

Les données étaient considérées comme manquantes lorsqu'il n'y avait pas de réponse, ou lorsque les réponses ne correspondaient pas à l'intitulé de la question. Tous les commentaires ont été recueillis afin d'effectuer une analyse qualitative. Les prescriptions proposées ont été comparées à celle recommandées par l'AFA et à celles prescrites par la COCA de Nantes (Annexe 3). Les réponses ayant trait aux vaccins et à la recherche des pathologies pré et post-natales habituellement dépistées systématiquement en France ont fait l'objet d'une analyse séparée car ces prescriptions ne sont pas explicitées dans le bilan recommandé par l'AFA.

Les données quantitatives ont été présentées sous forme de médiane et d'interquartile range (IQR). Les données qualitatives ont été exprimées sous forme d'effectifs et de pourcentage, avec un intervalle de confiance à 95%.

Les déterminants de la réalisation d'un bilan systématique et des connaissances des médecins généralistes sur l'existence des recommandations de l'AFA et de l'existence de la COCA ont été analysés en univarié grâce aux tests de comparaison du Chi². Les variables candidates étaient l'âge du médecin généraliste, son lieu d'exercice (urbain, semi-rural, rural) et la présence d'enfants adoptés à l'étranger dans leur patientèle. Une valeur de p inférieure à 0,05 était considérée comme statistiquement significative. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Excel Office 2013 15.0. Les données manquantes ont été exclues de l'analyse statistique.

III. RESULTATS

1. Caractéristiques de l'échantillon (Figure 1 : Flow Chart)

Deux-cent-soixante-et-onze questionnaires ont été récoltés. Les cinq non inclus étaient remplis par un médecin retraité et par quatre médecins ayant une activité spécialisée exclusive autre que la médecine générale : angiologie, acuponcture-homéopathie, psychothérapie (hypnose et thérapies brèves) et allergologie.

Le taux de renvoi des questionnaires envoyés par courrier était de 29.5%, et le taux de réponse des MSU était de 16.6%.

Les caractéristiques de l'échantillon sont représentées dans le tableau 1. Une majorité de femmes ont répondu au questionnaire. L'âge médian était de 46 ans, avec un minimum de 27 ans et un maximum de 67 ans. L'exercice en milieu rural était celui le moins représenté.

2. Patientèle d'enfants adoptés à l'étranger

Cent-soixante-neuf médecins (63.5% IC95%= [57.6 ; 69.1]) suivaient ou avaient suivi des enfants adoptés à l'étranger (Figure 3). La médiane du nombre d'enfants adoptés suivis par médecin généraliste était de 1 (IQR=3). Chez les médecins qui suivaient des enfants adoptés à l'étranger, la médiane du nombre d'enfants adoptés suivis était de 2 (IQR=2). La figure 2 représente la distribution du nombre d'enfants adoptés suivis par médecin. Plusieurs médecins mentionnaient le fait que les enfants adoptés à l'étranger faisant partie de leur patientèle n'étaient pas suivis par eux depuis leur arrivée en France, aucun n'a précisé quel professionnel de santé les suivait auparavant.

3. Bilan systématique à l'arrivée

Cent-trente-trois médecins (53.8% IC95% [47.6 ; 60.0]) auraient effectué un bilan systématique à l'arrivée de l'enfant adopté en France.

Treize médecins (4.9% IC95% = [2.9%-8.2%]) connaissaient l'existence des recommandations de l'AFA pour le bilan de santé initial de l'enfant adopté à l'étranger (Figure 3). Parmi ceux-ci 5 (45.5% IC95% = [21.3-72.0]) les avaient déjà mises en application. Chez les 6 médecins qui ne les avaient jamais mises en application, un médecin avait adressé l'enfant directement à la COCA, un médecin avait pris connaissance des recommandations après l'arrivée en France de l'enfant, et pour un des médecins le bilan avait déjà été effectué par un service spécialisé.

4. Détail des prescriptions

Nous avons analysé 153 réponses (57.5%) qui répondaient à la question « quelles seraient vos prescriptions en terme de bilan initial systématique ». Le taux de données manquantes pour cette question était de 27.8%. Trente-neuf médecins (14.7%) ne proposaient pas de prescription, parfois en justifiant ce choix par un commentaire. Vingt-trois médecins faisaient le choix d'adresser l'enfant vers une consultation spécialisée ou de demander un avis. Un médecin justifiait ce choix « pour éviter des bilans inutiles ou multiples ». Un médecin précisait qu'il ne savait pas que le bilan initial devait être prescrit par le médecin généraliste, il pensait que l'enfant bénéficiait obligatoirement d'un bilan à leur arrivée.

Le détail des prescriptions correspondant aux recommandations de l'AFA proposées par les médecins est présenté dans le tableau 2. Aucun médecin ne proposait un bilan concordant avec les recommandations de l'AFA. Soixante-quatorze pour cent (IC95% = [66.4-80.2]) des médecins prescrivaient au moins une sérologie virale.

Les prescriptions proposées qui étaient hors recommandations sont présentées dans le tableau 3. Trois des quatre éléments les plus fréquemment proposés hors recommandations appartenaient au bilan prescrit par la COCA du CHU de Nantes : fonction rénale, CRP, sérologie hépatite A.

Trente-neuf médecins (25.5% IC95%=[19.2-32.9]) mentionnaient les vaccins dans leurs réponses. Parmi ceux-ci 17 médecins (43.6% IC95%=[29.3-59.0]) mentionnaient la réalisation de sérologies. Le détail des sérologies est présenté dans le tableau 4.

Aucun médecin ne prescrivait spécifiquement la recherche des pathologies pré et post-natales dépistées systématiquement en France. Cependant, la recherche biologique d'au moins une pathologie était mentionnée par 32 médecins (20.9% IC95% [15.2-28.0]). Les différents examens proposés sont détaillés dans le tableau 5.

Le détail des prescriptions était conditionné par les points d'appel cliniques pour 7 médecins (dont un médecin qui spécifiait ne faire aucun bilan systématique en l'absence de symptôme), par les résultats des bilans déjà effectués pour 4 médecins et par le pays d'origine pour 10 médecins (sans préciser quelle(s) prescription(s) étaient conditionnée(s) et par quel(s) pays).

5. COCA

Cinquante médecins (18.9% IC= [14.7% ; 24.1%]) connaissaient l'existence de la COCA (Figure 3). Parmi ceux-ci, 35 (70%) n'y avaient jamais adressé d'enfants : la majorité car la consultation avait déjà été réalisée ou car l'occasion ne s'est pas présentée, 3 par nécessité médicale non ressentie, un pour ne pas multiplier les visites, et un car les parents n'étaient pas demandeurs. Parmi les 14 médecins qui avaient déjà adressé des enfants à la COCA, 9 l'avaient fait à titre systématique, 4 devant un problème spécifique et un sur demande des parents.

6. Déterminants des prescriptions et des connaissances

On observe dans les tableaux 6 qu'il n'existait pas de différence significative de suivi d'enfants adoptés à l'étranger et de connaissance de l'existence des recommandations de l'AFA et de la COCA selon le lieu d'exercice.

