



**Bulletin mensuel n° 2-3/2012
Février-Mars 2012**

**Edition spéciale
Les adoptions d'enfants « dits à besoins spéciaux » : nécessités,
expériences et limites**

L'adoption des enfants dits à besoins spéciaux, au cœur des débats actuels de l'adoption internationale, soulève de nombreuses interrogations, à commencer par la définition de ces besoins spéciaux. Si la Conférence de La Haye nous offre dans son guide de bonnes pratiques N°1 quelques éléments de réponse, chaque pays dispose de sa propre interprétation. De plus, les exigences particulières de ces enfants supposent une réflexion profonde sur l'adaptation du processus d'adoption à ces dernières, notamment en matière de préparation de l'enfant et de ses futurs parents adoptifs, des possibilités de soins et de suivi de l'enfant par des services spécialisés dans les pays d'accueil, ou encore de l'obtention d'informations les plus précises possibles sur les antécédents de l'enfant et ses besoins médicaux, psychologiques, etc.. Les professionnels et les familles nécessitent non seulement des outils mais un soutien adapté à cet effet, sans quoi le bien fondé de ces adoptions pourrait être remis en cause. Dans ce bulletin spécial le SSI/CIR entend informer ses lecteurs sur certaines pratiques développées dans le monde en matière de formation des professionnels, de recherche et sélection des familles capables de s'occuper de ces enfants, de suivi post adoption, entre autres. De plus, il entend faire réfléchir sur les limites qui doivent être fixées à ce type d'adoption et les conditions indispensables à leur bon déroulement dans l'intérêt de toutes les personnes concernées, à commencer par l'enfant. Les adoptions d'enfants dits à besoins spéciaux ne doivent en effet pas devenir un second choix pour les candidats adoptants ou un choix par défaut, car elles requièrent de leur part une implication d'autant plus forte que le défi qu'elles soulèvent est plus grand. Nous vous en souhaitons une bonne lecture et nous réjouissons par avance de vos réactions et commentaires.

L'équipe du SSI/CIR
Février-Mars 2012

SOMMAIRE

Editorial

p. 1 [Point de vue sur l'adoption des enfants dits « à besoins spéciaux »](#)

Intervenants en matière d'adoption

p. 4 [Grèce, Slovaquie, Suède](#)

En bref

p. 4 [Kazakhstan, Laos, Sénégal](#)

Pratique

p. 5 [Suivi de l'adoption des enfants à besoins spéciaux : l'expérience du service public de Padoue](#)

p. 6 [Argentine : présentation du programme « Familles spéciales » de la fondation Prohijar](#)

p. 8 [Lituanie : une initiative innovante destinée à promouvoir l'adoption nationale des enfants](#)

[présentant des problèmes de santé graves mais curables](#)

Ressources interdisciplinaires

p. 9 [Les enfants dits « à besoins spéciaux » ont-ils des besoins psychologiques particuliers ?](#)

p.10 [Une expérience novatrice de formation des professionnels à la question des besoins spéciaux](#)

Série spéciale : les enfants handicapés et l'adoption
p. 11 [Suède : un modèle d'évaluation et de préparation spécifiques pour les candidats souhaitant adopter un enfant présentant un handicap et/ou une maladie](#)

Conférences, séminaires, colloques, cours à venir
p. 12 [Allemagne, Ethiopie et France](#)

Point de vue sur l'adoption des enfants dits « à besoins spéciaux » 🏠

Le Dr Chicoine, professeur de pédiatrie au CHU Sainte-Justine de Montréal, et Mme J. Lemieux, travailleuse sociale à Québec, qui assistent, outillent et soignent des milliers de familles adoptives depuis plus de 20 ans, nous livrent ici leur point de vue sur la question complexe de l'adoption des enfants dits « à besoins spéciaux ».

« La notion d'enfants dits « à besoins spéciaux » comporte des flous qui complexifient le travail des professionnels, désormais confrontés à un grand défi : trouver des familles et des pays d'accueil (PA) capables d'offrir des projets de vie réalistes à des enfants plus « exigeants » que d'autres. En l'absence de définition fédératrice, coexistent actuellement des points de vue politiques, parentaux, psychosociaux, médicaux si dissonants que la prise en charge de ces enfants s'en trouve fragilisée. Même s'ils se bousculent, ce ne sont pas de parents mal outillés, résignés à adopter en deuxième ou troisième intention et contraints par la conjoncture actuelle de l'adoption internationale, dont ces enfants ont besoin. En pré adoption, ils sont en droit de bénéficier des facteurs de protection indispensables à leurs conditions physiques ou psychiques. En post-adoption, la question renvoie à la disponibilité et l'aptitude des infrastructures psychosociales, pédiatriques et scolaires des PA, déjà plus ou moins sensibilisées aux adoptions « classiques ». Selon nous, c'est la définition même du concept et ses conséquences qui posent problème.

De la relativité de la notion de besoins spéciaux

Faciliter l'adoption des enfants dits « à besoins spéciaux » a une légitimité défendable en harmonie avec le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant. Alors que des enfants sont en attente de projets de vie familiale permanents dans les pays d'origine (PO), ailleurs, des étrangers en désir d'enfants se font d'autant plus demandeurs que leur patience est mise à l'épreuve par une offre raréfiée d'enfants dits « sans besoins spéciaux ». Par ailleurs, il paraît préoccupant que ces prétendus « besoins spéciaux » des enfants soient si mal identifiés, que leurs futurs parents soient si mal préparés et nos PA si mal équipés pour les prendre en charge. En l'absence d'expertise sociale et médicale adéquate, la notion de « besoins spéciaux » devient ainsi un fourre-tout politique et culturel.

Deux jumeaux de deux ans, par exemple, abandonnés, carencés, sous-alimentés et confiés à une mère célibataire non outillée, sans soutien social et forcée de vite retourner au travail, ne correspondent incidemment pas à la

notion actuelle d'enfants « à besoins spéciaux » et risquent de se voir présentés à la future maman comme des enfants adoptables « à besoins non spéciaux ». Alors que, parallèlement, un nourrisson en bonne santé nutritionnelle et bercé par une nourrice aimante pourrait être considéré comme un enfant « à besoins spéciaux » du simple fait qu'il présente une hernie ombilicale. On touche ici le risque de dérapage qu'entraîne la catégorie d'enfants « à besoins spéciaux », qui sous-tendrait que tous les autres enfants adoptables ne soient demandeurs d'aucun « extra ».

Des différents niveaux de besoins

Face à cette conjoncture délicate, nous anticipons dorénavant avec nos familles les besoins de l'enfant d'une façon plus structurante; au fur et à mesure que les niveaux de besoins suivants s'accumulent, on s'approche d'une définition qui nous paraît plus compréhensible des « besoins spéciaux » :

-Premier niveau: peu importe que leurs enfants présentent des « besoins spéciaux », ou non, comme tous les parents, les adoptants auront à répondre à leurs besoins fondamentaux (nourriture, soins, amour, éducation, etc.).