Le tableau 7 montre que l'âge des médecins interrogés n'était significativement déterminant que pour la connaissance de l'existence de la COCA : les médecins dont l'âge était supérieur ou égal à 50 ans la connaissaient moins ($p=0.006$).

Le tableau 8 montre que le nombre de médecins qui connaissaient l'existence de la COCA n'était pas significativement différent selon s'ils suivaient ou non des enfants adoptés à l'étranger. Les médecins qui ne suivaient pas d'enfants adoptés connaissaient significativement moins l'existence des recommandations que les médecins qui en suivaient ($p=0.008$).

IV. DISCUSSION

Alors que près de 2/3 des médecins généralistes interrogés exerçant en libéral en Loire-Atlantique suivaient des enfants adoptés à l'étranger, ils connaissaient peu le bilan de santé initial tel que recommandé par l'AFA. Surtout, l'existence même de ces recommandations n'était connue que de moins de 5% d'entre eux. Les médecins qui ne suivaient pas d'enfants adoptés à l'étranger connaissaient significativement moins l'existence des recommandations de l'AFA ($p=0.008$). Vingt pour cent des médecins qui n'avaient pas proposé de prescriptions souhaitaient adresser l'enfant à une consultation spécialisée. Cependant le médecin généraliste est souvent le premier médecin consulté et ce dans un délai de 15 jours après l'arrivée de l'enfant pour plus de 45% des familles adoptantes d'après l'étude rétrospective réalisée en Vendée (8), alors que le délai médian de consultation à la COCA de Nantes était de 54 jours (2). La réalisation du bilan complet le plus rapidement possible permettrait de pouvoir dépister au plus tôt des pathologies graves, de diminuer la transmission de pathologies infectieuses à la famille adoptante (6,18–22,29,30), de traiter rapidement l'enfant et ainsi éviter le développement de séquelles somatiques lorsqu'elles sont évitables (15,17,18,20,28). De plus, si une anomalie venait à apparaître sur le bilan réalisé, la consultation spécialisée pourrait être aussi l'occasion d'organiser une prise en charge spécifique si celle-ci s'avérait nécessaire. Par ailleurs, si les parents ne souhaitaient pas consulter à la COCA, il reviendrait au médecin traitant de s'assurer de la réalisation du bilan initial complet, il est donc important que celui-ci connaisse son contenu. Parallèlement, l'existence de la COCA n'était connue que de moins de 20% des médecins généralistes interrogés. Les médecins âgés de plus de 50 ans connaissaient significativement moins son existence ($p=0.006$). Parmi les 49 médecins connaissant l'existence de la COCA, 35 n'y avait jamais adressé d'enfant, la majorité des enfants concernés ayant déjà consulté à la COCA. Et seulement 9 des médecins ayant déjà adressé un enfant à la COCA l'ont fait à titre systématique. Le pourcentage de 30 à 50% des enfants adoptés à l'étranger qui seraient reçus à la COCA,

retrouvé dans l'étude effectuée à la COCA de Nantes entre 2010 et 2012 (2), s'expliquerait donc plus par la méconnaissance de l'existence même de la COCA plutôt que par des freins qui pousseraient les familles à ne pas consulter ou les médecins à ne pas les y adresser.

De nombreux travaux ont justifié la réalisation d'un bilan systématique à l'arrivée de l'enfant en France (5,6,15,17,18,31,32) et le développement des COCA en France (2,24,25,27,28,33–36). Cependant, notre étude est la première à notre connaissance qui s'intéresse aux freins limitant la réalisation du bilan et le recours aux COCA du côté des médecins généralistes. La principale force de cette étude est le grand nombre de questionnaires récoltés (266). Si l'on compare ce nombre à la population des médecins généralistes exerçant une activité libérale ou mixte en Loire-Atlantique (1256 médecins selon les données du Conseil de l'Ordre en 2013 (37)), il apparaît que 21.2% des médecins généralistes de Loire-Atlantique ont répondu à ce questionnaire. Cependant, malgré les indications données sur la notice explicative, il se peut que des médecins généralistes exerçant en dehors de Loire-Atlantique ou des médecins remplaçants aient rempli ce questionnaire (quand il était distribué aux journées de formation), donc ce pourcentage peut être surestimé. Par ailleurs, cet échantillon ne saurait être parfaitement représentatif de la population étudiée : 64.3% des questionnaires ont été remplis par des médecins participant à des journées de formation, ou impliqués dans la formation en médecine générale des internes. Ceci constitue un biais de sélection qui pourrait nous avoir amené à surestimer les connaissances des médecins généralistes sur le bilan de santé initial des enfants adoptés à l'étranger. D'un autre côté, les données ont été récoltées à l'aide d'un questionnaire de type déclaratif. Concernant la puissance de l'étude de la concordance du bilan de santé proposé avec celui recommandé par l'AFA, celle-ci est diminuée par le nombre important de données manquantes : seulement 153 médecins (57.5%) ont répondu à l'intitulé de la question. Cependant, le bon taux de renvoi du questionnaire de la part des médecins généralistes pourrait

refléter leur intérêt porté au sujet de l'adoption et surtout leur faible sollicitation antérieure sur ce sujet.

Nous avons retrouvé que 46.2% (IC95% [40.0 ; 52.4]) des médecins généralistes interrogés n'effectuaient ou n'auraient pas effectué de bilan systématique à l'arrivée de l'enfant en France. Dans les commentaires de certains médecins, les points d'appels cliniques conditionnaient leur bilan. Il n'est en effet pas dans l'habitude des médecins, toutes spécialités confondues, de faire un « bilan de santé » sans substrat clinique. En médecine générale libérale, le motif de consultation « je voudrais un bilan de santé complet » fait partie de motifs de refus opposés à la demande des patients (38). Cependant, ces pathologies dont les caractéristiques sont propres aux enfants adoptés, n'ont pas nécessairement de manifestation clinique à l'arrivée de l'enfant (15,17). Il est important de les dépister le plus tôt possible. Par exemple l'étude effectuée sur la population des enfants adoptés en Vendée entre 2008 et 2013, montrait que tous les examens parasitologiques des selles qui avaient été effectués étaient revenus positifs et certaines études montrent un pourcentage d'enfants touchés atteignant les 55% (2,8,39,40). L'hépatite B, bien que moins fréquente, en est un autre exemple. Cette pathologie a des conséquences somatiques lourdes, et présente chez les enfants un risque supérieur de passage à la chronicité et peut passer inaperçue, d'où la nécessité de la dépister le plus précocement possible (41). Chez d'autres médecins le bilan était conditionné par les données médicales transmises par le pays d'origine. Mais il ne faudrait pas que l'exhaustivité du bilan initié dans le pays d'origine empêche la réalisation d'un bilan systématique. En effet, même si certains prélèvements ont été effectués dans le pays d'origine, il est nécessaire de les réitérer car il peut être incomplet, les informations peuvent s'avérer fausses, (techniques de dépistage moins performantes augmentant le nombre de faux positifs ou de faux négatifs, moins bonne traçabilité des données...), ou l'enfant a pu s'infecter dans l'intervalle entre la réalisation du bilan et son arrivée en France (6,17,20,22,35,42). L'acceptation de ce bilan systématique par les parents peut prendre du temps

et requiert une relation médecin-parents d'écoute et de confiance (43). Le médecin traitant serait donc très bien placé pour prescrire ce bilan.