-Deuxième niveau: les enfants adoptés, comme tous les enfants, sont des personnes avec leurs particularités (états de santé variables, tempéraments plus ou moins demandeurs, etc.). Les parents devront les découvrir et en tenir compte, comme ils l'auraient fait avec un enfant non adopté. A noter que la majorité des parents biologiques n'auront à répondre qu'aux deux premiers niveaux de besoins.

-Troisième niveau: les adoptants auront également à découvrir les besoins spécifiques de leurs enfants, des besoins normaux et attendus en adoption, mais qui suscitent déjà « un entretien plus sophistiqué ». Blessé, insécurisé, forgé aux ruptures, l'enfant adopté comporte son lot de spécificités. Accepter, comprendre, voire célébrer cette normalité adoptive n'est pas innée, d'où l'importance des formations et des évaluations pré adoptives. De nombreux articles de recherche ou de clinique en médecine de l'adoption rapportent une évolution positive pour la majorité des enfants adoptés - une bonne nouvelle -, mais aussi une prévalence de problématiques pédiatriques d'autant plus faciles à considérer qu'elles sont

parfaitement attendues (restriction de croissance utérine, retards staturo-pondéraux, pubertés précoces, syndromes post-traumatiques, troubles attentionnels et de l'attachement, etc.). S'ajoutent les constantes liées à la révélation de l'adoption, la peur du nouvel abandon et la quête identitaire. Tous les parents adoptifs auront à répondre au moins à ces 3 niveaux de besoins.

-*Quatrième niveau* : des enfants adoptés auront plus de besoins médicaux ou mentaux que la moyenne de leurs pairs adoptés. La difficulté consiste alors à aborder ces besoins hors des attentes habituelles avec des parents néophytes pour qui la normalité adoptive est encore mal enseignée ou assumée. A noter que seule une minorité d'adoptants pourront répondre avec compétence et bonheur à ce niveau de besoins.

Sans structuration claire des besoins, on risque de prétendre qu'adopter un enfant sans « besoins spéciaux » est un défi comparatif à la parentalité biologique et présente la garantie qu'aucun besoin particulier ne sera découvert par la suite.

Pour un outillage psychosocial pré adoption

Sur la base de la CLH-93 et des années d'expérience, il paraît urgent d'instituer des encadrements pré adoptifs permettant un outillage systématique des parents sur la différence adoptive. Autrement, quel intérêt de pronostiquer des besoins spécifiques si on ne met pas en place les facteurs de protection nécessaires à la réussite médicale et affective de la dite adoption? Malheureusement, l'établissement d'une formation obligatoire des candidats, dont une partie devrait d'ailleurs traiter la question des « besoins spéciaux », tarde dans nombre de PA. On apprendrait, par exemple, qu'un enfant grand n'est pas scolarisable avant des mois d'approvisionnement familial, d'adaptation et d'attachement; qu'une hépatite C est potentiellement plus lourde à porter qu'une hépatite B; que le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) est une condition durable et éprouvante à prendre en charge par des parents dûment évalués; qu'une fratrie est plus risquée sur le plan de l'attachement que deux adoptions consécutives. Nos initiatives éducatives auprès des adoptants montrent que des connaissances supplémentaires et des échanges porteurs de sens les conduisent à mieux s'approprier les difficultés d'un projet en particulier, quitte à s'en distancier librement, ou à gagner en force éclairée et en compétences.

Pour une évaluation médicale pré adoptive (EMP)

L'EMP des enfants, qui plus est en cas de besoins particuliers, vise à identifier certains problèmes. Les professionnels vont souligner les meilleurs/pires scénarios, en clarifiant les facteurs de risques à envisager. L'EMP, désormais recommandée par plusieurs associations professionnelles, tend à éclairer les candidats sur la teneur de leur projet et sur des données comparatives, les rassurer sur certaines zones d'ombre, et démystifier des appellations nosologiques comme *perinatal hydrocephalia* ou *spastic tetraparesis*. Par la suite, les parents, et eux seuls, pourront mieux se positionner, sur la base d'informations médicales sérieuses.

Grâce à ces EMP, non seulement certains enfants sont finalement adoptés (enfants atteints d'une infection tuberculeuse traitable, d'une maladie cardiaque opérable), mais des échecs prévisibles sont évités. Ainsi, des enfants autistes ou présentant des troubles de conduite presque impossibles à prendre en charge hors d'un cadre institutionnel chez eux ou ailleurs, pourront continuer à grandir dans leur PO. Ce travail, majoritairement exercé par des pédiatres expérimentés, permet ensuite un apparentement réaliste par l'évaluateur psychosocial désormais informé de la nature et la lourdeur de la tâche qui attend les candidats.

Pour un suivi préventif post-adoption

Les enfants adoptés aux risques plus ou moins élevés nécessitent plus de services (para)médicaux et scolaires qu'une population moyenne d'enfants biologiques. Cela ne fait pas d'eux des enfants anormaux mais implique que des experts reconnaissent et fassent respecter leur normalité adoptive. C'est, du moins, une part de la promesse faite à leurs PO. Or, actuellement, dans plusieurs PA, la responsabilité du suivi post-adoptif tombe pour une bonne part dans la sphère privée. « Besoins spéciaux », ou pas, les parents se débrouillent seuls, sans soutien spécialisé. L'adoption en général, enfants dit « à besoins spéciaux » inclus, étant avant tout un geste de protection de l'enfance impliquant toute la société d'accueil, appelle à revoir la qualité et l'accessibilité réelle des services préventifs et curatifs au retour.

L'introduction d'un quatrième niveau de besoins « véritablement spéciaux », en appelle à un meilleur arrimage avec les équipes médico-chirurgicales (fente labiopalatine, imperforation anale, pieds équins, etc.) et psychosociales de pointe (guidance parentale, thérapies post-traumatiques, etc.), les professionnels en

réadaptation (ergothérapie, physiothérapie, orthophonie, etc.) et les milieux scolaires.

Pour l'avoir mis en pratique, le travail interdisciplinaire personnalisé permet une richesse de dialogue entre tous les acteurs impliqués. Il est le seul travail éthique possible pour bien comprendre l'unicité de chacun de ces enfants, estimer la réalité de leurs familles adoptives et redonner un sens porteur à l'appellation d'enfants « à besoins spéciaux ». Sans ce travail en amont et en aval, faire la

promotion de l'adoption d'enfants repérés comme « hors norme » n'est, à notre avis, que cruelle promesse. Familles et enfants ont droit à mieux que cela. Les pointer du doigt ne suffit pas, ne suffit plus ».