Il conviendrait donc maintenant de se demander pourquoi les médecins généralistes sont aussi peu au courant des ressources mises au service de l'évaluation initiale de l'état de santé d'un enfant adopté à l'étranger. Tout d'abord ces informations ne sont pas transmises lors de leur formation initiale. Ensuite, à notre connaissance peu de Formations Médicales Continues s'attardent sur cette patientèle minoritaire et pourtant particulière. On peut se demander si les résultats de notre étude seraient similaires dans les autres départements français. La nécessité d'une diffusion de l'information aux partenaires locaux non spécialisés dans l'adoption avait déjà été soulevée par une étude du Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée (CREAI) de Picardie en 2013 (27) et ministère français des affaires étrangères (44). Un moyen de diffusion d'informations aux médecins généralistes fréquemment proposé est la distribution de prospectus. Cependant, notre étude montrait que sur tout l'échantillon étudié la médiane du nombre d'enfants adoptés à l'étranger suivis par médecin généraliste était de 1 (IQR=3). Les enfants adoptés à l'étranger représentaient donc une très faible proportion de leur patientèle. Cette méthode de diffusion «de masse» ne serait donc probablement pas la bonne. L'information doit être ciblée. L'Agence Française d'Adoption joint le bilan minimal recommandé au courrier envoyé à la famille de l'enfant adopté à son arrivée en France (45). Mais les adoptions passant par l'A.F.A. représentaient seulement 19% des adoptions en 2013 (1) : l'adoption internationale est aussi organisée par d'autres Organismes Autorisés pour l'Adoption (OAA), et peut se faire aussi par démarche individuelle. La cellule regroupant toutes les demandes d'adoption est le Conseil Général du département de résidence, qui délivre la demande d'agrément et revoit les familles adoptantes à l'arrivée de l'enfant en France pour leur délivrer l'attestation d'accueil de l'enfant (46). Une piste à envisager serait que le Conseil Général envoie un courrier au médecin traitant qui suivra l'enfant. Ce courrier détaillerait le

bilan de santé minimal recommandé par l'AFA, expliquerait son intérêt et présenterait l'existence et les raisons d'être de la COCA. Parallèlement, des présentations pourraient être effectuées au sein de Formations Médicales Continues, lors de Diplômes Universitaires...

En conclusion le faible pourcentage de bilans complets réalisés par les médecins généralistes, et la faible proportion d'enfants adoptés à l'étranger adressés à la COCA s'expliqueraient donc moins par l'existence de freins que par la méconnaissance de l'existence de recommandations sur le bilan initial et de l'existence même de la COCA. Il s'agirait donc à l'avenir de promouvoir et de valoriser ces consultations et la réalisation systématique d'un bilan de santé initial.

V. BIBLIOGRAPHIE

1. Statistiques 2013 - statistiques_2013_cle076137-1.pdf [Internet]. [cité 2 mars 2015]. Disponible sur: http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/IMG/pdf/statistiques_2013_cle076137-1.pdf
2. Henaff F. Fréquence et caractéristiques des infections chez les enfants adoptés à l'étranger: données de la COCA de Nantes. *J Travel Med.* 2015; Sous Presse.
3. Staat MA. Infectious disease issues in internationally adopted children. *Pediatr Infect Dis J.* mars 2002;21(3):257- 8.
4. Miller LC. International Adoption: Infectious Diseases Issues. *Clin Infect Dis.* 15 janv 2005;40(2):286- 93.
5. Bureau JJ, Maurage C, Brémond M, Despert F, Rolland JC. L'enfant adopté d'origine étrangère en France. Analyse de 68 observations sur 12 ans au CHU de Tours. *Arch Pédiatrie.* oct 1999;6(10):1053- 8.
6. Blanchi S, Chabasse D, Pichard E, Darviot E, de Gentile L. Post-international adoption medical follow-up at the Angers university hospital between 2009 and 2012. *Médecine Mal Infect.* févr 2014;44(2):69- 75.
7. Sorge F, Laurent C. Morbidité des enfants adoptés. Enquête préliminaire : adoption 2002. *Arch Pédiatrie.* mai 2003;10:s242- 4.
8. Ghier C. Santé des enfants adoptés à l'international, entre 2008 et 2013, en Vendée et place du médecin généraliste dans leur suivi médical [Médecin Générale]. Nantes; 2014.
9. HCCH | Texte intégral [Internet]. [cité 7 mars 2015]. Disponible sur: http://www.hcch.net/index_fr.php?act=conventions.text&cid=69
10. stat 2012 - Rapport statistique 2012_cle8c651d.pdf [Internet]. [cité 7 mars 2015]. Disponible sur: http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/IMG/pdf/Rapport_statistique_2012_cle8c651d.pdf
11. Evolution adoption internationale - evolution_adoption_internationale_cle846a1d.pdf [Internet]. [cité 7 mars 2015]. Disponible sur: http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/IMG/pdf/evolution_adoption_internationale_cle846a1d.pdf
12. De Monléon J-V, Goutchkoff L, Huet F. Particularités endocrinologiques des enfants adoptés. *Arch Pédiatrie.* mai 2011;18(5, Supplement 1):H47- 8.
13. Baron S, Battin J, David A, Limal JM. Puberté précoce chez des enfants adoptés de pays étrangers. *Arch Pédiatrie.* août 2000;7(8):809- 16.

14. Lévy-Soussan P. Adoption internationale : spécificités et risques psychiques. *J Pédiatrie Puériculture*. févr 2005;18(1):13- 9.
15. Chalvignac C, Marchou B, Mas E. [First medical assessment of foreign born adopted children]. *Rev Prat*. 20 nov 2010;60(9):1199- 203.
16. Harf A, Taïeb O, Moro MR. Troubles du comportement externalisés à l'adolescence et adoptions internationales : revue de la littérature. *L'Encéphale*. juin 2007;33(3):270- 6.
17. Hostetter MK, Iverson S, Thomas W, McKenzie D, Dole K, Johnson DE. Medical Evaluation of Internationally Adopted Children. *N Engl J Med*. 15 août 1991;325(7):479- 85.
18. Choulot JJ. Évaluation de l'état de santé des enfants adoptés à l'étranger. *Arch Pédiatrie*. oct 1999;6(10):1130.
19. Peyrin-Biroulet L, Donnais A, Barraud H, Darfeuille F, Watelet J, Hudziak H, et al. Hépatite A transmise par un enfant adopté asymptomatique. *Gastroentérologie Clin Biol*. avr 2006;30(4):609- 10.
20. Choulot J, Guérin B. Portage chronique du virus B et adoption. *Médecine Mal Infect*. juin 2005;35:S132- 3.
21. Barnett ED, Chen LH. Prevention of Travel-Related Infectious Diseases in Families of Internationally Adopted Children. *Pediatr Clin North Am*. oct 2005;52(5):1271- 86.
22. Sciauvaud J, Rigal E, Pascal J, Nourrisson C, Poirier P, Poirier V, et al. Transmission of infectious diseases from internationally adopted children to their adoptive families. *Clin Microbiol Infect*. août 2014;20(8):746- 51.
23. Bilan de santé arrivée de l'enfant - bilan de sante arrivee de l enfant.pdf [Internet]. [cité 7 mars 2015]. Disponible sur: http://www.afa.synapse-audiovisuel.fr/wp-content/uploads/2013/12/bilan_de_sante_arrivee_de_l_enfant.pdf
24. De Monléon J., Laurent-Atthalin B, Houzel A, Huet F. Prise en charge des enfants adoptés à l'étranger dans les principaux services de pédiatrie français. *Arch Pédiatrie*. oct 2000;7(10):1127- 8.
25. De Monleon J., Ferrier M., Guérin M., Couillault G, Huet F. Les consultations post-adoption. *Arch Pédiatrie*. mai 2003;10:s240- 2.
26. Les professionnels de la santé - France-Diplomatie - Ministère des Affaires étrangères et du Développement international [Internet]. [cité 3 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/adopter-a-l-etranger/les-acteurs-de-l-adoption/les-professionnels-de-la-sante/>
27. Étude relative au devenir des enfants adoptés en France et à l'international - pdf Rapport final resume.pdf [Internet]. [cité 7 mars 2015]. Disponible sur: http://www.adoption.gouv.fr/IMG/pdf_Rapport_final_resume.pdf
28. De Monléon J., Huet F. De l'utilité de la prise en charge des enfants adoptés à l'étranger. *Arch Pédiatrie*. oct 2000;7(10):1039- 40.

29. Tandé D, Boisramé-Gastrin S, Münck MR, Héry-Arnaud G, Gouriou S, Jallot N, et al. Intrafamilial transmission of extended-spectrum-beta-lactamase-producing *Escherichia coli* and *Salmonella enterica* Babelsberg among the families of internationally adopted children. *J Antimicrob Chemother.* mai 2010;65(5):859- 65.
30. Vanhoof R, Gillis P, Stévant O, Boland C, Vandenberg O, Fux F, et al. Transmission of multiple resistant *Salmonella* Concord from internationally adopted children to their adoptive families and social environment: proposition of guidelines. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis Off Publ Eur Soc Clin Microbiol.* avr 2012;31(4):491 - 7.
31. Sills Mitchell MA, Jenista JA. Health care of the internationally adopted child: Part 1: Before and at arrival into the adoptive home. *J Pediatr Health Care.* 4 mars 1997;11(2):51 - 60.
32. Eckerle JK, Howard CR, John CC. Infections in Internationally Adopted Children. *Pediatr Clin North Am.* avr 2013;60(2):487- 505.
33. Auger L, Duval RC. Adoption internationale : vision de deux pédiatres québécoises. *Arch Pédiatrie.* juin 2005;12(6):715- 7.
34. Sills Mitchell MA, Jenista JA. Health care of the internationally adopted child: Part 2: Chronic care and long-term medical issues. *J Pediatr Health Care.* mai 1997;11(3):117- 26.
35. Choulot J., de Béchillon M. L'adoption actuellement. *Arch Pédiatrie.* févr 2001;8(2):141 - 4.
36. Choulot J-J, Carbonnier H, Guérin B, de Béchillon M. L'adoption internationale en France. *J Pédiatrie Puériculture.* déc 2005;18(8):409- 13.
37. Microsoft Word - Atlas de la Démographie Médicale 2014 - atlas_2014.pdf [Internet]. [cité 3 mars 2015]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf
38. Lofti M. Un aspect de la relation médecin-malade Les refus opposés aux demandes des patients: vécu de ces situations par le médecin généraliste installé et par le remplaçant [These: Med]. [Paris]: Pierre et Marie Curie; 2014.
39. Staat MA, Rice M, Donauer S, Mukkada S, Holloway M, Cassidy A, et al. Intestinal parasite screening in internationally adopted children: importance of multiple stool specimens. *Pediatrics.* sept 2011;128(3):e613- 22.
40. Murray TS, Groth ME, Weitzman C, Cappello M. Epidemiology and Management of Infectious Diseases in International Adoptees. *Clin Microbiol Rev.* 7 janv 2005;18(3):510.
41. Pol S. L'hépatite B demeure un problème de santé publique en France. *Arch Pédiatrie.* mars 2010;17(3):H1 - 5.
42. Albers LH. Health of Children Adopted From the Former Soviet Union and Eastern Europe: Comparison With Preadoptive Medical Records. *JAMA.* 17 sept 1997;278(11):922.
43. Le Masme A. Attitude du pédiatre chez l'enfant adopté de l'étranger. *Arch Pédiatrie.* mai 1999;6(5):569- 72.

44. Etude sante des enfants adoptes final FRA - etude sante des enfants adoptes final FRA-2.pdf [Internet]. [cité 3 mars 2015]. Disponible sur: http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/IMG/pdf/etude_sante_des_enfants_adoptes_final_FRA-2.pdf
45. Adoption et santé | Agence Francaise de l'adoption | Page 7 [Internet]. Agence Francaise de l'adoption. [cité 7 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.agence-adoption.fr/lafa-vous-accompagne/adoption-et-sante/7/>
46. Je vis avec l'enfant - J'accueille l'enfant : mes démarches - www.adoption.gouv.fr [Internet]. [cité 8 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.adoption.gouv.fr/J-accueille-l-enfant-mes-demarches.html>