Jean-François Chicoine, Pédiatre
Johanne Lemieux, Travailleuse Sociale et
psychothérapeute
Le monde est ailleurs, Québec, Canada
www.lemondeestailleurs.com
www.sainte-justine.org

INTERVENANTS EN MATIERE D'ADOPTION

Source : Bureau Permanent de la Conférence de La Haye ; http://www.hcch.net/index_fr.php?act=conventions.publications&dtid=43&cid=69

- **Grèce** : ce pays a mis à jour les coordonnées de son Autorité centrale, de son Autorité compétente et de ses organismes agréés.
- **Slovénie** : ce pays a mis à jour les coordonnées de son Autorité centrale et compétente
- **Suède** : ce pays a mis à jour les coordonnées de ses organismes agréés

EN BREF

Kazakhstan: entrée en vigueur du Nouveau Code de la Famille et du Mariage

Selon une information du Département d'Etat américain, le nouveau Code de la Famille et du Mariage kazakh est entré en vigueur le 17 janvier dernier avec plus de 100 articles dédiés aux droits de l'enfant. Quant aux enfants privés de leur famille, leur protection est également renforcée. Sur l'adoption, force est de constater que le principe de subsidiarité est consacré et qu'un chapitre entier traite des règles d'accréditation des organismes d'adoption. Il est important de préciser que l'entrée en vigueur de ce nouveau texte est distincte des travaux de mise en œuvre de la CLH-93. Le Parlement a récemment approuvé le projet de loi sur l'accession à la CLH-93 ; laquelle nécessite encore plusieurs mois de travail avant que les adoptions internationales ne puissent être ouvertes de nouveau. Sources : Département d'Etat américain, http://adoption.state.gov/country_information/country_specific_alerts_notices.php?alert_notice_type=notices&alert_notice_file=kazakhstan_1, Communiqué de M.Sher, Président du Comité pour la protection des droits de l'enfant, http://www.bala-kkk.kz/fileadmin/user_upload/images/vko/netrogat/O_Kodekse_eng_.doc

Laos: suspension des adoptions internationales

D'après les informations disponibles sur le site internet de l'Autorité centrale française (Service de l'adoption internationale-SAI), le Premier Ministre du Laos a annoncé la suspension des adoptions internationales à compter du 9 janvier 2012 et ce jusqu'à la publication d'un nouveau décret en cours d'élaboration. Selon la même source, seuls les dossiers des candidats étrangers d'origine laotienne ayant des liens étroits avec l'enfant seront étudiés. Cette information a été confirmée par l'UNICEF Laos, en contact avec le Ministère de la Justice laotien ; cependant, le SSI/CIR ne dispose pas d'une référence officielle pouvant confirmer cette information. Sources : SAI, <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/enjeux-internationaux/adoption-internationale-2605/pays-d-origine/fiches-pays-adoption/article/laos>, Europe 1, <http://www.europe1.fr/International/Laos-enquete-sur-des-ventes-de-bebes-935377/>, y Radio Free Asia, <http://www.rfa.org/english/news/laos/babies-02042012185556.html?searchterm=None>

Sénégal : suspension des adoptions internationales

Selon le Département d'Etat américain et l'Autorité Centrale française, le Gouvernement sénégalais a annoncé que les adoptions internationales sont suspendues dans l'attente de la mise en place par les autorités locales d'un cadre institutionnel et procédural conforme aux principes de la CLH-93, entrée en vigueur en décembre 2011. Sources : Département américain d'Etat, http://adoption.state.gov/country_information/country_specific_alerts_notices.php?alert_notice_type=alerts&alert_notice_file=senegal_1, SAI, <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/enjeux-internationaux/adoption-internationale-2605/pays-d-origine/fiches-pays-adoption/article/senegal>

Suivi de l'adoption d'enfants à besoins spéciaux : l'expérience du service public de Padoue

Ayant une longue expérience en matière de suivi post-adoption, le service public de Padoue fait maintenant part des développements réalisés au cours de plusieurs années concernant le nombre croissant de familles adoptant des enfants à besoins spéciaux.

Comme tous les autres services de la région de Vénétie, le service public de Padoue est impliqué dans toutes les étapes de la procédure d'adoption, se concentrant en particulier sur le soutien aux familles adoptives au cours de la phase post-adoption. Celle-ci dure trois ans à compter de l'arrivée de l'enfant dans la famille adoptive. Au fil des années, le Service public de Padoue (SPP) a observé une évolution dans le profil des enfants adoptés et a dû adapter l'intervention de ses professionnels aux nouveaux besoins des familles adoptives, notamment face au nombre croissant de familles adoptant des enfants à besoins spéciaux.

Profil et nombre d'enfants adoptés ayant des besoins spéciaux

Entre le 1^{er} janvier 2005 et le 30 juin 2011, le SPP a veillé sur 282 enfants adoptés à partir de 30 pays différents. 159 d'entre eux avaient des besoins spéciaux, soit 56,4% ; ces chiffres correspondent à ceux enregistrés au niveau national. Il faut souligner qu'ils sont inférieurs aux chiffres réels car le SPP n'a pas de données concernant les enfants suivis après l'adoption par les organismes d'adoption agréés (OAA). Sur la base de la définition fournie par le Guide de bonnes pratiques de la Convention de la Haye de 1993, les besoins spéciaux sont liés aux : fratries, enfants de plus de 7 ans au moment de l'adoption, enfant ayant des problèmes de santé ou encore aux enfants présentant des troubles comportementaux résultant d'un traumatisme. Évidemment, un enfant peut entrer dans une ou plusieurs de ces catégories. Selon les statistiques du SPP, sur les 159 enfants adoptés ayant des besoins spéciaux, 34,4% font partie d'une fratrie, 24,11% ont plus de 7 ans, 11,8% ont des problèmes de santé, et 16,6% présentent des troubles du comportement. Ces chiffres montrent clairement les domaines nécessitant le plus de travail de la part des professionnels en termes d'orientation et de soutien offerts aux familles.

En ce qui concerne l'âge, il y a 10 ans, les enfants de plus de 8 ans n'étaient pas adoptables, une situation qui a changé au fil du temps. Par fratries, le SPP entend des enfants adoptés par une même famille (2 ou 3 enfants), des enfants séparés de leurs frères et sœurs

adoptés par des familles différentes, ou encore des enfants ayant laissé leurs frères et sœurs dans leur pays d'origine. Dans la catégorie des problèmes de santé, le SPP inclut les maladies cardiaques, les troubles de la vision et de l'audition, la fente labiale, l'hépatite, le Sida et les maladies auto-immunes, etc. Dans ce groupe entrent aussi les enfants ayant un handicap tel qu'un retard sévère du développement de la parole et du langage, atteints de trisomie 21, de paralysie, etc. Un soutien spécial est prévu pour ces enfants.