VI. FIGURES ET TABLEAUX

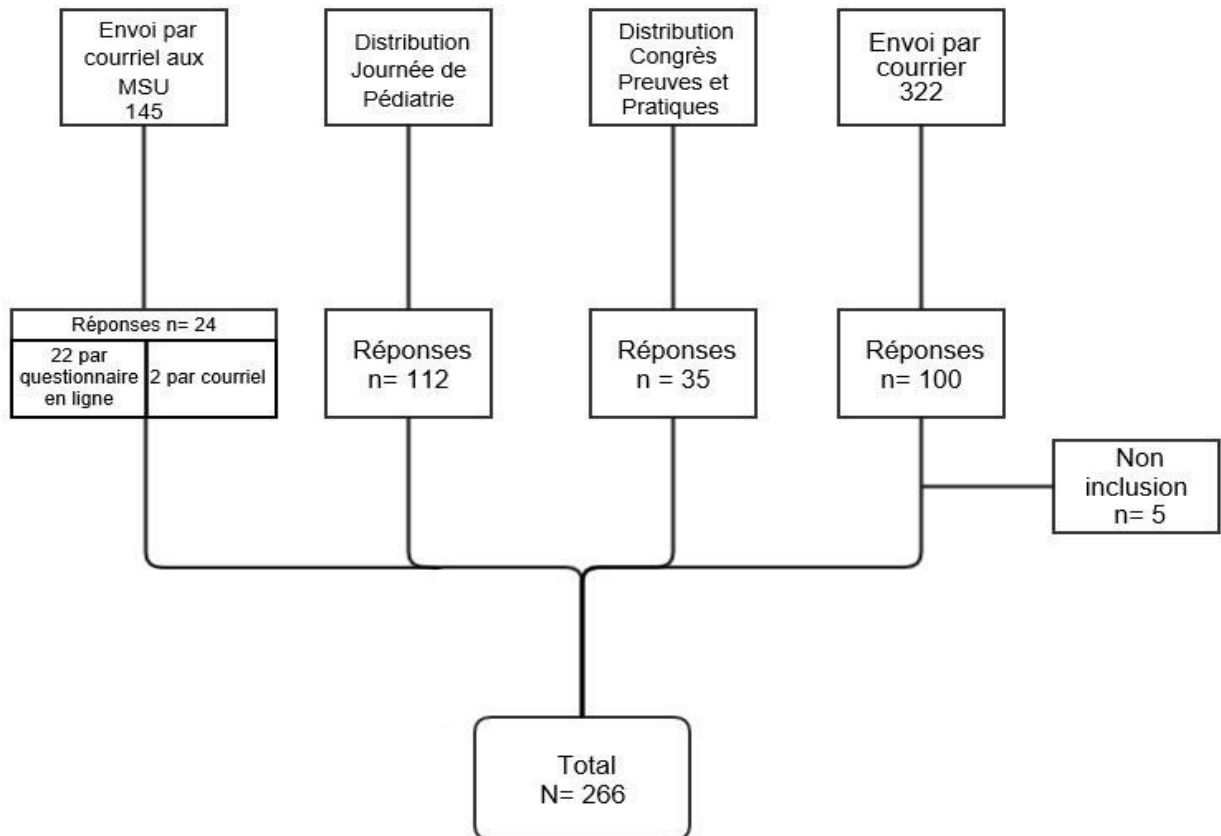


Figure 1 : Flow chart

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon étudié

Caractéristiques		n (%)
Sexe	Homme	103 (39.3)
	Femme	159 (60.7)
Age	< 40 ans	90 (34.6)
	[40 ; 50 ans [70 (26.9)
	≥ 50 ans	100 (38.5)
Exercice	Urbain	122 (46.7)
	Semi-rural	97 (37.2)
	Rural	42 (16.1)

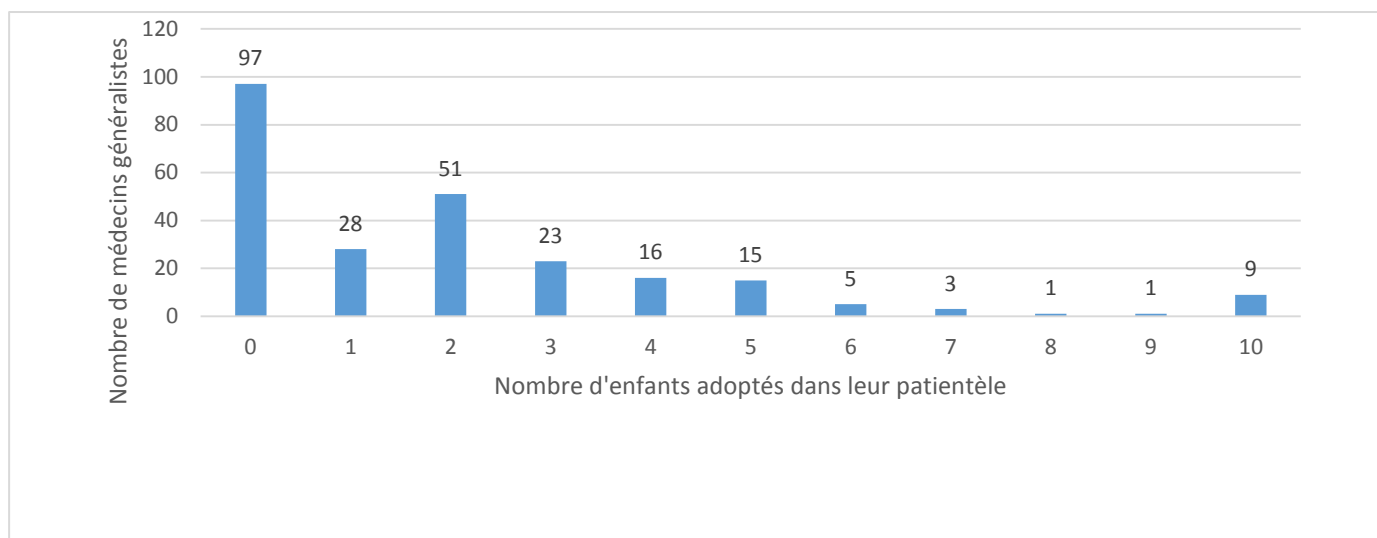


Figure 2 : Distribution du nombre d'enfants adoptés à l'étranger suivi par médecin généraliste

Tableau 2 : Détail des prescriptions proposées, en recommandations avec celles de l'AFA

Prescriptions recommandées par l'AFA		Nombre de médecins les proposant n (%)
Général	NFS	128 (83.7)
	Transaminases	60 (39.2)
	Bilan martial	33 (21.6)
	Age osseux	6 (3.9)
	Plombémie	1 (0.7)
	Bilan visuel	4 (2.6)
	Bilan auditif	1 (0.7)
Infectieux	Hépatite B	109 (71.2)
	VIH	106 (69.3)
	Hépatite C	91 (59.5)
	IDR	50 (32.7)
	Radiographie thoracique	42 (27.5)
	Syphilis	18 (11.8)
	Examen Parasitologique des Selles	18 (11.8)
	Goutte épaisse	4 (2.6)
	Maladie de Chagas	0

Tableau 3 : Détail des prescriptions proposées, hors recommandations de l'AFA

Prescriptions hors recommandations de l'AFA		Nombre de médecins les proposant n (%)
Général	Fonction rénale *	42 (27.5)
	Glycémie à jeun	20 (13.1)
	Bilan nutritionnel	14 (9.2)
	Bilan phosphocalcique *	9 (5.9)
	BU	5 (3.3)
	Bilan lipidique	3 (2.0)
	Bilan d'hémostase	3 (2.0)
	Folates, B12	2 (1.3)
	Groupe, Rhésus	2 (1.3)
	Echographie des hanches	1 (0.7)
	Echographie cardiaque	1 (0.7)
	Dentiste	2 (1.3)
	Bilan cardio	2 (1.3)
	Bilan ORL	1 (0.7)
Bilan dermato	1 (0.7)	
Infectieux	VS et/ou CRP *	31 (20.3)
	Hépatite A *	16 (10.5)
	Coprocultures	10 (6.5)
	ECBU	7 (4.6)
	CMV, EBV	4 (2.6)
	Hépatite E	1 (0.7)
	Prélèvement cutané si lésions (teigne...)*	1 (0.7)