Toutes ces situations nécessitent une plus forte implication des parents à plusieurs égards : les soins eux-mêmes, le temps nécessaire aux rendez-vous médicaux et traitements, ainsi que les ressources financières. L'engagement émotionnel des parents est également central dans le soutien à un enfant qui, en plus d'être adopté, est confronté à des difficultés supplémentaires.

Suivi post-adoption des familles adoptives

Selon la loi italienne, à leur retour en Italie, les familles peuvent décider si elles souhaitent ou non être assistées par les services publics ou par un organisme agréé et doivent pour cela signer un document. Les professionnels responsables de ce suivi offrent diverses méthodes de soutien et se chargent de préparer les rapports demandés par les pays d'origine. Pendant la phase où se tissent des liens entre l'enfant et sa famille, ces services sont destinés à aider les nouveaux parents sans pour autant les remplacer. Chaque situation nécessite un plan personnalisé qui peut être modifié au cours de la période de suivi de trois ans. En général, le SPP, en tant que service public, propose la même assistance de base à toutes les familles : visites à la famille pour apprendre à connaître l'enfant dans sa nouvelle situation et entretiens conduits par un assistant social du service et un psychologue avec les couples ou familles. Lors de ces étapes importantes, ils recueillent toutes les informations possibles sur l'histoire de l'enfant, sa rencontre avec le couple dans le pays d'origine, son état de santé ainsi que tout autre facteur utile à connaître.

Après 6 mois environ commencent l'observation et l'évaluation du développement psychologique de l'enfant et, dans ce cadre, les services

prennent contact avec l'école, sur l'avis des parents, afin de considérer le moment, les méthodes et la classe adaptés à la scolarisation de l'enfant. Ils proposent également à toutes les familles de participer à des groupes de soutien animés par des professionnels du SPP, parfois avec la collaboration de psychologues de l'OAA. Pour les familles ayant adopté un enfant à besoins spéciaux, le nombre et la fréquence des contacts peuvent changer. En effet, ces services sont bien plus fréquents, surtout au tout début. Parfois, ces services de base ne suffisent pas et les familles ont besoin d'une assistance spécifique au sein du réseau organisé avec les autres services disponibles dans le domaine (neuropsychiatres de l'enfance, orthophonistes, éducateurs spécialisés etc.).

Scolarisation des enfants à besoins spéciaux

Selon les données recueillies par le SPP (1), plus l'enfant est âgé au moment de l'adoption, plus il rencontrera des problèmes de scolarisation. D'ailleurs, les enfants adoptés qui arrivent de l'étranger sont généralement très peu ou pas allés à l'école auparavant, ou bien ils viennent d'un système scolaire différent du système italien. En outre, le problème de l'apprentissage de la langue italienne n'est pas correctement pris en considération malgré le rôle central qu'il joue dans la capacité de l'enfant à apprendre. Pourtant, ce que cela implique doit être pris en compte pour un enfant plus âgé déjà scolarisé dans son pays d'origine, qui devra alors apprendre un alphabet différent de celui de sa

langue maternelle, tel que le cyrillique, l'hébreu ou le chinois. Ces questions suscitent des considérations approfondies, seulement résumées ici, telles que l'importance de l'orthophonie pour faciliter l'intégration sociale et pas seulement l'apprentissage.

Conclusions

Nous ne sommes qu'à la phase de définition et de compréhension du phénomène des enfants à besoins spéciaux et nous estimons que toute conclusion serait prématurée. Il faut suivre ce phénomène par le biais d'études longitudinales et de comparaisons internationales. Nous pensons qu'il ne s'agit pas seulement d'améliorer la préparation des couples, car d'une manière générale, la sélection et la préparation sont rigoureuses. En effet, au cours des 10 dernières années, seuls 35,3 % des candidats ont pu adopter. Le travail effectué par l'OAA en matière d'information aux couples avant leur déplacement dans le pays d'origine et de suivi direct du processus d'appareusement est également essentiel. Il est courant que les couples, quand c'est possible, acceptent l'appareusement avec peu ou pas d'informations sur la santé, l'état psychologique, le développement et l'histoire de l'enfant. Cela induit un grand risque d'échec de l'adoption d'un enfant à besoins spéciaux, et la responsabilité d'un résultat positif réside dans les efforts des deux pays, d'origine et d'accueil.

(1) Disponible auprès du SSI/CIR

Argentine: présentation du programme “Famille spéciales” de la Fondation Prohijar

La Fondation Prohijar a entamé en 1999 un programme visant à trouver des familles pour les enfants et les adolescents ayant des besoins spéciaux. Elle nous fait part des résultats obtenus et des réflexions soulevées autour de ce programme spécifique.

Marie souffrait d'un retard de maturité lorsque nous l'avons rencontrée à l'âge de onze mois. Elle ne parvenait pas à soutenir sa tête, à s'asseoir seule et son bras gauche était affecté d'une hypotonie et d'une mobilité restreinte. Fixer le regard lui était également impossible. Depuis sa naissance, elle avait été confiée à des structures d'accueil et de soin temporaires. Après un mois passé dans sa famille adoptive - un couple ayant plusieurs enfants biologiques - nous avons pu constater qu'elle s'asseyait avec de l'aide, soutenait sa tête, regardait, souriait et bougeait son bras. Grâce à l'affection, à la stimulation et aux traitements médicaux, elle marche et vit

heureuse dans une famille. Voici un exemple typique des situations dans lesquelles nous intervenons, à la demande des autorités judiciaires exclusivement, afin de trouver des familles pour les enfants à besoins spéciaux qui sont institutionnalisés. A travers la Fondation Prohijar, nous accompagnons tout le processus de la recherche d'une famille à l'intégration dans celle-ci.

Les objectifs du programme “Familles spéciales”

L'histoire de l'humanité nous démontre que les enfants non désirés ou mal aimés ont toujours existé, tout comme les géniteurs qui maltraitent leurs enfants ou qui décèdent. Par conséquent,

les enfants ayant besoin d'adultes aimants qui les protègent et remplacent leur famille ne manqueront jamais. Lorsqu'un tel enfant est petit et en bonne santé, il est facile de trouver des adultes disposés à les adopter. La situation se complique en revanche quand il s'agit d'enfants plus grands, d'enfants atteints de problèmes de santé et/ou d'un handicap mental ou physique, ou encore d'enfants devant créer des liens avec leur famille d'origine. C'est précisément pour ce type d'enfants que Prohijar a débuté en 1999 le programme communautaire et gratuit "Familles spéciales" avec le but de leur trouver une famille.