* prescriptions effectuées par la COCA de Nantes

Tableau 4 : Sérologies vaccinales proposées

Sérologies vaccinales	Nombre de médecins les proposant n (%)
Rubéole	13(8.5)
Tétanos	10(6.5)
Rougeole	7(4.6)
Oreillons	2(1.3)
Coqueluche	1(0.7)
Haemophilus influenzae	0

Tableau 5 : Dépistages des pathologies congénitales proposés

Affections congénitales	Nombre de médecins les proposant n (%)
Sérologie rubéole	13 (8.5)
TSH	11 (7.2)
Electrophorèse de l'hémoglobine	9(5.9)
Sérologies toxoplasmose	5 (3.3)
Phénylalaninémie	0
17 OHP	0

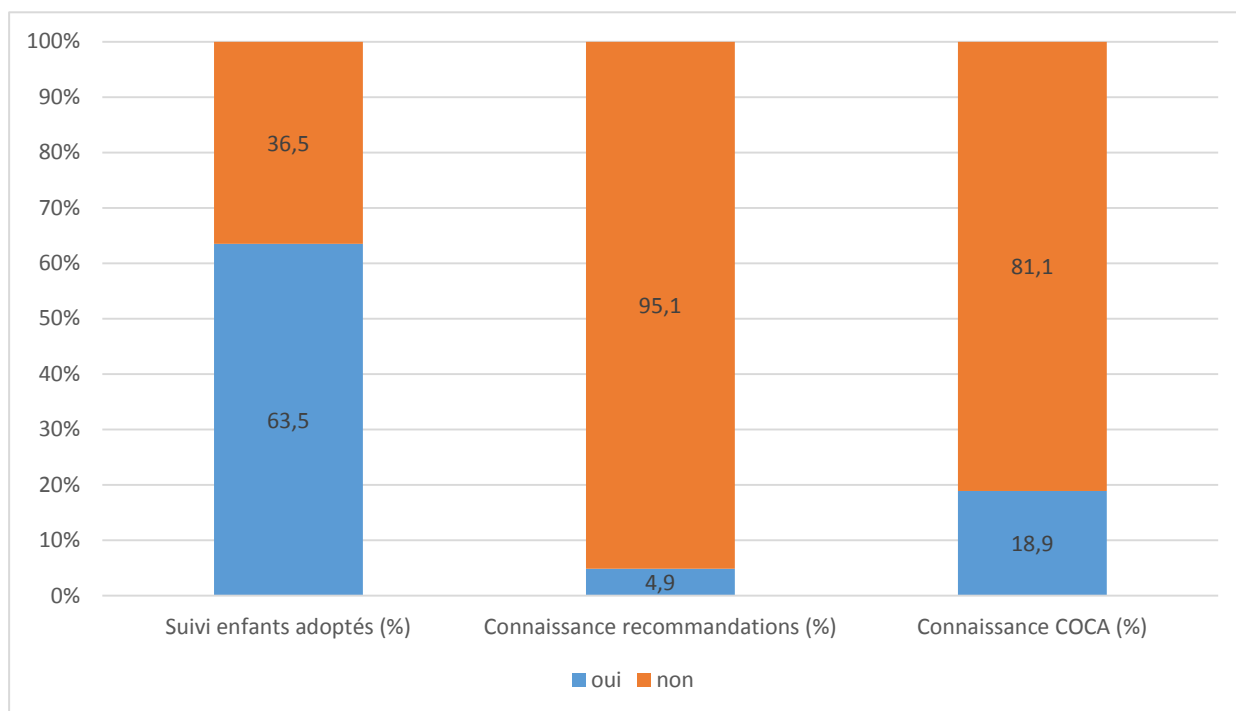


Figure 3 : Connaissances de médecins interrogés sur la prise en charge des enfants adoptés à l'étranger

Tableau 6 : Déterminants des connaissances et des prescriptions : lieu d'exercice

Nombre de médecins	Exercice			<i>p</i>
	Urbain n(%)	Semi-rural n(%)	Rural n(%)	
- suivant des enfants adoptés à l'étranger	81 (66.4)	60 (61.9)	27 (64.3)	0.78
- effectuant un bilan systématique	56 (50.0)	53 (57.6)	21 (53.8)	0.55
- connaissant l'existence de recommandations	6 (4.9)	5 (5.2)	0	> 0,05
- connaissant l'existence de la COCA	17 (13.9)	23 (23.7)	8 (19)	0.18

Tableau 7 : Déterminants des connaissances et des prescriptions : âge

Nombre de médecins	Age			<i>p</i>
	<40 ans n(%)	[40; 50[ans n(%)	> 50 ans n(%)	
- effectuant un bilan systématique	43 (51.2)	38 (59.0)	48 (51.6)	0.76
- connaissant l'existence de recommandations	3 (3.4)	3 (4.3)	6 (6.0)	0.69
- connaissant l'existence de la COCA	25 (28.1)	15 (21.0)	10 (10.0)	0.006

Tableau 8 : Déterminants des connaissances selon la patientèle concernée

	Médecins ne suivant pas des enfants adoptés n(%)	Médecins suivant des enfants adoptés n(%)	<i>p</i>
Connaissance de l'existence de la COCA	16 (16.5)	34 (20.1)	0.34
Connaissance de l'existence de recommandations	1 (1.0)	12 (7.1)	0.008

ANNEXES

1. Annexe 1 : Bilan recommandé par l'Agence Française de l'Adoption

- Recherche d'antécédents médicaux personnels et familiaux connus ;
- Examen clinique général réalisé en fonction des priorités identifiées à l'interrogatoire, de l'âge de l'enfant et selon une séquence propre à l'exercice de la pédiatrie ;
- Courbes de poids, taille et périmètre crânien prenant en compte, si elles existent, les mensurations antérieures ;
- Vérification de l'état dentaire ;
- Dépistages auditif et visuel ;
- Développement psychomoteur dont l'évaluation peut être délicate chez un enfant non francophone, ayant éventuellement subi une dénutrition sévère au cours de sa première année, arrivant d'un orphelinat peu stimulant et démarrant une toute nouvelle vie ;
- Prélèvements sanguins :
 - Recherche des antigènes et anticorps du virus de l'hépatite B ;
 - Sérologies hépatite C, VIH et syphilis ;
 - Numération formule sanguine, transaminases, dosage du fer sérique et de la ferritine
 - Electrophorèse de l'hémoglobine (origine Asie ou Afrique),
 - Goutte épaisse (zones d'endémie du paludisme),
 - Dépistage de la maladie de Chagas (Amérique continentale centrale et du Sud)
 - Plombémie (Haïti, Chine...) ;
- Eventuellement prélèvements urinaires en fonction du contexte ;
- Examen parasitologique des selles ;
- Rattrapage, selon l'âge de l'enfant, des dépistages systématiques pré et post natals pratiqués en France (dont hypothyroïdie, phénylcétonurie, rubéole, toxoplasmose) ;
- Intradermoréaction à 10 unités ;
- Vérification de la qualité de l'immunisation des vaccins déjà effectués et mise à jour des vaccinations
- Radiographie thoracique (et âge osseux de référence chez l'enfant de plus de deux ans)
- Un bilan orthophonique sera utile dans un second temps.