L'expérience clinique acquise au fil des dernières 12 années nous permet d'affirmer que le problème n'est pas l'inexistence de familles pour de tels enfants, mais simplement le fait que nous ne les connaissons pas. Nous devons aller à leur recherche, les rencontrer, les accompagner, un processus qui demande investissement, persévérance ainsi que la coopération des organisations sociales, de la communauté et de l'Etat. Ces familles sont considérées comme étant spéciales en termes de capacités et de ressources spécifiques. Les personnes composant de telles familles ont, dans l'ensemble, dû faire face à des difficultés dans la vie et font preuve d'un engagement social conséquent. Le processus de sélection et de connaissance des familles, ainsi que l'amorce d'une vie commune et d'une intégration familiale doivent être soigneux et se dérouler dans le respect de la sensibilité et des besoins de chacun. De plus, l'intervention des professionnels doit répondre à l'intérêt supérieur de l'enfant et renforcer l'aptitude des adultes à l'adoption.

Les facteurs de réussite des adoptions d'enfants ou d'adolescents à besoins spéciaux

Basé sur notre expérience, nous avons pu identifier les facteurs de réussite de ces adoptions spéciales:

1. Connaître de façon directe les besoins et les caractéristiques de l'enfant nécessitant une famille (les renseignements ne sont pas suffisants): Tous les enfants et adolescents sont des êtres uniques manifestant des besoins en lien avec leur histoire. En général, ils ont souffert d'une carence affective, de violence et d'abandon. Les enfants plus grands sont souvent restés longtemps en institution où ils ont manqué d'attention personnalisée, de traitements médicaux et de stimulation. En outre, la plupart des enfants ignorent les causes de leur séparation avec leur famille d'origine. Certains d'entre eux peinent à s'en sortir sur le plan scolaire et à se lier à des adultes et des pairs.

Ces enfants n'ont confiance ni dans le monde qui les environne, ni en eux-mêmes. Mieux on cernera leurs caractéristiques, mieux on leur trouvera des familles appropriées.

2. Connaître profondément les désirs et les possibilités des adultes qui souhaitent adopter, décelant leurs forces et leurs faiblesses: Ils doivent être désireux d'assumer le rôle de mères et de pères, mais cela est insuffisant. Ils doivent également être flexibles, tolérants, patients et persévérants.

3. Accompanyer tout le processus dans une ambiance chaleureuse et de confiance réciproque: Le lien de confiance et de respect que nous cherchons à établir en tant que professionnels est essentiel pour que les enfants et les adultes puissent exprimer leurs craintes et leurs doutes et être accompagnés à chaque instant selon leur désir.

4. Diriger l'impact de la rencontre et la découverte mutuelle des enfants et des adultes: La manière dont se déroulent les premiers contacts ne détermine pas la suite de la relation. Certains enfants ne semblent au départ pas vouloir être adoptés et s'intègrent néanmoins avec joie et de façon permanente dans une famille, pour autant que leurs sensibilités et leurs besoins soient respectés. D'autres manifestent d'emblée l'envie de trouver une famille, mais démontrent ensuite une attitude de repli ou de rejet.

5. Accompanyer le processus d'intégration familiale: Un tel processus n'est pas linéaire, mais suit le tracé sinueux des relations humaines, obligeant à rester attentif et à ne pas laisser place au découragement. L'enfant cherchera à tester sa famille adoptive pour voir jusqu'à quel point celle-ci est capable de l'aimer et de l'épauler, malgré tout ce qu'il fait. Il faut être prêt à relever des défis et à fournir des efforts avant de pouvoir jouir d'une pleine intégration familiale.

6. Informer périodiquement le tribunal et les équipes techniques engagées quant à l'avancement du processus, de manière à ce que les décisions relatives aux enfants et aux adolescents soient bénéfiques.

7. Construire un réseau avec la famille, les autres professionnels impliqués (médecins, psychiatres, maîtres, etc.) et l'environnement social. Partager l'expérience de familles ayant adopté des enfants avec des caractéristiques similaires a déjà apporté de très bons résultats.

D'un éventuel échec à des résultats positifs

La cause d'un échec en matière d'adoption d'enfants à besoins spéciaux peut se situer au niveau du choix de candidats qui auraient une aptitude moins grande à adopter (des personnes

attendant depuis de nombreuses années ou qui sont plus âgés) ou d'un manque d'accompagnement adéquat lorsque le processus a été entamé dans l'urgence. Cependant, le nombre d'adoptions spéciales aboutissant à un échec est minime si l'on veille à une évaluation, une sélection et des conseils appropriés. Une telle tâche nécessite un ajustement et une révision permanents des pratiques et de leur efficacité. Ces enfants ne sont pas des enfants idéaux, ce sont des enfants possibles. Ils sont le reflet même des paroles de Khalil Gibran: "*Tes enfants ne sont pas tes enfants, mais les enfants de la vie.*" Bien qu'ils n'aient pas la même origine biologique, on les considère comme ses

« propres » enfants, ce qui fera d'eux des êtres libres et épanouis dans leur vie quotidienne.

Heureusement, des centaines d'enfants présentant des besoins spéciaux vivent et se développent aujourd'hui au sein d'une famille, avec des adultes qui respectent ce qu'ils sont et ce dont ils ont besoin. Promouvoir le droit de l'enfant ou de l'adolescent à une famille requiert l'engagement et les efforts de chacun. Croire et penser qu'il est possible d'offrir à chacun une famille, quels que soient les besoins spéciaux de l'enfant ou de l'adolescent qui y aspire, en est déjà le premier pas.

Dr Sandra de los Ángeles Juárez
Avocate et Présidente de la Fondation Prohijar

Lituanie : une initiative innovante destinée à promouvoir l'adoption nationale des enfants présentant des problèmes de santé graves mais curables 🏠

Le Centre de Parents-Enfant "I and We" a lancé un projet basé sur un support vidéo visant à sensibiliser les candidats lituaniens à l'adoption des enfants souffrant de maladies curables.

Tandis que l'Autorité centrale lituanienne promeut l'adoption internationale des enfants à besoins spéciaux depuis quelques années, les familles lituaniennes sont de plus en plus ouvertes au projet d'adopter un enfant présentant des problèmes de santé curables. Ces derniers constituaient, en effet, la majorité des enfants adoptés par des nationaux en 2009 (66,40 %) et 2010¹ (56%). Cette tendance est largement encouragée par le Centre « Pastoge »², dont les activités s'étendent de la promotion du placement en familles d'accueil à l'adoption et le Centre Parents-Enfants « I and We », situé à Kaunas. Depuis quelques mois en effet, ces centres développent un projet basé sur du matériel vidéo, « Accept other », soutenu par l'Autorité centrale, qui présente des enfants adoptables malades ainsi que leur environnement quotidien (spécialistes, pédiatres, personnel de garde etc.). Ces vidéos destinées aux candidats nationaux ont pour but de les aider à mieux comprendre ce que recouvre la notion de « besoins spéciaux » et d'encourager, lorsque cela est dans l'intérêt de l'enfant, l'adoption nationale de ce dernier.

Une étape de l'apparentement

Lorsqu'un enfant à besoins spéciaux, définis par la pratique comme les fratries d'au moins 2 enfants, les enfants âgés de plus de 4 à 5 ans et les enfants souffrant de sérieux problèmes de santé, est déclaré adoptable, l'étape de l'apparentement incombe aux travailleurs sociaux formés dans le cadre du programme national PRIDE³ dont les services recouvrent le

« recrutement », la préparation, l'évaluation et la sélection de candidats adoptants. Le personnel des Centres « Pastoge » et « And I We » qui intervient ainsi dans le cadre de ce programme, se concentre pour l'instant sur les enfants malades.

Le recours à la vidéo ne constitue qu'une partie de l'apparentement et n'intervient que lorsqu'une famille a été sélectionnée au regard des besoins spécifiques de l'enfant. L'enfant est ainsi présenté pour la première fois aux candidats par l'intermédiaire de cette vidéo, d'une durée d'environ 25 mn. Au cours de cette vidéo, sont présentés plusieurs éléments relatifs à l'enfant : son état de santé, son stade de développement et son histoire, lorsqu'elle est connue. Chaque professionnel qui entoure l'enfant expose le portrait global de ce dernier : ses difficultés et capacités à établir des relations, ses progrès et sa personnalité en général. Ces vidéos tendent ainsi à présenter l'enfant de manière objective en évitant l'écueil d'en faire la « promotion ».

La nécessité d'accompagner les candidats après la projection de la vidéo

Ni la pitié ni de fortes émotions ne doivent motiver la décision finale des candidats. En effet, il incombe aux accompagnateurs de ne pas laisser ces derniers fonder leur décision d'adopter l'enfant présenté durant la vidéo sur un seul critère émotionnel. Un accompagnement personnalisé intense est impératif et seule une décision prise à la suite de délibérations basées sur leurs possibilités d'accueillir ou non l'enfant en question est valable.

Pour l'instant, trois vidéos ont été réalisées et concernaient des enfants présentant un syndrome d'alcoolisation fœtale. Les premières réactions des candidats sont très positives et jusqu'à ce jour, deux adoptions ont eu lieu grâce à ce projet.

D'autres initiatives en perspective...

Le Centre Parents-Enfants « And I we » souhaiterait renforcer la préparation de ces candidats nationaux en organisant des groupes de parole faisant intervenir des parents ayant adopté des enfants malades. Cet espace de discussion permettrait ainsi aux candidats de mieux se rendre compte de la charge que représente un tel projet, ainsi que de leur niveau de motivation. De plus, ce Centre encourage d'autres travailleurs sociaux à s'investir auprès d'enfants de moins de 3 ans présentant des problèmes de santé curables.

De même, en 2011, le programme PRIDE a débuté ses activités de soutien post adoption destinées aux enfants et aux familles adoptives. Il est à espérer que ce soutien sera renforcé à l'égard des familles ayant adopté un enfant présentant un handicap ou une spécificité médicale.

Enfin, notons que ce projet vidéo est également destiné à promouvoir et à recruter des familles d'accueil pour les enfants présentant un handicap ou une spécificité médicale. Le programme PRIDE a déjà permis de développer un certain nombre d'outils qui devraient largement faciliter d'atteindre ce nouvel objectif prometteur.

Grâce à cette initiative, la Lituanie a franchi un grand pas en avant en développant l'adoption nationale qui comprend l'adoption d'enfants à besoins spéciaux, conformément au principe de subsidiarité. Une telle expérience démontre qu'avec de bons outils et un accompagnement de qualité, des familles peuvent être trouvées pour accueillir ces enfants aux capacités particulières.

¹ Les problèmes de santé en question étaient entre autres : hypermétropie, foramen ovale perméable, souffle cardiaque systolique, dermatite, troubles du langage, asthme etc.

² <http://www.pastoge.lt/lt/>

³ Pour une présentation de ce programme mis en œuvre par le Ministère de la Sécurité Sociale et du Travail : <http://www.cwla.org/programs/trieschman/pride.htm>

RESSOURCES INTERDISCIPLINAIRES

Les enfants dits « à besoins spéciaux » ont-ils des besoins psychologiques particuliers ?

Fanny Cohen Herlem, Pédiopsychiatre, nous offre des éléments de réponse à la question des besoins psychologiques très divers que peuvent présenter les enfants dits « à besoins spéciaux ».

Parler d'enfants à besoin spéciaux suscite des interrogations: parle-t-on d'enfants grands, en fratrie, porteurs de maladies chroniques ou de pathologies curables mais « lourdes »? Ces différences sont importantes car les enfants auront un vécu différent de leur adoption. Ainsi ce vécu va être distinct chez un enfant qui va être opéré d'une cardiopathie congénitale et un enfant de 9 ans accompagné de sa fratrie, par exemple. Peuvent aussi être évoqués les troubles psychologiques liés au passé, et qui feraient de ces enfants des enfants dits « à besoins spéciaux ». Face à cette diversité, voici quelques éléments de réponses...

Un peu de clinique¹...

Du point de vue psycho dynamique, les événements traumatiques chez un enfant sont ceux qui, soit entrent en résonance avec ses fantasmes, soit correspondent à des situations face auxquelles il se sent impuissant, ou sent les adultes qui l'entourent incapables. Leurs effets

seront divers selon leur durée, leur intensité, mais aussi l'âge, le sexe des enfants, leur maturité psychoaffective et la qualité de leur entourage. Des événements ponctuels peuvent être à l'origine de troubles transitoires capables de disparaître avec un traitement et un environnement adaptés. Par contre, si les événements se répètent (maltraitements, maladie chronique), leurs conséquences peuvent peser sur le développement psychoaffectif et intellectuel de l'enfant. Ce dernier peut alors chercher à éviter ce qui lui rappellerait ces scènes et réagir sur le plan du caractère ou du comportement (colères, hyper vigilance, etc.).