2. Annexe 2 : Liste des COCA en France (version mai 2014)

N° Dprt	Ville	Noms des principaux consultants	Adresses	Téléphones pour prise de RV	Jours de consultation
02	Saint Quentin	Dr L. Vue Droy	CH de Saint-Quentin 1 av. Michel de l'Hospital 02102 Saint-Quentin	03 23 06 73 82	lundi matin
06	Antibes	Dr N. Rabasse	CH d'Antibes Centre d'action médico-sociale précoce (CAMPS) 107 av de Nice 06606 Antibes Cedex	04 92 03 61 71	sur rendez-vous
13	Marseille	Dr E. Bosdure Dr V. Bresson Mme C. Barge-Thevenieau	Unité de médecine infantile Hopital d'enfants CHU la Timone 264 Rue Saint-Pierre 13385 Marseille Cedex 5	04 91 38 68 08/42 95	vendredi après-midi (avec psychologue, infirmière)
13	Marseille	Dr P. François	Pôle Parents Enfants Hôpital Saint-Joseph 26 bd de Louvain, 13008 Marseille	04 91 80 70 40	un vendredi sur deux
14	Caen	Dr B. Houngbedji	CHU de Caen Batiment Sud Service Pr Jacques Brouard Avenue Côte de Nacre CS 3000114033 Caen cedex 9	02 31 27 23 39	mardi matin
14	Caen	Mme F. Fouqué	Centre de consultation thérapeutique de l'Enfant et de la Famille 80 bd Dunois 14000 Caen	02 31 82 64 64 Préciser "Consultation Adoption"	sur rendez-vous
21	Dijon	Dr J. V. de Monléon Mme Christine Scarpa	Hôpital d'Enfants CHU du Bocage 10 bd Maréchal Delattre de Tassigny 21079 Dijon	03 80 29 33 59	jeudi et sur rendez-vous
29	Brest	Dr M.R. Munck	CHU Morvan 2 Avenue Foch 29200 Brest Cedex	02 98 22 33 89	jeudi
31	Toulouse	Dr E. Mas Dr R. Barraband	Hôpital des Enfants 330 av Grande Bretagne TSA 7003431059 Toulouse cedex 9	05 34 55 85 62	jeudi
33	Bordeaux	Dr I. Moreau-Gaudry Dr C. Runel--Belliard	Hôpital des Enfants CHU Bordeaux Place Amélie Raba Léon 33076 Bordeaux	05 57 82 12 20	Vendredi après-midi tous les 15 jours avec psychologue + puericultrice
34	Montpellier	Dr Muriel Lalande Mme Pascale Vidal	Hôpital Arnaud de Villeneuve 1er étage Consultations pédiatriques 371 av Doyen Gaston Giraud 34090 MONTPELLIER Cedex 5	04 67 33 66 43	le 1er mardi après-midi du mois (avec psychologue)
35	Rennes	Pr C. Guiguen Pr JP Gangneux	S° Parasitologie- Mycologie CH Pontchaillou 2 rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex	02 99 28 90 55	sur rendez-vous

35	Rennes	Pr M. Roussey Dr I. Schwartz	Pole pédiatrique médico-chirurgical et génétique clinique Hopital Sud 16 boulevard de Bulgarie BO 90347 35203 Rennes cedex 2	02 99 26 71 14	sur rendez-vous
37	Tours	Dr Z. Maakaroun	S° Pédiatrie Hôpital Clocheville CHRU de Tours 49 bd Béranger 37000 Tours	02 47 47 47 65	sur rendez-vous
38	La Tronche	Dr C. Bost-Bru	Hôpital Couple EnfantQuai Yermolof38700 La Tronche	04 76 76 87 88	vendredi une fois par mois (pas de consultation pré-adoption)
44	Nantes	Dr I. Hazart Dr E. Launay	Hopital Mère-Enfant CHU Hotel Dieu 7 quai Moncoussu 44093 Nantes Cedex1	02 40 08 34 80	1 ^{er} mercredi du mois
49	Angers	Dr E. Darviot	S° Pédiatrie CHU Angers 4 rue Larrey 49933 Angers Cedex 9	02 41 35 34 72	sur rendez-vous
49	Angers	Dr L. de Gentile	Laboratoire Parasitologie - Mycologie CHU Angers 4 rue Larrey 49933 Angers Cedex 9	02 41 35 34 72	sur rendez-vous
51	Reims	Dr D. Minette-Brunel	Polyclinique de l'American memorial Hospital CHU de Reims 47 rue Cognac-Jay 51100 Reims	03 26 78 72 45	vendredi matin
54	Vandoeuvre Lès nancy	Dr A. Borsa-Dorion	S° Médecine Infantile Hopital d'Enfants-CHU Brabois Allée du morvan, 54500 Vandoeuvre Lès nancy	03 83 15 47 48	jeudi matin
54	Vandoeuvre Lès nancy	Dr F. Body Lawson	S° Psychiatrie de l'enfant et l'adolescent Hopital d'Enfants -CHU Brabois Allée du morvan, 54500 Vandoeuvre Lès nancy	03 83 15 48 50/45 53	sur rendez-vous
59	Lille	Dr M. Moukagni	S° Pédiatrie Médicale Hôpital saint Vincent de Paul Boulevard de Belfort B.P. 387 59020 Lille Cedex	03 20 87 76 12	jeudi matin
59	Lille	Dr F. Dubos	S° Pédiatrie générale-Urgences et Maladie Infectieuses Hopital Jeanne de Flandre Avenue Eugène Avinée, 59037 Lille Cedex	03 20 44 46 67	mardi a-midi
63	Clermond Ferrand	Dr V. Poirier Dr O. Lesens	S° Pédiatrie CHU Estaing 1 place Lucie Aubrac, 63058 Clermont Ferrand	04 73 75 00 00	Un vendredi sur deux
64	Pau	Dr JJ. Choulot	S° Pédiatrie CH Hauterive 4 Bd Hauterive 64000 Pau	05 59 92 47 82	lundi matin
69	Bron	Dr L. Hees Mme B. Morand	S° Pédiatrie Générale Hôpital Femme Mère Enfant-CHU de Lyon 59 Bd Pinel 69677 Bron	04 27 85 56 47/49	mardi après-midi + entretiens avec psychologue
69	Lyon	Pr F. Peyron	Institut de Parasitologie et Mycologie Médicale Hôpital de la Croix Rousse 103 gde	04 72 07 18 69	sur rendez-vous