Chez les enfants ayant subi des carences affectives et de stimulation dans leur famille ou institution, ou encore chez ceux ayant vécu dans des milieux pathologiques (alcoolisme, violences, etc.), là encore les conséquences varient selon l'âge et la durée de telles situations. Certains manifestent des troubles du développement instrumental (langage), intellectuel ou

comportemental. Des troubles d'adaptation sociale peuvent aussi apparaître. L'enfant se dévalorise et a une faible estime de lui-même. Dans les familles très problématiques, l'enfant, sans repères et dans l'impuissance totale de changer son environnement, risque de perdre sa capacité de penser. Les enfants victimes de sévices expriment quant à eux fréquemment des peurs, souffrent de troubles du sommeil, d'anxiété ou d'inhibition totale. On perçoit souvent chez eux des éléments dépressifs. En cas d'abus sexuels, les enfants peuvent manifester un grand nombre de troubles immédiats et/ou tardifs, répétant le traumatisme subi à travers leurs jeux et leurs conduites. Des sentiments de honte, de culpabilité et des comportements dépressifs peuvent être décelés. Plus tard, l'activité sexuelle de l'adolescent risque d'être perturbée ainsi que sa vie sexuelle d'adulte.

Les enfants malades, une population à part²

L'expérience de la maladie confronte l'enfant à la souffrance et à la mort, à un regard sur soi et une conscience de son corps perturbés. L'acquisition de son autonomie peut être retardée par son besoin de soins. La réaction devant une maladie grave et prolongée, ou chronique, dépend de l'âge des enfants. Tous petits, ils ne comprennent pas ce qui leur arrive et les soins peuvent être vécus comme des agressions. Plus grands, ils risquent d'avoir des difficultés à se soumettre aux impératifs des soins ou aux interdits liés à la maladie. Ils réagissent parfois par l'opposition, ou à l'inverse, par une soumission totale. Il arrive aussi qu'ils participent pleinement aux soins. Nous avons pu observer toutefois que tant l'enfant, comme sa famille, sont angoissés. A noter que tous ces symptômes sont valables pour les enfants qu'ils soient dans leur famille, ou abandonnés/adoptés.

Comment faire la différence ?

Ces enfants vont-ils trouver un environnement attentif et soignant et des professionnels capables de les aider à élaborer ces blessures ? Viennent ensuite les questions liées à la séparation d'avec leur premier milieu de vie. On sait que les enfants peuvent rester attachés à leurs parents, même maltraitants. De quels moyens disposeront-ils pour faire le deuil de ces relations et celles établies avec le personnel et les autres enfants de leur entourage ?

L'heure de la rencontre avec les « futurs parents » et le départ arrivent alors : « choc » de la nouveauté, perte de repères, construction de nouveaux liens. Le passé traumatique, s'il n'a pas été élaboré est bien présent dans les souvenirs et le corps des enfants. Il risque de susciter une symptomatologie qui va devoir être déchiffrée, comprise et traitée, au même moment où se crée une nouvelle relation familiale. Chacun devra prendre sa place et les parents devront accepter la régression et l'incompréhension parfois. Ils devront faire fonction d'éducateur/soignant et parent à la fois, savoir attendre et ne pas exiger plus que l'enfant peut faire ou donner. De plus, pour l'enfant malade, l'angoisse que représentent l'hôpital et les « blouses blanches » est grande.

Ces enfants ne sont alors pas adoptables ?

Certes non, mais il faut des futurs parents bien préparés, conscients des difficultés possibles qui les attendent et dont la stabilité et la solidité pourront supporter cette mise à l'épreuve. Du côté des enfants, il est nécessaire qu'ils reçoivent une préparation soutenue à l'adoption et que cette dernière ne leur soit pas présentée comme un futur eldorado, dénué de toute difficulté. De plus, il serait adéquat qu'ils bénéficient d'accompagnements psychologiques et paramédicaux précoces adaptés et que leurs familles soient accompagnées. L'adhésion de ces dernières à ce qui leur est proposé demeure indispensable, rien ne pouvant se faire valablement, « sur injonction ». Les limites de ces adoptions sont dès lors à souligner du fait des préparations inégales et du soutien post adoption encore très aléatoire.

Nous savons cependant que certains enfants dits « à besoins spéciaux » ont déjà été adoptés et que, malgré les difficultés, tout se passe plutôt bien, parents et enfants cheminant pas à pas dans cette découverte mutuelle. Des parents capables de survivre à la tempête, comme leurs enfants ont aussi « survécu ». Enfants dont la capacité de résilience, comme dirait le Dr Cyrulnik, est suffisante pour dépasser ces traumatismes et, qui plus est, en faire une force.

Dr F. Cohen Herlem

Pédopsychiatre Conseil auprès du SSI/CIR

Références : Enfance et psychopathologie,

¹Pr Daniel Marcelli, Ed. Elsevier Masson, 2009, p 459

² Pr Daniel Marcelli, Ed. Elsevier Masson, 2009, p. 507

Une expérience novatrice de formation des professionnels à la question des besoins spéciaux

Face aux changements intervenus dans le domaine de l'adoption, l'Italie a mis en place des formations destinées aux professionnels de l'adoption centrées en partie sur la question des enfants à besoins spéciaux.

En Italie, comme chaque année, l'Istituto degli Innocenti de Florence, sous l'égide de la Commission pour les adoptions internationales, a organisé en 2011 une formation en matière d'adoption internationale, dirigée aux opérateurs des services sociaux (psychologues et assistants sociaux), des organismes agréés, aux représentants des régions ainsi qu'aux juges des tribunaux pour enfants. Pour la première fois cependant, le troisième cycle de cette formation a porté sur l'adoption des enfants à besoins spéciaux, et notamment sur l'importance de la préparation et du soutien des couples concernés.

Objectifs du nouveau cycle sur l'adoption des enfants à besoins spéciaux

Le nouveau cycle mis en place avait pour objectifs de : 1) connaître et comprendre les caractéristiques des besoins spéciaux les plus fréquents ; 2) identifier des méthodes et des techniques visant à aider les professionnels responsables de la préparation des couples désireux d'adopter des enfants à besoins spéciaux ; 3) dégager des pistes de réflexion relatives à la capacité d'adopter des enfants à besoins spéciaux, l'apparement et le soutien post adoption.

Contenu de la formation

Dans un premier temps, a été abordée la typologie des besoins spéciaux les plus fréquents, ainsi que les enjeux qui en découlent et requièrent une attention spéciale de la part des opérateurs et des juges. Après avoir exposé les données quantitatives et qualitatives dont dispose l'Italie

sur cette question, des discussions ont été menées sur les thématiques suivantes : 1) enfants avec problèmes de santé et/ou déficiences ; 2) fratries et enfants plus âgés ; 3) enfants détenteurs d'une histoire personnelle très complexe. Dans un second temps, ont été abordées les réalités des pays d'origine, surtout dans les régions d'Asie et d'Amérique Latine. Par ailleurs des familles ayant adopté des enfants présentant des besoins spécifiques sont venues apporter leur témoignage, enrichissant considérablement les réflexions en cours. Enfin, des sujets précis tel que la préparation des couples à ces adoptions particulières ont été développés et ont fait l'objet d'une confrontation des différentes pratiques auxquelles les régions italiennes recourent. Les questions portant sur la stérilité des couples par rapport à l'accueil d'enfants à besoins spéciaux, la comparaison avec d'autres expériences européennes et les particularités de la phase de l'apparement ont notamment été évoquées. Des exemples de bonnes pratiques au niveau des examens médicaux réalisés lors de l'arrivée de l'enfant ou encore du travail des services sociaux en matière de soutien des familles adoptives ont également été présentées.

Cette initiative est encourageante en ce qu'elle permet aux professionnels de l'adoption de mieux répondre aux besoins des familles adoptives et de faire face aux évolutions de l'adoption internationale.

Carlotta Alloero
Experte auprès de la CAI

SERIE SPECIALE : LES ENFANTS HANDICAPES ET L'ADOPTION

Suède : un modèle d'évaluation et de préparation spécifiques pour les candidats souhaitant adopter un enfant présentant un handicap et/ou une maladie

Le présent article présente le travail réalisé par l'organisme d'adoption accrédité suédois « Children above all » qui évalue et accompagne de manière bien particulière les candidats adoptants ayant décidé de diriger leur projet vers un enfant à besoins spéciaux originaire d'Europe de l'Est.

Historiquement et culturellement, les Suédois ont toujours été enclins à adopter des enfants à besoins spéciaux, notamment ceux présentant un handicap et/ou une maladie. Cette attitude peut s'expliquer par l'excellent système de prise en charge médicale et sociale dont ils bénéficient. En

s'engageant dans un tel projet, ils savent, en effet, qu'ils seront dûment conseillés et soutenus par leur pays après l'adoption. Cependant, il est évident qu'un accompagnement et une préparation spécifiques pré-adoption de ces derniers par un organisme d'adoption accrédité (OAA) est indispensable. C'est le cas avec l'OAA

« *Children above all* »¹ (CAA), qui intervient dans 12 pays d'origine et met à disposition une préparation commune à tous les candidats qui souhaitent adopter un enfant originaire d'un pays d'Europe de l'Est présentant un handicap.

Analyse médicale approfondie du dossier de l'enfant

Une première sélection des enfants intervient au regard des critères classiques (l'âge, l'état de santé, le développement psycho-émotionnel et les courbes de croissance). Puis, ces informations sont transmises aux trois spécialistes avec lesquels CAA collabore exclusivement ; il s'agit de médecins spécialisés dans le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF- principale affection touchant les enfants adoptables en Europe de l'Est considérée comme « besoin spécial »), l'hyperactivité, la puberté précoce chez les petites filles adoptées etc². Ces spécialistes doivent présenter leurs conclusions sur les besoins de l'enfant et soumettent un diagnostic quant à l'aide que les parents devront recevoir une fois revenus en Suède. Enfin, lorsque l'OAA reçoit ces conclusions et qu'elles sont positives, l'enfant peut être proposé à une famille. En vue de l'appareillement, l'OAA s'attelle à préparer le rapport de l'enfant qui contient : son parcours, la description de son état de santé, les conclusions des spécialistes sollicités à cet effet et une ou plusieurs photos.

Une implication active des candidats dans leur propre préparation

Outre la formation obligatoire pour tous les candidats adoptants organisée par l'Autorité centrale suédoise (MIA), les candidats qui s'adressent à l'OAA « *Children above all* » bénéficient, par la suite, d'un accompagnement spécifique et original. Lorsque l'appareillement a été accepté par les candidats adoptants, ces derniers doivent, en effet, réaliser un « plan d'action personnalisé » qui contient une lettre de

motivation et les certificats des institutions médicales consultées. Les candidats contactent ces dernières en fonction des besoins spéciaux de l'enfant afin de solliciter des diagnostics et une pleine information sur la réalité desdits besoins. Si l'enfant a, par exemple, des troubles rénaux, les candidats devront consulter un urologue afin de se renseigner sur la nature exacte du problème médical et le traitement adéquat. Si l'enfant présente un SAF, il est à noter qu'une association suédoise « FAS-Foreningen » fournit des conseils tant aux candidats souhaitant adopter des enfants atteints de ce syndrome qu'aux parents ayant adopté de tels enfants⁴. Lorsque les candidats ont réuni tous les certificats médicaux ils remettent ces documents à l'OAA qui les remet à son tour à l'Autorité centrale du pays d'origine. Ce plan d'action personnalisé permet ainsi, d'une part, aux professionnels de s'assurer que tous les besoins de l'enfant ont été pris en compte et d'autre part, aux candidats de connaître déjà leurs futurs interlocuteurs, chargés de suivre leur enfant. Sachant quel traitement leur enfant devra subir, les candidats peuvent mieux apprivoiser l'étendue de la charge qui leur incombera s'ils poursuivent la procédure d'adoption et si cette dernière aboutit favorablement.

Cet exemple de pratique, encore trop rare⁵, rappelle la nécessité de préparer pleinement et spécifiquement les candidats souhaitant adopter un enfant présentant un handicap afin d'anticiper au mieux les difficultés à venir et réduire, ainsi, les risques d'échec de l'adoption.

¹<http://www.bfa.se/hem.html>

² Voir par exemple :

<http://www.icmr.nic.in/ijmr/2009/november/1127.pdf>

³ <http://www.fasforeningen.nu/>

⁴ Voir l'étude SSI/CIR sur la place de la santé de l'enfant dans le processus de l'adoption : http://www.iss-ssi.org/2009/assets/files/publications/etude%20sante%20des%20enfants%20adoptes_final_FRA.pdf .

CONFERENCES, SEMINAIRES, COLLOQUES, COURS A VENIR

- **Allemagne** : *International adoption is still an option*, Euradopt, Berlin, 26-27 avril 2012. Pour plus d'infos : <http://portal.euradopt.org/>
- **Ethiopie** : *Intercountry adoption: controverses and alternatives*, African Child Policy forum, Addis Ababa, 29-30 Mai 2012. Pour plus d'infos: <http://www.africanchildforum.org/site/>
- **France** : *Adoption : questionner nos pratiques, apprendre de nos échecs*, COPES, Paris, 21-23 mai 2012. Pour plus d'infos : <http://www.copes.fr/Documents/2012.pdf>

Le SSI/CIR exprime sa gratitude aux gouvernements (y compris de certains Etats fédérés) des pays suivants, pour leur soutien financier dans la réalisation de ce Bulletin : Afrique du Sud, Allemagne, Andorre, Australie, Belgique, Canada, Chypre, Danemark, Espagne, Finlande, France, Irlande, Islande, Italie, Luxembourg, Monaco, Norvège, Nouvelle Zélande, Pays-Bas, Suède, Suisse.

Pour rappel, ce Bulletin est distribué à un réseau sélectionné d'Autorités et de professionnels et n'est pas destiné à être placé sur un site Internet sans l'autorisation du SSI/CIR.