			rue de la Croix Rousse, 69004 Lyon		
75	Paris	Dr F. Sorge	Service de Pédiatrie- Maladies infectieuses et tropicales , Batiment Robert Debré Hôpital Necker- Enfants malades 149 rue de Sèvres, 75015 Paris	01 44 49 57 43/44/45	vendredi toute la journée sur rv
75	Paris	Dr B. Quinet	Hôpital d'enfants Armand Trousseau 28 avenue du Dr Arnold Netter 75012 Paris	01 44 73 64 88	jeudi matin
75	Paris	Dr JL le Run	CMP du Figuier 2 rue du Figuier 75004 Paris	01 48 87 81 93	sur rendez-vous
75	Paris	Dr M.O. Pérouse de Montclos Dr M. Gorog Dr Ronen Mme M.P. Poggionovo M. G. Lebugle	S°de psychologie et psychiatrie de l'enfant et l'adolescent -Pavillon I CH Sainte Anne 1 rue Cabanis 75014 Paris	01 45 65 74 99	lundi et mardi toute la journée mercredi et vendredi matin
75	Paris	Dr A. Harf Dr J. Sibeoni Mme S. Skandrani	Maison des Adolescents Hôpital Cochin 97 bd du Port Royal 75014 Paris	01 58 41 24 24	mardi matin
75	Paris	Dr P. Chardeau Dr E. Fortineau Mme P. Baillon Mme A. de Tocqueville	Association Ligare-L'Arbre Vert 9 rue Bargue 75015 Paris	07 87 06 31 42	mercredi et samedi
78	Versailles	Dr A. de Truchis	S° Pédiatrie Hôpital André Mignot 177 rue de Versailles 78157 Le Chesnay Cedex	01 39 63 90 98/94 83	mardi avec pédiatre et pédopsychiatre ou psychologue et vendredi matin avec psychologue
80	Peronne	Dr L. Vue Droy	S° Maternité CH de Peronne Place du Jeu de Paume B.P. 90079 - 80201 Péronne	03 22 83 61 13	mercredi et vendredi
83	Hyères	Dr JC Combes	S° Pédiatrie CH de Hyères Avenue Maréchal Juin 83407 HYERES Cedex	04 94 00 24 71	mardi après-midi
94	Cachan	Dr Palazzi	CMPP 4 Rue Raspail, Cachan 94230	01 46 65 62 22	sur rendez-vous
95	Pontoise	Dr H. Sarda Mme C. Couttolenc	CH René Dubos 6 avenue de l'île de France 95300 Pontoise	01 30 75 40 35	lundi après-midi et sur RV avec psychologue Préciser "consultation adoption"

3. Annexe 3 : Bilan paraclinique prescrit par la COCA de Nantes

Avant 2 ans :

- Sérologies HIV, hépatite B (Ag HBs, Ag HBc, Ac anti HBs, Ac anti HBc), C et A, syphilis, tétanos, poliomyélite, haemophilus influenzae, rubéole ;
- NFS, plaquettes, électrophorèse de l'hémoglobine
- Fer, ferritine,
- Ionogramme sanguin, calcémie, urée, créatinine, ASAT, ALAT, CRP
- Plombémie
- T4 ,TSH, phénylalanine

Après 2 ans :

- Sérologies HIV, hépatite B (Ag HBs, Ag HBc, Ac anti HBs, Ac anti HBc), C et A (IgG), syphilis, tétanos, poliomyélite, rubéole ;
- NFS, plaquettes, électrophorèse de l'hémoglobine
- Fer, ferritine,
- Ionogramme sanguin, calcémie, urée, créatinine, ASAT, ALAT, CRP
- Plombémie

5. Annexe 5 : Notice de présentation de l'étude

Mesdames, Messieurs mes futurs confrères,

Actuellement interne de médecine générale à l'université de Nantes, je mène une étude (PRIMADOPT) auprès des médecins généralistes de Loire-Atlantique dans le cadre de ma thèse.

Je cherche à établir un état des lieux des connaissances des médecins généralistes de Loire-Atlantique sur la prise en charge médicale spécifique des enfants adoptés à l'étranger, et plus particulièrement sur le bilan de santé initial à l'arrivée en France.

Les objectifs secondaires ont trait à la Consultation d'Orientation et de Conseil en Adoption (COCA), qui est présente au CHU de Nantes, comme dans la majorité des CHU français. Je cherche à savoir si la Consultation d'Orientation et de Conseils en Adoption (COCA) est connue, et à pointer les freins à l'orientation vers celle-ci.

Ci-joint un auto-questionnaire, que je vous invite à remplir, même si vous ne suivez pas ou peu d'enfants adoptés à l'étranger.

Ce questionnaire, anonyme, prendra moins de 10 minutes de votre temps.

Pour participer plusieurs moyens :

- remplir le questionnaire ci-joint et me le retourner dans l'enveloppe timbrée prévue à cet effet
- scanner le questionnaire rempli et me le retourner à cette adresse mail : marie.interne@gmail.com,

En vous remerciant par avance pour le temps que vous consacrerez à cette étude, je me tiens à votre entière disposition pour tout besoin de renseignement supplémentaire, ou si vous souhaitez recevoir les résultats de mon étude: marie.interne@gmail.com .

Marie Lawton,

En collaboration avec le Pr Christèle Gras-Le Guen et les Dr F. Henaff, E. Launay.

RESUME

Introduction : Les enfants adoptés à l'étranger nécessitent une attention médicale spécifique, particulièrement à leur arrivée en France. L'Agence Française d'Adoption (AFA) recommande la réalisation d'un bilan de santé initial systématique. L'objectif de cette étude était d'évaluer les connaissances des médecins généralistes sur le bilan initial de santé des enfants adoptés à l'étranger et sur les Consultations d'Orientation et de Conseil en Adoption (COCA).

Méthodes : Nous avons mené une étude descriptive de juillet 2014 à décembre 2014 auprès de médecins généralistes exerçant en libéral en Loire-Atlantique auxquels ont été adressé un questionnaire par la Poste, par courriel ou lors de journées de formation.

Résultats : 266 médecins généralistes ont été inclus, 63.5% suivaient des enfants adoptés à l'étranger. 53.8% leur auraient prescrit systématiquement un bilan à leur arrivée en France. 4.9% des médecins généralistes interrogés connaissaient l'existence des recommandations de l'AFA sur le bilan de santé initial des enfants adoptés à l'étranger, et 18.9% connaissaient l'existence de la COCA.

Conclusion : Le faible pourcentage de bilans complets réalisés par les médecins généralistes, et la faible proportion d'enfants adoptés à l'étranger adressés à la COCA s'expliqueraient donc moins par l'existence de freins que par la méconnaissance de l'existence de recommandations sur le bilan initial et de l'existence même de la COCA. Il s'agirait donc à l'avenir de promouvoir et de valoriser ces consultations et la réalisation systématique d'un bilan de santé initial.

Mots-clés : médecins généralistes - adoption internationale - santé (bilan de) - Agence Française d'Adoption (AFA) - Consultation d'Orientation et de Conseil en Adoption (COCA)